



Medicina U.P.B.

ISSN: 0120-4874

ISSN: 2357-6308

revista.medicina@upb.edu.co

Universidad Pontificia Bolivariana

Colombia

Morales Restrepo, Daniela; Londoño García, Ángela María; Chiquito García, Susana; Chavarriaga Restrepo, Andrés; Vásquez Trespalacios, Elsa María; Espinosa Bohorquez, Isabel; Berrío Espinosa, Verónica; Jaramillo Arroyave, Daniel

Artritis psoriásica, respuesta al tratamiento y cambio en la calidad de vida en población atendida en un centro de referencia en Medellín

Medicina U.P.B., vol. 44, núm. 2, 2025, Julio-Diciembre, pp. 27-36

Universidad Pontificia Bolivariana

Medellín, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.18566/medupb.v44n2.a04>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159082273004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante

Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

ARTÍCULO ORIGINAL

Artritis psoriásica, respuesta al tratamiento y cambio en la calidad de vida en población atendida en un centro de referencia en Medellín

Fecha de recepción:
27 de agosto de 2024.
Fecha de aprobación:
7 de mayo de 2025.

Psoriatic arthritis, treatment response, and changes in quality of life in a population treated at a reference center in Medellín / Artrite psoriática, resposta ao tratamento e mudança na qualidade de vida em uma população atendida em um centro de referência em Medellín

Daniela Morales Restrepo¹, Ángela María Londoño García^{1,2}, Susana Chiquito García^{1,2}, Andrés Chavarriaga Restrepo¹, Elsa María Vásquez Trespalacios², Isabel Espinosa Bohorquez², Verónica Berrío Espinosa², Daniel Jaramillo Arroyave^{1,2,3}.

RESUMEN

Objetivo: la artritis psoriásica, como manifestación de la enfermedad psoriásica, es una condición crónica e inflamatoria con manifestaciones articulares, dactilitis, entesitis y cambios en la piel y uñas. A pesar de las diversas recomendaciones de tratamiento, los factores que determinan la respuesta estos, en la población latinoamericana, no han sido esclarecidos. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes con artritis psoriásica e identificar las diferencias en la respuesta al tratamiento y su impacto en la calidad de vida en un centro médico de Medellín.

Métodos: se analizaron registros médicos de 114 pacientes con enfermedad psoriásica y artritis, para evaluar variables sociodemográficas, clínicas, de tratamiento y clinimétricas. Se realizó un análisis univariado para variables cuantitativas y cualitativas, y un análisis bivariado para evaluar las diferencias entre las variables, comparándolas mediante la prueba de Chi².

Resultados: se observó una diferencia significativa entre la afiliación al régimen contributivo de EPS (p 0,041) y el tratamiento inicial con biológicos (p 0,044). Existe una asociación negativa entre la psoriasis vulgar y la artritis axial (OR 0,11; IC 95 % 0,0269–0,476; p < 0,001) y entre psoriasis ungular y artritis axial (OR 0,20; IC 95 % 0,0567–0,767; p=0,011). Niveles elevados de colesterol total y LDL se relacionaron con menor probabilidad de mejora del 90 % según la evaluación de la severidad y área de la psoriasis, PASI 90 (p < 0,05). La hemoglobina más baja se relaciona con peor respuesta terapéutica (p<0,05).

Conclusión: los hombres fueron los más afectados por la enfermedad psoriásica, las comorbilidades y el riesgo cardiovascular. El metotrexato es el medicamento más utilizado asociado con una mejora en la calidad de vida. Los medicamentos biológicos se asociaron positivamente con el logro de un PASI 90.

Palabras clave: Psoriasis; Artritis psoriásica; Tratamiento.

ABSTRACT:

Objective: psoriatic arthritis, as a manifestation of psoriatic disease, is a chronic and inflammatory condition, with articular symptoms, dactylitis, enthesitis and changes in the skin and nails. Despite the existence of various treatment recommendations, the factors determining the treatment response in the Latin American population have not been clarified. The aim of this study was to describe the characteristics of patients with psoriatic arthritis and identify the differences in the response to treatment and its impact on quality of life in a medical center in Medellín.

Forma de citar este artículo:

Morales Restrepo D, Londoño García AM, Chiquito García S, Chavarriaga Restrepo A, Vásquez Trespalacios EM, Espinosa Bohorquez I, et al. Artritis psoriásica, respuesta al tratamiento y cambio en la calidad de vida en población atendida en un centro de referencia en Medellín. Med UPB. 2025;44(2):27-36
DOI:10.18566/medupb.v44n2.a04

¹ Helpharma, Programa CLIPSO, Medellín, Colombia

² Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia

³ Artmédica, Colombia, Medellín, Colombia

Dirección de correspondencia:
Verónica Berrío Espinosa.
Correo electrónico:
veronicaberrioec@gmail.com

Methods: medical records of 114 patients with psoriatic disease and arthritis were analyzed to evaluate sociodemographic, clinical, treatment, and clinimetric variables. A univariate analysis was carried out for quantitative and qualitative variables and a bivariate analysis was carried out to evaluate differences between variables, comparing them using the Chi-squared test.

Results: a significant difference was observed between affiliation to the EPS contributory regime (p 0.041) and initial treatment with biologicals (p 0.044). There is a negative association between psoriasis vulgaris and axial arthritis (OR 0.11; 95 % CI 0.0269–0.476; p < 0.001) and between nail psoriasis and axial arthritis (OR 0.20; 95 % CI 0.0567–0.767; p = 0.011). High levels of total and LDL cholesterol were related to a lower probability of achieving a 90 % of improvement according to the scale PASI 90 (p < 0.05). Lower hemoglobin is related to worse therapeutic response (p < 0.05).

Conclusion: men were the most affected with a higher association with comorbidities and cardiovascular risk. Methotrexate is the most used medication associated with an improvement in quality of life. Biological medications were positively associated with achieving a PASI 90 goal.

Key Words: Psoriasis; Psoriatic arthritis; Treatment.

RESUMO

Introdução: a artrite psoriática, como manifestação da doença psoriática, é uma doença inflamatória crônica com manifestações articulares, dactilite, entesite e alterações cutâneas e ungueais. Apesar das diversas recomendações de tratamento, os fatores que determinam a resposta a esses tratamentos na população latino-americana permanecem obscuros.

Objetivos: descrever as características dos pacientes com artrite psoriática e identificar diferenças na resposta ao tratamento e seu impacto na qualidade de vida em um centro médico em Medellín.

Métodos: prontuários médicos de 114 pacientes com artrite psoriática foram analisados para avaliar variáveis sociodemográficas, clínicas, de tratamento e clinimétricas. Análise univariada foi realizada para variáveis quantitativas e qualitativas, e análise bivariada para avaliar diferenças entre variáveis, comparando-as pelo teste qui-quadrado.

Resultados: foi observada uma diferença significativa entre a adesão ao regime EPS contributivo (p 0,041) e o tratamento inicial com biológicos (p 0,044). Houve uma associação negativa entre psoríase vulgar e artrite axial (OR 0,11; IC 95 % 0,0269–0,476; p < 0,001) e entre psoríase ungueal e artrite axial (OR 0,20; IC 95 % 0,0567–0,767; p = 0,011). Altos níveis de colesterol total e LDL foram associados a uma menor probabilidade de atingir PASI 90 (p < 0,05). Baixa hemoglobina foi associada a uma pior resposta terapêutica (p < 0,05).

Conclusão: homens foram mais afetados por doença psoriática, comorbidades e risco cardiovascular. O metotrexato foi o medicamento mais utilizado associado à melhora da qualidade de vida. Medicamentos biológicos foram positivamente associados à obtenção de um PASI 90.

Palavras-chave: psoríase; Artrite psoriática; tratamento.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad psoriásica, que incluye la psoriasis y la artritis psoriásica, es una enfermedad cutánea y sistémica crónica, inflamatoria e inmunomediada, con una prevalencia e incidencia que varía ampliamente a nivel mundial, siendo más prevalente en Australasia (1,99%), Europa occidental (1,92%) Europa central (1,83%) y

América del Norte (1,50%). Mientras que las cifras más bajas se encontraron en Asia Oriental (0,14%). En Latinoamérica hay una falta de registro de la epidemiología de esta enfermedad, sin embargo, se estima que en regiones de altos ingresos la prevalencia es de 1,10%¹. Un estudio realizado en Colombia identificó que la prevalencia de psoriasis es de 0,2% en la población general, cifra que se encuentran entre las más bajas registradas².

La psoriasis tiene diferentes fenotipos clínicos, el más frecuente a nivel global es la psoriasis en placas o psoriasis vulgar, la cual representa la morfología clásica de las lesiones de esta enfermedad, como son placas eritematosas o color salmón bien delimitadas con escama plateada³.

La artritis psoriásica es una condición inflamatoria, crónica y heterogénea, que afecta por igual a hombres y mujeres¹, y es caracterizada por un amplio espectro de variables, que incluye cinco dominios: manifestaciones articulares axiales o periféricas, dactilitis, entesitis y cambios de psoriasis en piel y uñas⁴⁻⁷.

Su tratamiento en Colombia se basa en las recomendaciones de las guías colombianas de artritis psoriásica, las guías EULAR (*European League Against Rheumatism*)⁸ y GRAPPA (*Group for Research and Assessment of Psoriasis and PsA*)⁹, para su aplicación en pacientes de América Latina. Estas recomendaciones sugieren un enfoque basado en la severidad de la enfermedad, en la cual los AINEs se utilizan como tratamiento para la artritis psoriásica leve y los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, y las terapias biológicas para la moderada a severa¹⁰.

Las alteraciones en la calidad de vida que presentan los pacientes con artritis psoriásica son amplias y también se utilizan como indicadores para evaluar la efectividad del tratamiento¹¹. Estas alteraciones parecen ser el resultado de una combinación del componente artrítico/reumático y del componente de la psoriasis en piel, lo que genera una superposición de los procesos inflamatorios, la morbilidad del paciente y los factores contextuales¹².

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es identificar cuáles son los factores asociados a una respuesta efectiva al tratamiento y su influencia en la calidad de vida en pacientes con artritis psoriásica en un centro médico de Medellín.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio: se realizó un estudio transversal, de fuente secundaria, utilizando los registros médicos de pacientes del programa Clínica Integral de Enfermedades Inmunomediadas de Piel (CLIPSO), un centro de referencia para el manejo de enfermedades de alto costo, que incluyen la psoriasis y la artritis psoriásica. El programa cuenta con un equipo multidisciplinario encargado del manejo de estos pacientes, y el cual está integrado por especialistas en dermatología y reumatología, química farmacéutica, nutrición y psicología.

Población de estudio: en este estudio se tomaron registros de los pacientes con artritis psoriásica, atendidos por el programa Clínica Integral de Enfermedades

Inmunomediadas de Piel (CLIPSO), entre mayo 1 de 2018 y febrero 28 de 2023.

Criterios de inclusión: se incluyeron todos los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica, esta última definida bajo diagnóstico clínico por reumatología, con algunos pacientes que cumplieran criterios clasificatorios de CASPAR, que son un conjunto de criterios diagnósticos para la artritis psoriásica.

Criterios de exclusión: se excluyeron aquellos registros de pacientes que se encontraban en estado de gestación, con seguimiento incompleto, inconsistencias en los registros de historia clínica y/o estudios incompletos.

Variables: se recolectaron variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el tipo de afiliación y la escolaridad. En cuanto a las variables clínicas se registró el fenotipo en piel y el fenotipo articular. Además, se consideraron los tratamientos de primera y segunda línea, tanto tópicos como sistémicos, para el manejo de cada uno de los fenotipos. También se registraron factores de riesgo cardiovascular en todos los pacientes, como obesidad, diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo.

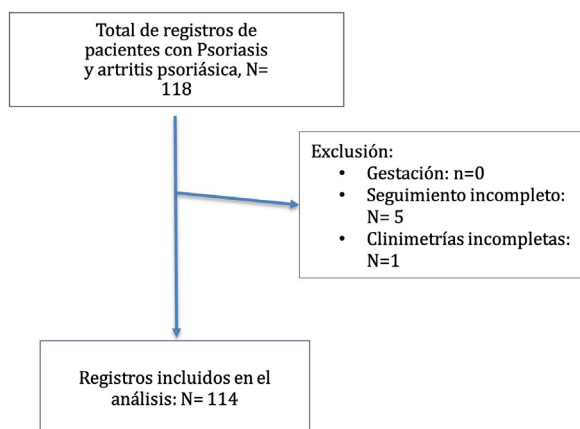
Mediciones clinimétricas: se obtuvieron mediciones clinimétricas específicas, como el índice de la severidad del área de psoriasis (PASI, por sus siglas en inglés: *Psoriasis Area and Severity Index*) y el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI, por sus siglas en inglés: *Dermatology Life Quality Index*), para evaluar la gravedad de la psoriasis y la calidad de vida de los pacientes. Estas clinimetrías fueron realizadas por los dermatólogos y reumatólogos tratantes en cada una de las valoraciones a los pacientes. Además, se registró el tiempo de evolución de los síntomas articulares antes del diagnóstico de artritis psoriásica. No se realizaron clinimetrías del componente articular porque, hasta el momento, no se habían estandarizado.

Se utilizó el PASI para evaluar la gravedad de la psoriasis y la respuesta al tratamiento. El PASI cuantifica 3 características de las placas psoriásicas: eritema, induración y descamación con una puntuación de 0 a 4, siendo 1 la más leve y 4 la más severa, en cuatro áreas del cuerpo: cabeza, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores (incluyendo glúteos y genitales). Además, se mide la extensión de la enfermedad según la superficie corporal total comprometida (BSA, por sus siglas en inglés: *Body Surface Area*) medida por la palma de la mano que representa 1% del cuerpo. Finalmente asigna un puntaje de 1 a 6, según el porcentaje de superficie corporal afectada: 1 cuando es menor al 10%, 2 si está entre el 10 y 29%, 3 si está entre el 30 y 49%, 4 si es del 50 al 69%, 5 si es del 70 al 89% y 6 cuando la afectación es entre el 90 y el 100%. Estos datos se integran en una fórmula matemática para obtener un puntaje total que refleja la severidad de la psoriasis.

Se extrajeron, también, las variables de interés del sistema de historia clínica-HIMED, el cual recopila datos clínicos e intervenciones.

Se realizó un muestreo por conveniencia a partir de 118 pacientes atendidos en el programa CLIPSO diagnosticados con artritis psoriásica. Posteriormente se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron 114 pacientes con psoriasis y artritis psoriásica atendidos en dicho centro desde mayo 1 de 2018 hasta febrero 28 del 2023 (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de pacientes con artritis psoriásica incluidos en el análisis.



Análisis estadístico

Se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para identificar el ajuste o no de las variables continuas a la distribución normal. El análisis univariado incluyó medidas de tendencia central y dispersión según el ajuste o no a la distribución normal. Para aquellas variables que se ajustan a la distribución normal se presentan medias con sus respectivas desviaciones estándar y para aquellas que no se ajustan se presentan medianas con sus rangos intercuartílicos. La descripción de las variables cualitativas se realiza mediante la frecuencia y el porcentaje.

Se calcularon pruebas de hipótesis de acuerdo con la naturaleza y distribución de las variables para conocer las diferencias de las características clínicas y demográficas con PASI 75 y PASI 90, que cuantifican el objetivo del tratamiento de la psoriasis en una reducción de 75 y de 90 puntos porcentuales respectivamente en la escala PASI; específicamente, la prueba U de Mann-Whitney, la prueba de Chi² o la prueba exacta de Fisher.

Se realizó un análisis bivariado para examinar las asociaciones entre las variables y cada uno de los dominios articulares de artritis psoriásica, reportados como

Odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza.

Para evaluar la respuesta al tratamiento y la calidad de vida dermatológica se utilizó la prueba de homogeneidad marginal. Esta prueba se trata de una extensión de la prueba de McNemar, a partir de la respuesta binaria a la respuesta multinomial. Contrasta los cambios de respuesta, utilizando la distribución chi-cuadrado.

Se consideró una diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,05$. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el *software* SPSS 21 (IBM, Nueva York, EE. UU.).

Consideraciones éticas: el protocolo de este estudio cumple con la normativa vigente en investigación bioética y fue aprobado por el comité de ética de la Universidad CES (código 204). El reporte sigue las recomendaciones de STROBE¹³ Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes debido a que se ha preservado totalmente su anonimato.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 114 pacientes con diagnóstico de psoriasis y artritis psoriásica, de los cuales 64 eran hombres (56,1%) y 50 eran mujeres (43,9%). La edad media fue de 49,1 años para los hombres y 56,4 para las mujeres, con una mediana de tiempo de diagnóstico de la artritis psoriásica de 3,0 años (rango intercuartílico 2,0-7,0) (Tabla 1). El promedio de índice de masa corporal (IMC) fue de 26,95 para ambos sexos. El riesgo cardiovascular bajo criterios Framingham, estuvo presente en el 0,9% de las mujeres y 99,1% de los hombres, mientras que las patologías asociadas incluyeron hipertensión arterial en 25 mujeres (21,9%) y 89 hombres (78,1%), dislipidemia en 13 mujeres (11,4%) y 101 hombres (88,6%), y diabetes mellitus en 10 mujeres (8,8%) y 104 hombres (91,2%). Además, 50,9% de las mujeres y 34,3% de los hombres tenían antecedentes de tabaquismo activo.

De los pacientes con diagnóstico de psoriasis cutánea que fueron remitidos a reumatología por posible compromiso articular, se confirmó el diagnóstico de artritis psoriásica en el 93%. La artritis periférica fue el fenotipo más frecuente en el 76,3%, seguido de la dactilitis en el 17,5%, artritis axial en el 15,8% y la entesitis en el 8,8% (Tabla 1). Las formas clínicas de psoriasis más frecuentes en pacientes con síntomas articulares fueron: psoriasis vulgar en el 92,1%, psoriasis en el cuero cabelludo en el 51,8%, psoriasis ungular en el 43,9%, psoriasis inversa en el 9,6%, psoriasis en gotas en el 6,1%, psoriasis palmo-plantar en el 7,9% y la psoriasis pustulosa generalizada en el 0,9% como el fenotipo menos frecuente (Tabla 1).

Se evaluaron otras variables presentes junto al daño articular, incluyendo: osteoartritis (1,8%), cambios erosivos articulares (4,4%) y microcristales (1,8%). Se destacaron aquellos pacientes que presentaron HLA B27 positivo (2,6%), mientras que el factor reumatoide fue negativo en todos los pacientes.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos con diagnóstico de artritis psoriásica en el programa CLIPSO (n = 114)

Característica	n (%)
Sexo	
Femenino	50 (43,9)
Masculino	64 (56,1)
Edad (promedio $\pm$ DS)	52,34 $\pm$ 13,05
Afiliación	
Contributivo	111 (97,4)
Subsidiado	3 (2,6)
Escolaridad	
Sin estudios	10 (8,8)
Primaria	15 (13,2)
Bachillerato	36 (31,6)
Profesional	49 (43)
Especialización	4 (3,5)
IMC (promedio $\pm$ DS)	26,95 $\pm$ 5,60
Patologías asociadas	
Diabetes	10 (8,8)
Hipertensión arterial	25 (21,9)
Dislipidemia	13 (11,4)
Osteoartritis	2 (1,8)
Cambios erosivos articulares	5 (4,4)
Microcristales	2 (1,8)
Antecedente de tabaquismo	16 (14)
Tipo de compromiso cutáneo	
Psoriasis vulgar	105 (92,1)
Psoriasis en cuero cabelludo	59 (51,9)
Psoriasis ungueal	50 (43,9)
Psoriasis inversa	11 (9,6)
Psoriasis en gotas	7 (6,1)
Psoriasis palmoplantar	9 (7,9)
Psoriasis pustulosa generalizada	1 (0,9)
Tipo de compromiso articular	
Artritis periférica	87 (76,3)
Artritis axial	18 (15,8)
Entesitis	10 (8,8)
Dactilitis	20 (17,5)

Nota: los resultados se presentan con frecuencias absolutas y porcentajes para variables categóricas; y con medias y desviación estándar para variables continuas.

Con relación a las clinimetrías, se observó un cambio en el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI) del 9,6% a 3,5% en pacientes con una afectación extrema, de 33,3% a 5,3% en pacientes con gran afección, del 21,1% a 11,4% en pacientes con una afectación moderada y del 36% a 76,3% con poca afectación. En el PASI se observó un cambio de 12,3% a 3,5% pacientes en clasificación severa, del 22,8% a 6,1% en clasificación moderada y 64% a 86,5% en clasificación leve.

Para el tratamiento de la artritis psoriásica, se utilizó como primera línea el Metotrexato en el 26,3% de los pacientes, seguido por los medicamentos biológicos en orden de frecuencia Ixekizumab 9,6%, Adalimumab 7%, Guselkumab 5,3%, Secukinumab 4,4%, Ustekinumab 3,5%, Etanercept 3,5%, Infliximab 0,9%, Certolizumab 0,9% y Tofacitinib 0,9%. Además, un paciente recibió Acitretin (0,94%), otra fototerapia (0,94%) asociada para el manejo de su psoriasis y un paciente optó por un manejo expectante (0,94%). En pacientes que presentaron falla terapéutica al tratamiento inicial, se utilizaron fármacos biológicos en el 22,86% de los pacientes.

En pacientes con afectación cutánea y compromiso articular periférico y entesitis, los medicamentos sistémicos más utilizados fueron Metotrexato, que fue el más frecuente tanto para la afectación articular periférica (76%) como para la entesitis (2,6%), seguido por Ixekizumab para artritis periférica (7%) y Tofacitinib para entesitis (0,87%). En el caso de la artritis axial, los fármacos más comunes fueron Ixekizumab y Metotrexato, utilizados en un 2,6% de los casos cada uno. En la dactilitis, el medicamento de primera línea más usado fue Metotrexato (6,1%) seguido por Adalimumab (0,87%) y Etanercept (0,87%). Como segunda línea, el medicamento más usado para todas las formas de compromiso articular fue Guselkumab.

Se estudió la relación entre las diferentes variables y aquellos pacientes que alcanzaron PASI 75 y PASI 90, y se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre PASI 75 y otras variables, como hemoglobina, colesterol total, LDL, diabetes mellitus, hipertensión arterial y fenotipo cutáneo, como psoriasis palmoplantar. Para el PASI 90, se encontró diferencia estadísticamente significativa con variables como la afiliación a EPS y tratamiento de primera línea con medicamentos biológicos. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las otras variables y PASI 75 o PASI 90 (Tabla 2 y Tabla 3).

Adicionalmente, se estudió la relación entre el fenotipo articular y el fenotipo cutáneo, donde se encontró una asociación negativa (OR < 1) entre la psoriasis vulgar y la artritis axial (OR 0,11, IC 95% 0,0269 – 0,476, P < 0,001) y entre la psoriasis ungueal y la artritis axial (OR 0,20, IC 95% 0,0567–0,767, P 0,011). Además, se obtuvo una asociación positiva entre psoriasis ungueal y

Tabla 2. Características clínicas, sociodemográficas y respuesta al tratamiento según PASI 75 y PASI 90 (n =114).

Características	PASI 75		Valor de p	PASI 90		Valor de p
	Si n (%)	No n (%)		Si n (%)	No n (%)	
Sexo						
Femenino	32 (55,2)	26 (44,8)	0,095	22 (37,9)	36 (62,1)	0,332
Masculino	19 (40,4)	28 (59,6)		15 (31,9)	32 (68,1)	
Afiliación						
Contributivo	48 (47,1)	59 (52,9)	0,111	34 (33,3)	68 (66,7)	0,041
Subsidiado	3 (100)	0 (0)		3 (100)	0 (0)	
Escolaridad						
Sin estudios	4 (44,40)	5 (55,6)	0,992	3 (33,3)	6 (66,7)	0,839
Primaria	7 (50)	7 (50)		5 (35,7)	9 (64,3)	
Bachillerato	18 (51,4)	17 (48,6)		10 (28,6)	25 (71,4)	
Universidad	20 (46,5)	23 (53,5)		27 (39,5)	26 (60,5)	
Especialización	2 (50)	2 (50)		2 (50)	2 (50)	
Fenotipo cutáneo						
Psoriasis vulgar	47 (47,5)	52 (52,5)	0,312	33 (33,3)	66 (66,7)	0,113
Psoriasis en cuero cabelludo	27 (48,2)	29 (51,8)	0,547	17 (30,4)	39 (69,6)	0,18
Psoriasis unguar	20 (43,5)	26 (56,5)	0,234	13 (28,3)	33 (71,7)	0,132
Psoriasis inversa	6 (54,5)	5 (45,5)	0,459	4 (36,4)	7 (63,6)	0,588
Psoriasis en gotas	4 (57,1)	3 (42,9)	0,468	3 (42,9)	4 (57,1)	0,474
Psoriasis palmoplantar	1 (11,1)	8 (88,9)	0,019	1 (11,1)	8 (88,9)	0,107
Fenotipo articular						
Artritis periférica	39 (47,6)	43 (52,4)	0,438	26 (31,7)	56 (68,3)	0,119
Artritis axial	7 (46,7)	8 (53,3)	0,548	6 (40)	9 (60)	0,442
Entesitis	4 (44,4)	5 (55,6)	0,537	3 (33,3)	6 (66,7)	0,605
Dactilitis	10 (52,6)	9 (47,4)	0,445	8 (42,1)	11 (57,9)	0,330
Patologías asociadas						
Diabetes Mellitus	1 (11,1)	8 (88,9)	0,019	1 (11,1)	8 (88,9)	0,107
Hipertensión arterial	6 (26,1)	17 (73,9)	0,013	5 (21,7)	18 (78,3)	0,097
Dislipidemia	7 (63,6)	4 (36,4)	0,231	5 (45,5)	6 (54,6)	0,331
Osteoartritis	0 (0)	1 (100)	0,514	0 (0)	1 (100)	0,648
Cambios erosivos articulares	1 (25)	3 (75)	0,331	1 (25)	3 (75)	0,558
Microcristales	1 (100)	0 (0)	0,486	0 (0)	1 (100)	0,648
Tabaquismo	7 (43,8)	9 (56,3)	0,442	6 (37,5)	10 (62,5)	0,523
Paraclínicos						
HLA B27	2 (66,7)	1 (33,3)	0,478	1 (33,3)	2 (66,7)	0,717
Tratamiento de primera línea						
Tópicos	18 (47,4)	20 (52,6)	0,616	10 (26,3)	28 (73,7)	0,044
Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad	11 (42,3)	15 (57,7)		6 (23,1)	20 (41,2)	
Biológicos	20 (21,6)	19 (27,8)		19 (48,7)	20 (29,4)	
Fototerapia	51 (48,6)	54 (51,4)		1 (100)	0 (0)	
Manejo expectante	1 (100)	0 (0)		1 (100)	0 (0)	

Nota: los resultados se presentan con frecuencias absolutas y porcentajes.

Tabla 3. Diferencias entre variables cuantitativas, PASI 75 y PASI 90

Características	PASI 75		Valor de p	PASI 90		Valor de p
	Si	No		Si	No	
Edad	50,68 ±12,70	53,55±13,67	0.268	51,89±13,31	52,30±13,27	0.878
IMC	26,19±13,67	27,72±5,90	0.170	25,67±6,02	27,70±5,50	0.094
PCR	0,66±2,08	0,43±0,74	0.519	0,78±2,44	0,42±0,67	0.449
VSG	9,52±7,98	10,83±9,77	0.491	9,93±7,51	10,31±9,27	0.838
Hemoglobina	14,32±1,38	15,05±1,40	0.009	14,33±1,42	14,91±1,40	0.041
Neutrófilos	3504,56±1485,85	3528,87±1317,18	0.930	3350,50±1069,86	3605,42±1538,35	0.326
Linfocitos	2362,72±787,20	2877,37±2341,65	0.132	2252,38±686,22	2829,82±2128,44	0.044
Plaquetas	309938,36±286608,07	270055,55±65059,74	0.345	260305,00±79327,51	304462,68±244398	0.180
ALT	29,08±27,03	27,71±13,86	0.437	26,57±15,45	27,73±23,74	0.767
AST	24,78±14,63	26,11±28,36	0.763	23,52±8,36	26,50±27,44	0.414
Colesterol total	202,80±45,30	177,92±42,70	0.006	204,94±48,26	181,07±41,82	0.017
HDL	50,02±14,82	48,12±12,48	0.506	49,90±16,19	48,52±12,06	0.668
LDL	127,81±45,19	108,64±35,31	0.044	132,42±48,34	109,97±34,70	0.037
Triglicéridos	151,62±79,78	142,00±87,01	0.571	146,23±71,27	146,58±89,87	0.983

entesitis (OR 0,90, IC 95% 1,19 - 29,2, p 0,016). Sin asociación entre los otros fenotipos de psoriasis cutánea y artritis psoriásica.

DISCUSIÓN

En este estudio, se observó un ligero predominio de la artritis psoriásica en hombres, lo cual concuerda con los resultados de la cohorte latinoamericana RESPONDIA (Registro Iberoamericano de Espondiloartritis), que, en las características demográficas de los pacientes con artritis psoriásica, reportan un predominio en hombres para la cohorte de Brasil (82 hombres, 57 mujeres) y Uruguay (55% hombres, 45% mujeres)¹⁴.

En otro estudio prospectivo de 464 pacientes con psoriasis, 51 pacientes desarrollaron artritis psoriásica durante un seguimiento de 8 años¹⁵. En nuestro estudio encontramos una mediana de 3 años para el tiempo de diagnóstico de esta enfermedad. Aunque consideramos que este fue menor, dado el centro especializado en el que se obtuvieron los datos, donde los dermatólogos tienen mayor sospecha diagnóstica, con una remisión temprana.

Moll y Wright propusieron la clasificación de la artritis psoriásica en cinco subtipos, que pueden superponerse durante el curso de la enfermedad, lo que resalta su heterogeneidad^{16,17}. En la cohorte latinoamericana RESPONDIA reportan un predominio de artritis

periférica y axial, seguido por dactilitis y entesitis en países como Argentina, Brasil Chile y Venezuela. Mientras que países, como México, presentaron mayor predominio por artritis periférica seguida de entesitis y, como Uruguay, artritis periferia seguida de dactilitis¹⁴. Estos datos concuerdan con nuestros hallazgos, en los que predomina el fenotipo de artritis periférica, pero es de resaltar el mayor predominio de la dactilitis sobre los demás fenotipos.

Wilson *et al.* encontraron que algunos fenotipos se asocian con mayor frecuencia al compromiso articular, como la psoriasis en cuero cabelludo, la psoriasis ungular y la psoriasis inversa¹⁸. En contraste, en nuestro estudio predominó la psoriasis vulgar seguida por psoriasis del cuero cabelludo y una baja presentación de la psoriasis inversa en nuestra población.

Una amplia variedad de comorbilidades se ha asociado a la artritis psoriásica, incluyendo el síndrome metabólico y la enfermedad cardiovascular^{19,20}. En un estudio con 32.973 participantes, se encontró que los pacientes con artritis psoriásica presentan un riesgo del 43% de mortalidad cardiovascular y del 55% de mortalidad cerebrovascular²¹. El presente estudio reveló que el riesgo cardiovascular fue más prevalente en hombres que en mujeres, con una mayor tasa de hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus. Contrario a las tasas de tabaquismo activo que fueron mayores en las mujeres. En resumen, se evidencia un predominio significativo

del riesgo cardiovascular y las patologías asociadas en pacientes masculinos con artritis psoriásica.

Adicionalmente existen ciertas tendencias de cada sexo en cuanto a las manifestaciones clínicas específicas²². Un estudio transversal de la Universidad de Toronto analizó la relación entre el sexo, el daño articular radiográfico, la afectación axial y las medidas de calidad de vida en pacientes con artritis psoriásica. Los resultados indicaron que los hombres tenían mayor afectación axial. Por otro lado, las mujeres presentaban limitaciones funcionales más graves y peor calidad de vida²³. En nuestro estudio, se observó un mayor predominio de la presentación axial y una mayor afectación de la calidad de vida en hombres, probablemente debido a la mayor frecuencia de artritis psoriásica en este grupo.

En cuanto al perfil de paraclínicos el factor reumatoide suele ser negativo en hasta el 95% de los pacientes con artritis psoriásica, mientras que alrededor del 25% son positivos para HLA-B27^{24,25}. Un estudio prospectivo de Brasil analizó la frecuencia de HLA-B27 y sus alelos en 102 pacientes con artritis psoriásica, y en el cual se reportan un HLA-B27 positivo en el 20,6% de los pacientes²⁶. En nuestro estudio, el 2,6% tuvo HLA B27 positivo y ausencia de factor reumatoide en el 100%. Creemos que esta baja frecuencia se debe a que no se midió el HLA-B27 en todos los pacientes. Además, este hallazgo podría explicarse por diferencias genéticas poblacionales, por lo que tendrían que hacerse otros trabajos que soporten el hallazgo encontrado en nuestro estudio.

Un registro multicéntrico recolectó datos del tratamiento de 388 pacientes con artritis psoriásica, en el cual reportaron, como medicamento más común, el metotrexato en el 71,3%. En el 14,2% de los pacientes no se inició ningún fármaco modificador de la enfermedad (FARME) y solo en el 10,8% se usó un Anti-TNF²⁷. El estudio LAPPAS (Sociedad Latinoamericana de Psoriasis y Artritis Psoriásica) realizó una encuesta en línea entre reumatólogos y dermatólogos de 12 países de Latinoamérica, incluida Colombia, y se reportaron el Metotrexato, los AINE y los agentes tópicos como los medicamentos más utilizados, mientras que los biológicos fueron raramente usados a pesar de que el 86% tenía acceso a estos²⁸.

En nuestro estudio, como primera línea de tratamiento para la artritis psoriásica se usó Metotrexato, seguido por biológicos, entre los que fueron más comunes Ixekizumab, Adalimumab y Guselkumab. En función del fenotipo cutáneo y articular, Metotrexato, seguido de Ixekizumab, fueron los medicamentos más comunes para pacientes con compromiso cutáneo y articular periférico, así como en aquellos con entesitis. En el caso de pacientes diagnosticados con artritis axial, tanto Metotrexato como Ixekizumab fueron igualmente comunes en su uso. En

el caso de la dactilitis, el medicamento de primera línea más utilizado fue Metotrexato, seguido de Adalimumab, mientras que el Guselkumab fue el medicamento de segunda línea más utilizado para todas las formas de compromiso articular. Con respecto a la calidad de vida, se observó un cambio estadísticamente significativo con un cambio porcentual del 36% al 76,3% en la categoría de poca afectación luego del tratamiento. Estos resultados reflejan el uso del metotrexato como el fármaco más común en todas las formas clínicas articulares, lo cual corresponde a las guías de manejo y los registros a nivel mundial. Sin embargo, en las formas axiales, entesitis y dactilitis se inició tratamiento biológico posterior a la falta de eficacia de Metotrexato, además de la presencia del dominio cutáneo refractario concomitante en todos los pacientes. Estos resultados plantean el tratamiento biológico como el segundo más común, después del Metotrexato en esta población.

Se ha tratado de dilucidar si existe algún grupo de pacientes que tenga más riesgo de presentar algún fenotipo de artritis psoriásica según el fenotipo cutáneo y los factores asociados. Un estudio observacional, transversal, multicéntrico e internacional desarrolló un análisis de clúster en el que encontraron un grupo “predominantemente axial” que tenía una baja prevalencia de psoriasis cutánea y un grupo “predominantemente periférico” con una alta prevalencia de psoriasis cutánea²⁹.

En este estudio, al analizar las posibles asociaciones entre el fenotipo cutáneo y el fenotipo articular, se observó una tendencia negativa entre la psoriasis vulgar y la artritis axial, así como entre la psoriasis ungueal y la artritis axial, lo que sugiere que los pacientes con estos fenotipos podrían tener una menor probabilidad de desarrollar artritis axial. Por el contrario, se encontró una asociación positiva entre psoriasis ungueal y entesitis, que sugiere mayor riesgo de estos pacientes en presentar esta forma de artritis psoriásica.

Un estudio realizado en la Universidad de Benghazi - Libia, determinó la relación entre la actividad de la artritis psoriásica y la psoriasis cutánea, en la cual encontraron que había una relación estadísticamente significativa entre la actividad de la enfermedad articular (CDAI) y la severidad de la enfermedad cutánea (PASI), y esto demuestra que los pacientes con mayor gravedad cutánea de la psoriasis tenían más del doble de compromiso articular³⁰. En nuestro estudio, analizamos la relación entre las diferentes variables y aquellos pacientes que alcanzaron PASI 75 y PASI 90 como medidas asociadas a la respuesta al tratamiento, y encontramos que aquellos pacientes con presencia de psoriasis palmoplantar, diabetes mellitus e hipertensión arterial tenían menor probabilidad de alcanzar el PASI 75, mientras que aquellos pacientes con tratamiento biológico tenían mayor probabilidad de alcanzar PASI 90.

Las limitaciones que encontramos al intentar abordar los objetivos específicos incluyen la falta de datos clínicos para evaluar la afección articular, como los valores de DAPSA, MDA, DAS28, LEI y BASDAI. Esto se debe a que, en el momento de recopilación de la información, las escalas clínicas estaban en proceso de implementación y no pudieron ser registradas. Lo anterior limita el análisis de los datos ya que la mejoría en la calidad de vida puede ser también debido a la mejoría cutánea. Además, no disponemos de datos precisos de imágenes que permitan establecer inferencias entre el grado de afección radiológica y el fenotipo.

Por otro lado, en este estudio descriptivo, se imposibilitó establecer relaciones causales entre las variables debido a la falta de un grupo control. Además, los participantes se seleccionaron de una población específica, lo cual podría limitar la validación de los resultados con un número restringido de pacientes. Consideramos que en un estudio futuro sería necesario correlacionar los resultados de estas variables con un CDAI y PASI.

A pesar de la escasa cantidad de estudios en población latinoamericana, el grupo demográfico incluido en este estudio constituye una proporción importante en la mayoría de los ensayos clínicos pivotales.

En conclusión, según nuestro estudio los hombres fueron los más afectados, con una asociación mayor

a comorbilidades y riesgo cardiovascular. La psoriasis vulgar y ungueal se asocia a menor artritis axial, con esta última asociada a mayor entesitis. La psoriasis palmo-plantar, diabetes e hipertensión arterial se correlaciona con menor probabilidad de compromiso articular y llegar a una meta PASI 75. El Metotrexato es el medicamento más utilizado asociado a mejoría en la calidad de vida e índices de severidad. Por otro lado, los medicamentos biológicos se asocian positivamente con alcanzar una meta PASI 90. Estos resultados ayudan al entendimiento del curso de la enfermedad, sus asociaciones, el tratamiento y el impacto en la calidad de vida de los pacientes.

FINANCIACIÓN

Recolección de datos por IPS Helpharma. Análisis de datos por Universidad CES.

CONFLICTOS DE INTERÉS

El Dr. Daniel Jaramillo es *Medical advisor immunology* de AbbVie. Los demás autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020;369:m1590.
2. Fernández-Ávila DG, Prada-Vanegas JD, De la Espriella MC, Barahona-Correa JE, Charry LP, Cuellar I. Frequency of use and annual costs of biological therapy for psoriasis in Colombia in 2019. *International Journal of Dermatology*. 2024;63(11):e296-301.
3. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet*. 2021;397(10281):1301-15.
4. Lorenzo JA, Pardo E, Pino M, Colazo M, Queiro MR. Artritis psoriásica: interacción entre enfermedades cardiometabólicas y la actividad inflamatoria de la enfermedad. *Reumatología Clínica*. 2022;18(7):387-92.
5. Ocampo DV, Gladman D. Psoriatic arthritis. *F1000Res*. 2019;8:1665.
6. Ng BCK, Jadon DR. Unmet needs in psoriatic arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2021;35(2):101693.
7. Karmacharya P, Chakradhar R, Ogdie A. The epidemiology of psoriatic arthritis: A literature review. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2021;35(2):101692.
8. Aringer M, Brinks R, Dörner T, Daikh D, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. European League Against Rheumatism (EULAR)/American College of Rheumatology (ACR) SLE classification criteria item performance. *Ann Rheum Dis*. 2021;80(6):775-81.
9. Coates LC, Soriano ER, Corp N, Bertheussen H, Callis Duffin K, Campanholo CB, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): Up-dated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. *Nat Rev Rheumatol*. 2022;18(8):465-479.
10. Fernández-Ávila DG, Arredondo González AM, Arteaga CE, Jaramillo Arroyave D, Cortés Correa CI, Chiquito S, et al. Clinical practice guideline for the treatment of psoriatic arthritis in Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2023;30:S55-64.
11. Coates LC, Orbai AM, Azevedo VF, Cappelleri JC, Steinberg K, Lippe R, et al. Results of a global, patient-based survey assessing the impact of psoriatic arthritis discussed in the context of the Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID) questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):173.

12. Gudu T, Gossec L. Quality of life in psoriatic arthritis. *Expert Review of Clinical Immunology*. 2018;14(5):405–17.
13. Von EE, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82(3):251–259.
14. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): ¿qué es, ¿cómo surgió, quiénes somos y qué hacemos? Metodología general [Internet]. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-pdf-13130691>.
15. Eder L, Haddad A, Rosen CF, Lee K, Chandran V, Cook R, et al. The Incidence and Risk Factors for Psoriatic Arthritis in Patients with Psoriasis: A Prospective Cohort Study. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68(4):915–923.
16. Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 1973;3(1):55–78.
17. Khan M, Schentag C, Gladman DD. Clinical and Radiological Changes During Psoriatic Arthritis Disease Progression. *J Rheumatol*. 2003;30(5):1022–6.
18. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A population-based study. *Arthritis Rheum*. 2009;61(2):233–9.
19. Versini M, Jeandel PY, Rosenthal E, Shoenfeld Y. Obesity in autoimmune diseases: Not a passive bystander. *Autoimmunity Reviews*. 2014;13(9):981–1000.
20. Pezzolo E, Naldi L. The relationship between smoking, psoriasis and psoriatic arthritis. *Expert Review of Clinical Immunology*. 2019;15(1):41–8.
21. Polachek A, Touma Z, Anderson M, Eder L. Risk of Cardiovascular Morbidity in Patients with Psoriatic Arthritis: A Meta-Analysis of Observational Studies: Cardiovascular Morbidity in PsA. *Arthritis Care & Research*. 2017;69(1):67–74.
22. Nas K, Capkin E, Dagli AZ, Cevik R, Kilic E, Kilic G, et al. Gender specific differences in patients with psoriatic arthritis. *Modern Rheumatology*. 2017;27(2):345–9.
23. Eder L, Thavaneswaran A, Chandran V, Gladman DD. Gender difference in disease expression, radiographic damage and disability among patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(4):578–82.
24. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med*. 2017;376(10):957–70.
25. Felbo SK, Terslev L, Østergaard M. Imaging in peripheral and axial psoriatic arthritis: contributions to diagnosis, follow-up, prognosis and knowledge of pathogenesis. *Clin Exp Rheumatol*. 2018;36 Suppl 114(5):24–34.
26. Bonfiglioli R, Conde RA, Sampaio-Barros PD, Louzada-Junior P, Donadi EA, Bertolo MB. Frequency of HLA-B27 alleles in Brazilian patients with psoriatic arthritis. *Clin Rheumatol*. 2008;27(6):709–12.
27. Ayan G, Aydin SZ, Kimyon G, Ozisler C, Tinazzi I, Dogru A, et al. PsART-ID inception cohort: clinical characteristics, treatment choices and outcomes of patients with psoriatic arthritis. *Rheumatology*. 2021;60(4):1755–62.
28. Toloza SMA, Valle-Oñate R, Espinoza LR. Psoriatic Arthritis in South and Central America. *Curr Rheumatol Rep*. 2011;13(4):360–8.
29. López-Medina C, Chevret S, Molto A, Sieper J, Duruöz T, Kiltz U, et al. Identification of clinical phenotypes of peripheral involvement in patients with spondyloarthritis, including psoriatic arthritis: a cluster analysis in the worldwide ASAS-PerSpA study. *RMD Open*. 2021;7(3):e001728.
30. Fathia Ehmouda Z. Clinical Patterns of Psoriatic Arthritis and the Relationship between Psoriasis Skin Severity and Joint Activity in Libya. *J Rheum Dis Treat*. 2021;7(1):089.