



ORIGINAL ARTICLE

Axial Involvement in Psoriatic Arthritis. Analysis of its characteristics in a group of patients with early diagnosis in South America.

Compromiso Axial en Artritis Psoriásica. Análisis de sus característica en grupo de pacientes con diagnóstico temprano en Sudamérica.

Compromisso axial na artrite psoriática. Análise de suas características em um grupo de pacientes com diagnóstico precoce na América do Sul.

<https://doi.org/10.46856/grp.10.e001>

Date received: 12 September, 2020
Date acceptance: 12 November, 2020
Date published: 18 November, 2020

Cite as: García Salinas R, Sanchez Prado E, Torres Chichande J, Ruta A, Salvatori F, Magri S, et al.. Compromiso Axial en Artritis Psoriásica. Análisis de sus característica en grupo de pacientes con diagnóstico temprano en Sudamérica. [Internet]. Global Rheumatology. Vol. 1 / Jun - Dic [2020]. Available from: <https://doi.org/10.46856/grp.10.e001>



Autores

Rodrigo Garcia Salinas, MD
Hospital Italiano La Plata
gsalinasrodrigo@gmail.com
orcid.org/0000-0002-5928-1092

Einer Sanchez Prado, MD
Hospital Italiano La Plata
einersp@gmail.com

Jessica Torres Chichande, MD
Hospital Italiano de La Plata
jtorres_ch86@outlook.com

Alvaro Ruta, MD
Hospital Italiano de La Plata
alvaroruta@hotmail.com

Facundo Salvatori, MD
Hospital Italiano de La Plata
fnsalvatori@yahoo.com.ar

Sebastián Magri, MD
Hospital Italiano de La Plata
dr.sebastian.magri@gmail.com

Dario Aguerre, MD
Departamento de Radiología, Hospital
Italiano de La Plata
darioaguerre@hotmail.com

Santiago Ruta, MD
Hospital Italiano de La Plata
santiagoruta@gmail.com
orcid.org/0000-0002-4071-7300



ARTÍCULO CIENTÍFICO

Axial Involvement in Psoriatic Arthritis. Analysis of its characteristics in a group of patients with early diagnosis in South America.



Resumen

en Español

Introducción

Los datos reportados sobre el compromiso axial de la Artritis psoriásica (APs) son variables (25 al 70%), esta frecuencia esta vinculada a las diferentes formas de definirla.

Objetivos

Estimar la prevalencia de compromiso axial en un grupo de pacientes diagnosticados de APs en el circuito Reuma-Check, realizar una caracterización clínica, laboratorio e imágenes y analizar las diferencias entre los pacientes que la presentan.

Método

Pacientes que fueron admitidos al programa Reuma-Check con síntomas musculo esqueléticos: artralgiar/artritis, dactilitis o entesitis asociado a psoriasis o antecedentes familiares. Una vez diagnosticados se interrogaba sobre la presencia de síntomas axiales: lumbalgia de más de 3 meses asociado al menos a uno de los siguientes: BASDAI >4, maniobras sacroiliacas y características inflamatorias. Se realizaba un segundo Reuma-Check para el estudio completo

del compromiso axial (imágenes, HLA B27, BASFI).

Resultados

De 139 pacientes 73 (52%) fueron finalmente diagnosticados de APs, 33% presentaban compromiso axial clínico. Se observó (con respecto a los que no tenían compromiso axial) mayor presencia de manifestaciones no musculo esqueléticas como uveítis e enfermedad inflamatoria intestinal, 42 vs 12 % (p: 0,004), mayor número de entesitis 0,5 vs 0 (p: 0,04), y un compromiso funcional (HAQ) mayor, 0,8 vs 0,5 (p: 0,002). En el análisis multivariado la presencia de manifestaciones no musculo esqueléticas y MASES se asociaron en forma independiente con el compromiso axial.

Conclusión

La prevalencia de síntomas axiales fue de 33%, las características fueron inflamatorias y con actividad por BASDAI. Los pacientes con síntomas axial presentaban características de APS más severas.

Palabras claves

PSORIATIC ARTHRITIS, ESPONDILOARTRITI, SPONDYLARTHTRITIS, ESPONDILOARTRITE, ENFERMEDADES DE LA COLUMNA.



Resumen

en Inglés

Introduction

The data reported on the axial involvement of the Psoriatic Arthritis (PsA) are variable (25 to 70%), it is linked to the different ways of defining it.

Objectives To estimate the prevalence of axial involvement in a group of patients diagnosed with PsA in the Rheuma-Check circuit, to perform a clinical, laboratory, and imaging characterization, and to analyze the differences between the patients who present it.

Methods

Patients who were admitted to the Rheuma-Check program with musculoskeletal symptoms: arthralgia/arthritis, dactylitis or enthesitis associated with psoriasis or family history. Once diagnosed, they were questioned about the presence of axial symptoms: low back pain for more than 3 months associated with at least one of the following: BASDAI > 4, sacroiliac maneuvers, and inflammatory characteristics. A second Rheuma-Check was performed for the complete study of axial involvement (images, HLA

B27, BASFI).

Results

Of 139 patients, 73 (52%) were finally diagnosed with PsA, 33% presented clinical axial involvement. A greater presence of non-musculoskeletal manifestations such as uveitis and inflammatory bowel disease, 42 vs 12% (p: 0.004), a greater number of enthesitis 0.5 vs 0 (p: 0) was observed (concerning those who did not have axial involvement), and a higher functional compromise (HAQ), 0.8 vs 0.5 (p: 0002). In the multivariate analysis, the presence of non-musculoskeletal manifestations and MASES were independently associated with axial involvement.

Conclusion

The prevalence of axial symptoms was 33%, the characteristics were inflammatory and with activity by BASDAI. Patients with axial symptoms had more severe PSA characteristics.

Key words

PSORIATIC ARTHRITIS, ESPONDILOARTRITI, SPONDYLARTHROSIS, ESPONDILOARTRITE, SPINAL DISEASES.



Resumen

en Português

Introdução

Os dados relatados sobre o envolvimento axial do Artrite Psoriática (APs) são variáveis (25 a 70%), estão ligados às diferentes formas de defini-lo.

Objetivos

Estimar a prevalência de acometimento axial em um grupo de pacientes com diagnóstico de APs no circuito Rheuma-Check, realizar caracterização clínica, laboratorial e de imagem e analisar as diferenças entre os pacientes que o apresentam.

Métodos

Pacientes admitidos no programa Rheuma-Check com sintomas musculoesqueléticos: artralgia / artrite, dactilite ou entesite associada a psoríase ou história familiar. Uma vez diagnosticados, foram questionados sobre a presença de sintomas axiais: lombalgia por mais de 3 meses associada a pelo menos um dos seguintes: BASDAI > 4, manobras sacroilíacas e características inflamatórias. Um segundo Rheuma-Check foi realizado para o estudo

completo do envolvimento axial (imagens, HLA B27, BASFI).

Resultados

Dos 139 pacientes, 73 (52%) foram finalmente diagnosticados com APs, 33% apresentaram envolvimento clínico axial. Observou-se maior presença de manifestações não musculoesqueléticas como uveíte e doença inflamatória intestinal, 42 vs 12% (p: 0,004), maior número de entesites 0,5 vs 0 (p: 0) (em relação aos que não apresentavam envolvimento axial), e um maior comprometimento funcional (HAQ), 0,8 vs 0,5 (p: 0,002). Na análise multivariada, a presença de manifestações não musculoesqueléticas e MASES foram independentemente associadas ao envolvimento axial.

Conclusão

A prevalência de sintomas axiais foi de 33%, as características eram inflamatórias e com atividade pelo BASDAI. Pacientes com sintomas axiais tinham características de PSA mais graves.

Key words

PSORIATIC ARTHRITIS. ESPONDILOARTRITE, SPONDYLARTHROSIS, ESPONDILOARTRITE, ENFERMEZAS DE LA COLUMNA.

Introducción

La Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente a las articulaciones, en el 80% de los casos es precedida por psoriasis en placa y forma parte del grupo de las espondiloartritis (1).

En la actualidad se conoce que la principal estructura donde se inicia esta patología es en el órgano entesal (entesis), de allí podemos desprender que las principales manifestaciones músculo esqueléticas, además de la artritis periférica, son la dactilitis, la entesitis y la espondilitis (2). Adicionalmente, la APs, se asocia a un aumento de los eventos cardiovasculares mayores, con incrementada morbilidad y mortalidad (3).

Con respecto al compromiso axial, los datos reportados son variables, y estos oscilan entre el 25 al 70%, esta variabilidad está vinculada a las diferentes formas de definir esta característica clínica (4). Gladman y col establecieron que la prevalencia de compromiso axial en la APs era cercano al 50% y se asociaba al HLA B27 (5). Así

también la espondilitis psoriásica, a diferencia de la espondilitis anquilosante “pura” se caracteriza por no tener mayor preponderancia del sexo masculino, mayor compromiso en piel (psoriasis en placa) y un curso menos severo, como así también diferencias radiológicas específicas en cada una (6).

Con respecto al tratamiento, las guías de los grupos internacionales, en mayor o menor medida, dividen a la APs por dominios (periférico, entesis, piel, dactilitis y uñas). En el compromiso axial, basan la elección terapéutica en guías específicas de espondiloartritis axial (7-8).

Nuestro objetivo es estimar la prevalencia de compromiso axial en un grupo de pacientes que fueron diagnosticados de APs en el circuito Reuma-Check, realizar una caracterización completa (clínica, laboratorio e imágenes) y analizar las diferencias entre los pacientes que presentan, versus los que no presentan compromiso axial.



Material y Métodos

Estudio observacional, transversal, de un solo centro, incluimos pacientes mayores de 18 años que fueron admitidos al programa Reuma-Check entre Agosto de 2017-2019 de acuerdo a los siguiente criterios: síntomas músculo esqueléticos como artralgiar/artritis, dactilitis o entesitis asociado a psoriasis o antecedentes familiares de psoriasis. Un vez realizado el diagnóstico de APs se interrogaba sobre la presencia de síntomas axiales, definido como lumbalgia de más de 3 meses de evolución asociado al menos a uno de los siguientes: BASDAI mayor a 4 puntos, maniobras clínicas sacroiliacas positivas, características inflamatorias según criterios ASAS.

Si los pacientes cumplían estos criterios, se realizaba un segundo Reuma-Check para el estudio completo del compromiso axial.

Descripción del circuito Reuma-check:

A todos los pacientes se les realizó durante el mismo día: valoración clínica, pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas que incluyeron radiografía simple (rayos X) y ecografía articular y entesis de talón, si el paciente cumplía con los criterio de compromiso axial se les realizaba adicionalmente HLA B27, Rx panorámica de pelvis y resonancia magnética (RM) de sacroiliacas (SI). Todos los evaluadores (médico, laboratorio e imágenes) estaban cegados a los resultados de los otros estudios. El circuito completo del programa “Reuma-check” tarda entre 3 y 4 horas y todos los datos, incluida la evaluación clínica, se cargan en un sistema de registros médicos electrónicos.

La figura 1 muestra el circuito del programa “Reuma-check”.

Evaluación clínica:

Se evaluaron las características demográficas, incluida la edad y el sexo. Información sobre la edad al inicio de los síntomas, antecedentes familiares (psoriasis, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal, espondiloartritis – EspA axial y periférica), características de EspA (psoriasis, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal). La evaluación músculo esquelética se realizó de acuerdo con los procedimientos clínicos estándar e incluyó: recuento de articulaciones dolorosas (68), recuento de articulaciones inflamadas (66) y se calculó el DAPSA (Disease Activity index for Psoriatic Arthritis)(9), la evaluación de entesis se realizó utilizando la puntuación de Entesitis de espondilitis anquilosante de Maastricht (MASES) (10). En caso de compromiso axial se agregaba: presencia de dolor lumbar inflamatorio según criterios ASAS (11), uso y respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y también, tiempo de rigidez matutina. Pruebas de provocación de articulaciones sacroilíacas (empuje de muslo y FABER) y escala analógica visual de dolor. Se recopiló toda la información necesaria para completar el Índice de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante de Bath (BASDAI) (12) y el Índice funcional de espondilitis anquilosante de Bath (BASFI) (13). La función fue evaluada mediante la versión argentina del Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI) (14).

Pruebas de laboratorio. Se determinaron la velocidad de eritrosedimentación (VSG), la proteína C reactiva (PCR) y el HLA-B27.

Evaluación radiográfica. Se realizó radiografía digital de ambas manos y pies. Si existía

compromiso axial se agregó articulaciones sacroilíacas. La presencia y el grado de sacroileitis fueron determinados por un reumatólogo experimentado, de acuerdo con los criterios de NY modificados. La presencia de sacroileitis grado 2 bilateralmente o grado 3 o 4 unilateralmente se consideró como radiografía positiva (15).

Evaluación de imágenes por resonancia magnética. La resonancia magnética de ambas articulaciones sacroilíacas sin contraste paramagnético intravenoso se realizó utilizando un resonador General Electric signa horizon LX, 1,5 tesla. La presencia o ausencia de lesiones inflamatorias activas (STIR) como edema de médula ósea (osteítis), capsulitis, sinovitis y entesitis y lesiones inflamatorias crónicas (T1) como esclerosis, erosiones, depósitos de grasa y puentes óseos / anquilosis fueron determinadas por un radiólogo experimentado. La presencia de edema de médula ósea (osteítis) se consideró como una resonancia magnética positiva. Si solo hubo una señal de edema de médula ósea (osteítis) por corte de MRI, la lesión debe estar presente en al menos dos cortes consecutivos. Si había más de una señal de edema de médula ósea (osteítis) en un solo corte, un corte era suficiente (16).

Todos los exámenes de ultrasonografía fueron realizados por un ecografista reumatólogo experimentado utilizando un equipo MyLab 25 (Esaote) equipado con un transductor lineal multifrecuencia de banda ancha de 6-18 MHz. La técnica de exploración se realizó de acuerdo con las guías de la European League Against Rheumatism (EULAR)(17).

Las entesis del talón se examinaron

bilateralmente con el paciente en decúbito prono con los pies colgando sobre el borde de la mesa de exploración a 90 ° de flexión.

Todas las entesis se escanearon primero en modo B (escala de grises), para detectar cualquier cambio morfoestructural y, posteriormente, con la técnica de Doppler de potencia (PD) para detectar cualquier aumento del flujo sanguíneo anormal a nivel de las entesis. Los siguientes hallazgos ecográficos indicativos de entesopatía fueron investigados y documentados en proyecciones tanto transversales como longitudinales en cada una de las entesis: engrosamiento, cambios estructurales, bursitis, vascularización anormal por técnica de DP, calcificaciones, erosiones óseas y entesofitos (18).

Diagnóstico de APs:

Luego de evaluaciones completas incluidas en el programa Reuma-check, se estableció o rechazó un diagnóstico de APs, accediendo a toda la información de la historia clínica electrónica. El diagnóstico se realizó en todos los casos por opinión del mismo reumatólogo experto. En caso de duda diagnóstica se utilizó la opinión de un segundo reumatólogo experto para el diagnóstico final de APs. Una vez establecido el diagnóstico, se verificó si se cumplían los criterios de CASPAR (19).

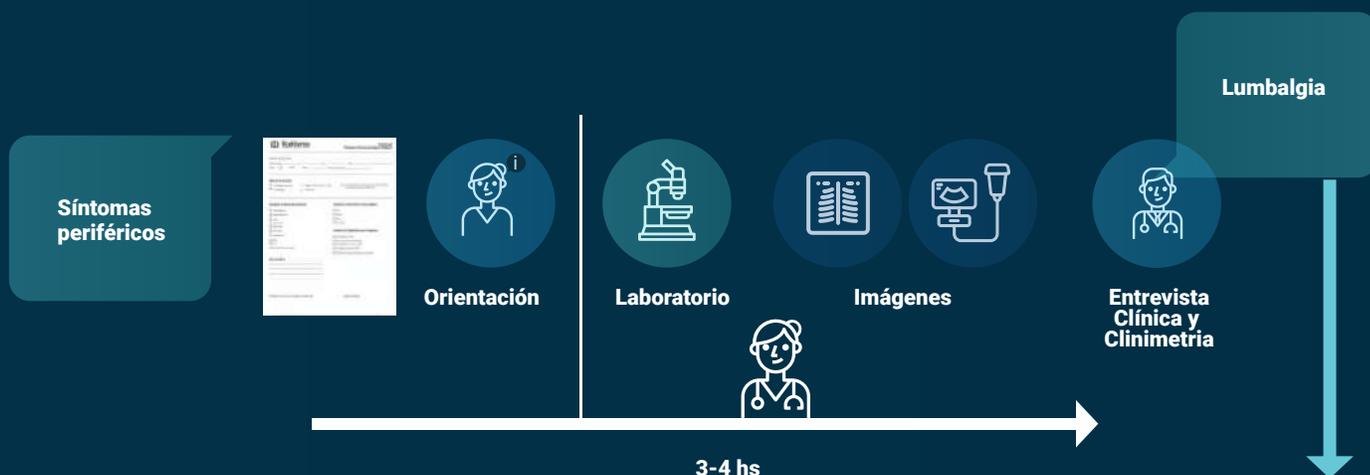
Reparos éticos:

El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki y las regulaciones locales. Se obtuvo la aprobación ética para el estudio del comité de ética local del Hospital.

Análisis estadístico:

Se utilizó estadística descriptiva para resumir las características de los pacientes. Las variables continuas se expresaron como medianas y rango intercuartílico (RIC) o como media y desviación estándar (DE), y las variables categóricas se expresaron como porcentajes. Las comparaciones se realizaron mediante pruebas paramétricas y no paramétricas para variables continuas y prueba de chi cuadrado para variables categóricas. También se realizó un análisis de regresión logística multivariante utilizando compromiso axial como variable de resultado.

Figura 1: Circuito de diagnóstico rápido (Reuma-check® - APS)



Lumbalgia crónica: Características inflamatorias - maniobras SI positivas - BASDAI mayor a 4:





Resultados

Características de los pacientes

Ciento treinta y nueve (139) pacientes con síntomas musculoesqueléticos más psoriasis o antecedentes familiares fueron ingresados al circuito Reuma-Check. El 52% ingresaron con síntomas musculoesqueléticos y psoriasis en placa y el 48% restante tenían un familiar con psoriasis.

Diagnóstico y clasificación

De los 139 pacientes 73 (52% IC95:44-60) fueron finalmente diagnosticados de APs, todos cumplieron criterios de CASPAR. En la Tabla 1 se describen las características de los pacientes diagnosticados (presentes y pasadas).

Compromiso Axial

De los 73 pacientes diagnosticados de APs, 33% (IC95: 22-44) presentaban compromiso axial clínico que cumplían con los criterios especificados. Un total de

37% presentaban hallazgos de imágenes, las características clínicas, de laboratorio e imágenes de la lumbalgia se muestran en el tabla 2.

En los pacientes con APS y compromiso axial se observó (con respecto a los que no tenían compromiso axial) mayor presencia (actual a pasada) de manifestaciones no musculoesqueléticas como uveítis e enfermedad inflamatoria intestinal, 42 vs 12 % respectivamente ($p: 0,004$), mayor número de entesitis con una mediana de 0,5 vs 0 ($p: 0,04$), y un compromiso funcional medido por HAQ mayor, 0,8 vs 0,5 ($p: 0,002$). En la tabla 3 se presentan el resto de las características diferenciales entre pacientes con y sin compromiso axial en el análisis univariado.

Las variables que presentaban una p menor a 0,1 fueron ingresados a un modelo de regresión logística binomial donde el compromiso axial fue la variable dependiente; y las variables que se asociaron en forma independiente fueron: presencia de manifestaciones no musculoesqueléticas y MASES. El análisis completo se observa en la tabla 4.

Tabla 1: Características de los pacientes diagnosticados APs

Características basales	APs (n 73)
Sexo masculino %	42
Edad (DE)	51 (12,4)
Años de escolaridad (RIC)	14 (12-17)
Tabaquismo %	49
Artritis %	78
Entesitis %	30
Psoriasis %	77
Uveítis - EII %	22
Historia familiar EsPa %	31
EVA dolor (RIC)	6 (4-7)
Articulaciones dolorosas (RIC)	2 (0,5-4)
Articulaciones inflamadas (RIC)	1 (0-3)
DAPSA (DS)	14 (7,4)
MASES (RIC)	0 (0-1)
HAQ (RIC)	0,6 (0,4-1)
PCR mg/L (RIC)	2 (1-6)
PCR + (>5 mg/L) %	37
VSG (mm/1hr)	17 (10-25)
Rx periférica + %	36
Ecografía de entesis + %	45
Ecografía articular + %	42
Tiempo desde inicio de los síntomas al diag (meses)	41 (12-87)

DE: desvío estándar, RIC: rango intercuartilo, EII: enfermedad inflamatoria intestinal, EsPa: espondiloartritis, EVA: escala analoga visual, DAPSA: Disease Activity for Psoriatic Arthritis, MASES: Maastrich Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score, HAQ-DI: Health Assessment Questionnaire-Disability Index PCR: proteína C reactiva, VSG: volumen de sedimento globular, Rx: Rayos X.

Tabla 2: Características del compromiso Axial de los pacientes

Características	APs-Axial (n 24)
Lumbalgía inflamatoria %	87
Buena respuesta a AINEs %	75
Maniobras SI + %	71
HLA B27 + %	17
Rx SI + %	29
RM SI + %	37
BASDAI (mediana-RIC)	4 (2,8-5)
BASFI (mediana-RIC)	4,6 (3,8-5,3)
Rigidez matinal minutos (mediana-RIC)	40 (30-45)
Dolor nocturno (mediana-RIC)	7 (5-8)
Tiempo de evolución de la lumbalgia meses (mediana-RIC)	60 (18-121)

AINEs: anti inflamatorios no esteroideos, SI: sacroiliacas, HLA-B27: human leucocyte antigen B27 Rx: rayos X, RM: resonancia magnetica, BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index, RIC: rango intercuartilo

Tabla 3 Diferencias entre pacientes con y sin APS-axial

Características basales	APs-Axial (n 24)	APs-noAxial (n 49)	P	OR (IC95)
Sexo masculino %	42	43	0,9	0,9 (0,3-2,5)
Edad (DE)	49 (9,6)	51 (13,6)	0,5	
Años de escolaridad (RIC)	15 (11-16)	14 (12-17)	0,9	
Tabaquismo %	71	54	0,1	2,1 (0,7-6,6)
Artritis %	100	97	0,9	
Entesitis %	85	92	0,58	0,5 (0,4-6,3)
Psoriasis %	79	75	0,7	1,2 (0,4-4)
Uveitis - EII %	42	12	0,004	5,1 (1,5-17)
Historia familiar EsPa %	25	36	0,3	0,6 (0,2-1,7)
EVA dolor (RIC)	7 (5-8)	6 (3-7)	0,09	
Articulaciones dolorosas (RIC)	4 (1-4,7)	2 (0-4)	0,09	
Articulaciones inflamadas (RIC)	2 (0-3)	1 (0-2,5)	0,8	
DAPSA (DS)	15 (4,6)	13 (8,5)	0,34	
MASES (RIC)	0,5 (0-2)	0 (0-1)	0,04	
HAQ (RIC)	0,8 (0,5-1)	0,5 (0,1-0,8)	0,002	
PCR mg/L (RIC)	2 (1-10)	2 (1-6)	0,8	
PCR + (>5 mg/L) %	39	36	0,8	1,1 (0,4-3)
VSG (mm/1hr)	19 (10-25)	16 (7,5-26)	0,3	
Rx periférica + %	59	41	0,2	2 (0,6-6,5)
Ecografía de entesis + %	43	48	0,7	0,8 (0,3-2,2)
Ecografía articular + %	46	45	0,9	1 (0,4-2,8)
Tiempo desde inicio de los síntomas al diag (meses)	60 (18-122)	36 (8-78)	0,08	

DE: desvío estándar, RIC: rango intercuartilo, EII: enfermedad inflamatoria intestinal, EsPa: espondiloartritis, EVA: escala analoga visual, DAPSA: Disease Activity for Psoriatic Arthritis, MASES: Maastrich Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score, HAQ-DI: Health Assessment Questionnaire-Disability Index, PCR: proteína C reactiva, VSG: volumen de sedimento globular, Rx: Rayos X.

Tabla 4: regresión logística

Variable	P	OR	IC 95% inf	sup
Uveitis - EII (si)	0,005	9,119	1,946	42,741
MASES	0,017	2,08	1,137	3,804
HAQ	0,056	12,139	0,94	156,834
EVA dolor	0,458	0,86	0,577	1,281
Articulaciones dolorosas	0,683	1,062	0,797	1,414

EII: enfermedad inflamatoria intestinal, EVA: escala visual analoga.



Discusión y conclusiones

La espondiloartritis axial y la artritis psoriásica son los dos polos de una misma enfermedad, en la primera predomina los síntomas del compromiso inflamatorio de la columna vertebral y en el segundo predomina la inflamación de estructuras periféricas como artritis y entesitis (20). Pero así como el compromiso periférico existe en los pacientes con EspAx, lo mismo ocurre en la APs y el compromiso axial. El rango más amplio descrito de prevalencia es de entre 25 y 70 %, y los criterios que se utilizan para definirlo, siempre se han extrapolado de aquellos establecidos para espondilitis anquilosante y más recientemente espondiloartitis axial (15, 21). En nuestro caso encontramos una prevalencia del 33%, comparable con lo reportado en la literatura (22). La definición del mismo se basó en un conjunto

de datos clínicos, como la lumbalgia de tipo inflamatoria, la actividad por BASDAI y las maniobras sacroiliacas. Con respecto a la primera, la clasificación es la misma utilizadas en EspAx, en nuestra experiencia su prevalencia fue cercana al 90% (en pacientes con lumbalgia) y una respuesta favorable a AINEs del 75%. En contraste, la prevalencia de lumbalgia inflamatoria en pacientes con APs o psoriasis se estima que es del 15 y 19% respectivamente, en nuestro caso obtuvimos una prevalencia de lumbalgia inflamatoria cercana al 30%, ya que la mayoría de los pacientes con síntomas axiales presentaban estas características (23-25).

Las limitaciones en los movimientos de la columna, el dolor y las maniobras positivas,

también fueron reportados en pacientes con APs, aunque un tercio de los pacientes tiene sacroileitis asintomática detectable por imágenes (24, 27, 28), en nuestra cohorte las características clinimétricas demuestran actividad de la enfermedad elevada y una alteración de la función física, expresadas por el BASDAI, BASFI y HAQ, este último además demostró diferencias significativas en pacientes con y sin compromiso axial, adicionalmente las maniobras sacroiliacas fueron positivas en el 71% de los pacientes.

Si bien, la presencia del HLA B27 en la APs es de por sí baja (menor al 40%), y su determinación se reserva casi exclusivamente para la espondilitis anquilosante pura, se ha encontrado que su positividad es importante no solo para la susceptibilidad de la APs con afectación axial, sino también para la determinación de las características clínicas, incluida la aparición más temprana de psoriasis y artritis; a su vez guarda una relación directa con la uveítis, la agregación familiar y a compromiso en imágenes, este último mayormente relacionado con el fenotipo de la espondiloartritis axial, cumpliendo criterios para la misma (29-31). Sin embargo, sabemos que la prevalencia del HLA B27 en varios sitios de Latinoamérica es menor a las cohortes del norte de Europa (32). En un estudio donde se compararon ambas poblaciones (europea y latinoamericana) se observó una diferencia estadísticamente significativa en la positividad de HLA-B27, siendo mayor en la primera (83 vs. 71% p: 0,0001)(33). En Argentina, la prevalencia de HLA-B27 reportada ronda en el 40%- 50% (33-35). En este estudio el 17% de los pacientes con APs y compromiso axial eran positivos para el HLA B27.

Solo un 29% presentaba cambios positivos en la radiografía de sacroiliacas y un 40% cambios típicos en la RM. En general, solo unos pocos

estudios han evaluado la frecuencia de afectación espinal radiográfica en pacientes diagnosticados de APs. Dependiendo de la clasificación utilizada, se ha reportado entre un 25% y 70% de los pacientes diagnosticados de APs tienen tal participación en combinación con los síntomas periféricos que confirman la APs (6), mientras que las cohortes de enfermedad temprana han informado una prevalencia del 5 al 28% de pacientes con alguna afectación espinal (36-38) junto con artritis periférica. Parte de la dificultad para evaluar los cambios radiográficos de la columna es que tales cambios que se pueden utilizar para confirmar los criterios modificados de Nueva York, pueden tardar muchos años en desarrollarse (39). Si bien, en los últimos años se ha destacado el rol de la resonancia magnética para el diagnóstico y la evaluación de los pacientes con EsPax, en los pacientes con APs la afectación axial también puede ser evidente en la resonancia magnética, pero clínicamente ausente, por tal es desconocida la prevalencia real de estos cambios (40).

En el análisis uni y multivariado encontramos que los pacientes con APs y compromiso axial tenían una mayor carga de enfermedad, con mayores manifestaciones no musculoesqueléticas como uveítis, mayor compromiso de entesis y menor capacidad funcional; datos similares reportaron otras cohortes, donde además incluían mayor severidad de la psoriasis, que en nuestro estudio no fue cuantificada (41).

Como debilidades de nuestro estudio podemos puntualizar en que el mismo rescata el dato del compromiso axial en forma retrospectiva, de tal forma que no pudimos establecer una temporalidad sobre este y el compromiso periférico, aunque contamos con los datos de demora al diagnóstico. La no cuantificación de la



psoriasis también creemos es una debilidad. Si bien el estudio no evalúa tratamiento debido a que todos los pacientes son de reciente diagnóstico y ninguno recibía otros tratamiento más que AINEs, seguiremos a los mismos en forma prospectiva para evaluar el impacto de los en todos los dominios de la APs, mientras esperamos que los grupos ASAS y GRAPPA puedan ayudarnos a una mejor definición de este compromiso en APs, y a los resultados de ensayos clínicos con drogas que utilicen este como un objetivo primario y no solo se extrapolen resultados de las cohortes de EsPax (42).

Como fortalezas, este es el primer estudio que evalúa el compromiso axial en APs en latinoamérica de forma completa, ya que arroja datos clínicos, de imágenes (incluida RM) y de laboratorios (incluido el HLA B27) y compara las diferencias entre pacientes con y sin compromiso axial.

En conclusión la prevalencia de síntomas axiales en nuestra cohorte fue de 33%, las características de la lumbalgia fueron en su mayoría inflamatorias y con actividad por BASDAI y alteración funcional por BASFI. Los pacientes con síntomas axial presentaban características de APS más severas.

Consentimiento para la publicación: El manuscrito final ha sido revisado críticamente y aprobado por todos los autores y se le ha prestado la atención necesaria para asegurar la integridad del trabajo.



Referencias

1. Soriano ER, Rosa J, Velozo E, Schpilberg M, Imamura PM, Diaz J, Catoggio LJ. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis in Buenos Aires, Argentina: a 6-year health management organization-based study. *Rheumatology (Oxford)*. 2011 Apr;50(4):729-34. doi: 10.1093/rheumatology/keq369.
2. Schett G, Lories RJ, D'Agostino MA, Elewaut D, Kirkham B, Soriano ER, McGonagle D. Enthesitis: from pathophysiology to treatment. *Nat Rev Rheumatol*. 2017 Nov 21;13(12):731-741. doi: 10.1038/nrrheum.2017.188.
3. Husted JA, Thavaneswaran A, Chandran V, Gladman DD. Incremental effects of comorbidity on quality of life in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2013;40(8):1349-1356. doi:10.3899/jrheum.121500.
4. Lubrano E, Spadaro A. Axial psoriatic arthritis: an intriguing clinical entity or a subset of an intriguing disease?. *Clin Rheumatol*. 2012;31(7):1027-1032. doi:10.1007/s10067-012-1990-8.
5. Gladman DD. Axial disease in psoriatic arthritis. *Curr Rheumatol Rep*. 2007;9(6):455-460. doi:10.1007/s11926-007-0074-2.
6. Pérez Alamino R, Maldonado Cocco JA, Citera G, et al. Differential features between primary ankylosing spondylitis and spondylitis associated with psoriasis and inflammatory bowel disease. *J Rheumatol*. 2011;38(8):1656-1660. doi:10.3899/jrheum.101049.
7. Gossec L, Coates LC, de Wit M, Kavanaugh A, Ramiro S, Mease PJ, Ritchlin CT, et al. Management of psoriatic arthritis in 2016: a comparison of EULAR and GRAPPA recommendations. *Nat Rev Rheumatol*. 2016 Dec;12(12):743-750. doi: 10.1038/nrrheum.2016.183. Epub 2016 Nov 10. PMID: 27829672.
8. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ, Soriano ER, Laura Acosta-Felquer M, Armstrong AW, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2016 May;68(5):1060-71. doi: 10.1002/art.39573. Epub 2016 Mar 23. PMID: 26749174.
9. Aletaha D, Alasti F, Smolen JS. Disease activity states of the DAPSA, a psoriatic arthritis specific instrument, are valid against functional status and structural progression. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):418-421. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209511.
10. Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, Van Tubergen A, Landewé R, Van Der Tempel H, Mielants H, et al. Assessment of enthesitis in

- ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2003. doi:10.1136/ard.62.2.127.
11. Sieper J, Van Der Heijde D, Landewé R, Brandt J, Burgos-Vagas R, Collantes-Estevez E, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: A real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis.* 2009. doi:10.1136/ard.2008.101501.
12. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: The bath ankylosing spondylitis disease activity index. *J Rheumatol.* 1994.
13. Calin A, Garrett S, Whitelock H, O’Hea J, Mallorie P, Jenkinson T. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: The development of the bath ankylosing spondylitis functional index. *J Rheumatol.* 1994.
14. Citera G, Arriola MS, Maldonado-Cocco JA, Rosemffet MG, Sánchez M, Goñi MA, et al. Validation and crosscultural adaptation of an Argentine Spanish version of the Health Assessment Questionnaire disability index. *J Clin Rheumatol.* 2004. doi:10.1097/01.rhu.0000128732.58292.cd.
15. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum.* 1984.
16. Rudwaleit M, Jurik AG, Hermann KGA, Landewé R, Van Der Heijde D, Baraliakos X, et al. Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: A consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group. *Ann Rheum Dis.* 2009. doi:10.1136/ard.2009.110767.
17. Backhaus M, Burmester GR, Gerber T, Grassi W, Machold KP, Swen, WA, et al. Guidelines for musculoskeletal ultrasound in rheumatology. *Ann Rheum Dis.* 2001. doi:10.1136/ard.60.7.641.
18. De Miguel E, Cobo T, Muñoz-Femández S, Naredo E, Usón J, Acebes JC, et al. Validity of enthesis ultrasound assessment in spondyloarthropathy. *Ann Rheum Dis.* 2009. doi:10.1136/ard.2007.084251.
19. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006 Aug;54(8):2665-73. doi: 10.1002/art.21972.
20. Feld J, Chandran V, Haroon N, Inman R, Gladman D. Axial disease in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: a critical comparison. *Nat Rev Rheumatol.* 2018;14(6):363-371. doi:10.1038/s41584-018-0006-8.
21. Rudwaleit M, Van Der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): Validation and final selection. *Ann Rheum Dis.* 2009. doi:10.1136/ard.2009.108233.
22. Baraliakos X, Coates LC, Braun J. The involvement of the spine in psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2015;33(5 Suppl 93):S31-S35.

23. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, Sieper J, Braun J. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum.* 2006;54(2):569-578. doi:10.1002/art.21619.
24. Mease PJ, Garg A, Helliwell PS, Park JJ, Gladman DD. Development of criteria to distinguish inflammatory from noninflammatory arthritis, enthesitis, dactylitis, and spondylitis: a report from the GRAPPA 2013 Annual Meeting. *J Rheumatol.* 2014;41(6):1249-1251. doi:10.3899/jrheum.140182.
25. Bonifati C, Elia F, Francesconi F, et al. The diagnosis of early psoriatic arthritis in an outpatient dermatological centre for psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(5):627-633. doi:10.1111/j.1468-3083.2011.04138.x7-33.
26. Queiro R, Alperi M, Lopez A, Sarasqueta C, Riestra JL, Ballina J. Clinical expression, but not disease outcome, may vary according to age at disease onset in psoriatic spondylitis. *Joint Bone Spine.* 2008;75(5):544-547. doi:10.1016/j.jbspin.2007.11.005.
27. Gladman DD. Natural history of psoriatic arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1994; 8 (2) : 379 - 394 . doi:10.1016/s0950-3579(94)80024-3.
28. Queiro R, Belzunegui J, González C, De DJ, Sarasqueta C, Torre JC, Figueroa M. Clinically asymptomatic axial disease in psoriatic spondyloarthropathy. A retrospective study. *Clin Rheumatol.* 2002 Feb;21(1):10-3. doi: 10.1007/s100670200003. PMID: 11954876.
29. Chandran V, Tulusso DC, Cook RJ, Gladman DD. Risk factors for axial inflammatory arthritis in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2010;37(4):809-815. doi:10.3899/jrheum.091059.
30. Linssen A. B27+ disease versus B27- disease. *Scand J Rheumatol Suppl.* 1990;87:111-119.
31. Chung HY, Machado P, van der Heijde D, D'Agostino MA, Dougados M. HLA-B27 positive patients differ from HLA-B27 negative patients in clinical presentation and imaging: results from the DESIR cohort of patients with recent onset axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2011; 70 (11) : 1930 - 1936 . doi:10.1136/ard.2011.152975.
32. Bautista-Molano W, Landewé RB, Londoño J, Romero-Sanchez C, Valle-Oñate R, van der Heijde D. Analysis and performance of various classification criteria sets in a Colombian cohort of patients with spondyloarthritis. *Clin Rheumatol.* 2016 Jul;35(7):1759-67. doi: 10.1007/s10067-016-3184-2. Epub 2016 Jan 21. PMID: 26791876.
33. Benegas M, Muñoz-Gomariz E, Font P, Burgos-Vargas R, Chaves J, Palleiro D, et al. Comparison of the clinical expression of patients with ankylosing spondylitis from Europe and Latin America. *J Rheumatol.* 2012. doi:10.3899/jrheum.110687.
34. Buschiazzi E, Maldonado-Cocco JA, Arturi P, Citera G, Berman A, Nitsche A, et al. Epidemiology of spondyloarthritis in Argentina. In: *American Journal of the Medical Sciences.* ; 2011. doi:10.1097/MAJ.0b013e31820f8cc3.
35. Sanchez Prado E, Ruta A, Torres Chichande J, Ruta S, Magri S, Salvatori F, Garcia Salinas R. *Rheumacheck - Spondyloarthritis:*

Comprehensive Fast-track Diagnosis Program. What Benefit it Does It Offer in a Developing Country?. *Arthritis Rheumatol.* 2019; 71 (suppl 10).

36. Torre Alonso JC, Rodriguez Perez A, Arribas Castrillo JM, Ballina Garcia J, Riestra Noriega JL, Lopez Larrea C. Psoriatic arthritis (PA): a clinical, immunological and radiological study of 180 patients. *Br J Rheumatol.* 1991;30(4):245-250. doi:10.1093/rheumatology/30.4.245.

37. Coates LC, Conaghan PG, Emery P, Green MJ, Ibrahim G, MacIver H, Helliwell PS. Sensitivity and specificity of the classification of psoriatic arthritis criteria in early psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2012 Oct;64(10):3150-5. doi: 10.1002/art.34536.

38. Niccoli L, Nannini C, Cassarà E, Kaloudi O, Susini M, Lenzetti I, Cantini F. Frequency of iridocyclitis in patients with early psoriatic arthritis: a prospective, follow up study. *Int J Rheum Dis.* 2012 Aug;15(4):414-8. doi: 10.1111/j.1756-185X.2012.01736.x.

39. Baraliakos X, Listing J, von der Recke A, Braun J. The natural course of radiographic progression in ankylosing spondylitis—evidence for major individual variations in a large proportion of patients. *J Rheumatol.* 2009;36(5):997-1002. doi:10.3899/jrheum.080871.

40. Williamson L, Dockerty JL, Dalbeth N, McNally E, Ostlere S, Wordsworth BP. Clinical assessment of sacroiliitis and HLA-B27 are poor predictors of sacroiliitis diagnosed by magnetic resonance imaging in psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43(1):85-88. doi:10.1093/rheumatology/keg475.

41. Mease PJ, Palmer JB, Liu M, Kavanaugh A, Pandurengan R, Ritchlin CT, Karki C, Greenberg JD. Influence of Axial Involvement on Clinical Characteristics of Psoriatic Arthritis: Analysis from the Corrona Psoriatic Arthritis/Spondyloarthritis Registry. *J Rheumatol.* 2018 Oct;45(10):1389-1396. doi: 10.3899/jrheum.171094.

42. Chandran V. It Is High Time That We Define Axial Psoriatic Arthritis. *J Rheumatol.* 2020; 47(9):1301-1302. doi:10.3899/jrheum.200103.



**GLOBAL
RHEUMATOLOGY**

BY PANLAR

globalrheumpanlar.org