



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Medicina



División de Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Médico Nacional “La Raza”
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Especialidades “**Dr. Antonio Fraga Mouret**”

**“Utilidad del Modelo de Atención Multidisciplinaria Dermatología-
Reumatología en la detección temprana de Artritis Psoriásica en pacientes
con Psoriasis”**

TESIS

Para obtener el grado de especialista en

DERMATOLOGÍA

Presenta

Dra. Andrea Claudie Márquez Padilla Estremo.

Asesor de Tesis

Dra. Liliana Godínez Aldrete

Ciudad de México, Febrero 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Dra. Nancy Pulido Díaz

Profesora Titular del Curso Universitario en Dermatología UMAE, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

Dra Liliana Godínez Aldrete

Profesor ayudante del Curso Universitario en Dermatología UMAE, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

Dra. Andrea Claudie Márquez Padilla Estremo

Residente de Tercer año de Dermatología UMAE, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

ÍNDICE:

	Pág.
Resumen	4
Antecedentes	6
Material y métodos	11
Resultados	12
Discusión	13
Conclusiones	16
Referencias bibliográficas	17
Anexos	21

ABSTRACT

METHODS: Observational, retrospective, longitudinal study, from January 2017 to 2021. Records of patients with Psoriasis from the Psoriasis Clinic of CMN La Raza with suspected psoriatic arthritis and referral to rheumatology, without previous diagnosis of psoriatic arthritis, were included. The sociodemographic, clinical and treatment characteristics of these patients were extracted from the electronic records. For the analysis, measures of central tendency, frequencies and percentages were used: for the comparison between groups, Chi squared was used for qualitative variables and Mann Whitney U for quantitative variables with the SPSS v23 program. The study was approved by the ethics and research committee of the “La Raza” National Medical Center.

RESULTS: Of 122 patients with Psoriasis, 37 (30.3%) were diagnosed with Psoriatic Arthritis (14 patients prior to the model and 23 with the implementation of the model), finding an increase of 64% in the diagnosis of Psoriatic Arthritis with the implementation of the Multidisciplinary Model Dermatology -Rheumatology. The most frequent variant of PsA was axial. 78.3% of the patients changed treatment after diagnosis, of which 15 changed from non-biological to biological systemic treatment.

CONCLUSION: The Dermatology-Rheumatology multidisciplinary care model is very useful for the timely diagnosis and management of patients with Psoriatic Arthritis and Psoriasis.

KEY WORDS: Psoriasis, Psoriatic Arthritis, Rheumatology, Dermatology.

RESUMEN

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal, de enero 2017 a 2021. Se incluyeron expedientes de pacientes con Psoriasis de la Clínica de Psoriasis de CMN La Raza con sospecha de artritis psoriásica y envío a reumatología, sin diagnóstico previo de artritis psoriásica. Se extrajeron de los expediente electrónicos las características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de estos pacientes. Para el análisis se emplearon medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes: para la comparación entre grupos se realizó Ji cuadrada para variables cualitativas y U de Mann Whitney para cuantitativas con el programa SPSS v23. El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación del Centro Médico Nacional La Raza.

RESULTADOS: De 122 pacientes con Psoriasis, 37 (30.3%) fueron diagnosticados con Artritis psoriásica (14 pacientes previo al modelo y 23 con la implementación del modelo), encontrándose un aumento del 64% en el diagnóstico de Artritis Psoriásica con la implementación del Modelo multidisciplinario Dermatología-Reumatología. La variante más frecuente de Aps fue la axial. 78.3% de los pacientes cambiaron de tratamiento posterior al diagnóstico, de los cuales, 15 cambiaron de tratamiento sistémico no biológico a biológico.

CONCLUSIONES: El modelo de atención multidisciplinaria Dermatología-Reumatología es muy útil para el diagnóstico y manejo oportuno de los de los pacientes con Artritis psoriásica y Psoriasis.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis, Artritis psoriásica, Reumatología, Dermatología.

ANTECEDENTES

La psoriasis es un desorden crónico, inmunomediado, que afecta piel y articulaciones. Tiene una prevalencia global estimada de 2-3%; afecta a > 125 millones de personas en el mundo, sin predilección de sexo. Su incidencia ha tenido un incremento progresivo a lo largo del tiempo, con una estimación en adultos que varía de 78.9 por cada 100,000 personas/año en Estados Unidos hasta 230 por cada 100,000 personas/año en Italia (1). Existe una gran variabilidad dependiendo el grupo étnico y la localización geográfica de la población estudiada, siendo mucho mayor la prevalencia en grupos étnicos de piel clara (3.7%) en comparación con los grupos de piel no clara (afroamericanos 2%, hispanos 1.6%)(2).

Esta enfermedad se puede manifestar a cualquier edad, siendo más frecuente en adultos; el inicio típicamente tiene lugar entre los 18 y 39 años de edad o entre los 50 y 69 años de edad, y puede estar influenciado por múltiples factores, tanto genéticos como ambientales(1).

En México es escasa la información epidemiológica en relación a esta enfermedad, por lo que la magnitud real del problema es desconocida. De acuerdo a un simposio celebrado en 2009 en Dallas, se estimó que la prevalencia en México es de 2.9%, que equivaldría a más de 3 millones de mexicanos afectados (3). Se considera que se encuentra dentro de las primeras 15 enfermedades de la piel más frecuentes en México(4).

En cuanto a su patogenia, los eventos que tienen lugar en el desarrollo de esta enfermedad incluyen: activación de células dendríticas con la participación de diversos factores desencadenantes (infección, lesión, trauma o fármacos) que llevan a la producción de citocinas proinflamatorias (TNF- α , IL12, IL23), las cuales ocasionan la activación y diferenciación de células T vírgenes en sus respectivos subconjuntos, llamadas células CD4+ TH1, CD4+ TH17 y CD4+ Th22. Éstas células producen IFN- γ , IL 17 e IL 22, respectivamente, lo cual estimula la proliferación de queratinocitos y la producción de citocinas proinflamatorias propias, promoviendo la llegada de otros leucocitos y perpetuando así la cascada

inflamatoria. Es así como los estudios moleculares más recientes muestran que dentro de los principales factores involucrados en el desarrollo de la psoriasis se encuentran las vías de la IL 23/Th17/IL 17(5).

Artritis psoriásica.

La artritis psoriásica (APs) es la condición más prevalente que coexiste en pacientes con psoriasis, presentándose por igual en ambos sexos. Se desarrolla hasta en un 30%(6,7). Puede llegar a ser deformante y destructiva en aproximadamente el 40-60% de los que la padecen, con el consiguiente deterioro funcional, disminución en la calidad de vida, complicaciones psicosociales, así como un mayor riesgo de muerte con respecto a la población general (8,9) . Se estima que de un 15 a 41% de los pacientes con diagnóstico establecido de psoriasis en seguimiento por un dermatólogo tiene artritis psoriásica no diagnosticada(6,10). Si bien, las manifestaciones cutáneas de psoriasis preceden en su mayoría a las articulares en un promedio de 10 años(6,9–11) , en aproximadamente 15% de los casos, la artritis precede a la enfermedad cutánea y en el otro 15% se presentan simultáneamente (6,11,12).

Se han identificado algunos factores de riesgo para la presentación de APs en pacientes con psoriasis, entre éstos se incluyen ciertos fenotipos y presentaciones clínicas específicas de la enfermedad cutánea. Particularmente la psoriasis ungueal, la psoriasis de piel cabelluda y la psoriasis inversa están asociadas con un riesgo elevado para presentar APs (12,13).

En cuanto a su presentación clínica, la APs se caracteriza por una alta heterogeneidad clínica y un curso variable. A nivel articular, el proceso inflamatorio afecta a la membrana sinovial y a las inserciones periólicas de los tendones y ligamentos, provocando erosiones y entesiofitos, respectivamente. El paciente puede presentar una afección articular periférica, axial o mixta (8). Moll y Wright describieron 5 subtipos clínicos de APs: 1) Oligoarticular, que afecta 4 ó menos articulaciones y típicamente con una distribución asimétrica. Habitualmente las primeras articulaciones afectadas son las de los dedos de manos y pies, y pueden acompañarse de dactilitis dando lugar a los típicos “dedos en salchicha”. 2)

Policarticular, la cual afecta 5 o más articulaciones, más frecuentemente a nivel de manos, muñecas, caderas y pies; el involucro puede ser simétrico, asemejándose a la artritis reumatoide 3) Distal, que afecta articulaciones interfalángicas distales de las manos, pies o ambos, y que generalmente se presenta junto con otros subtipos de APs, y de manera aislada en solo el 5% de los pacientes. Afecta principalmente a hombres y suele acompañarse de afectación ungueal 4) Mutilante, un subtipo de artritis deformante y destructivo que involucra marcada resorción ósea u osteólisis, dando lugar al patrón radiológico de “lápiz y copa”. Es más frecuente en hombres y en formas de aparición temprana. 5) Axial o subtipo de espondiloartritis que afecta la columna vertebral y se puede presentar con o sin sacroileitis, generalmente asimétrica. Este subtipo corresponde al 5% de los pacientes con APs con predominio en hombres(6,14).

El dolor inflamatorio es uno de los síntomas distintivos de esta condición, que se caracteriza por mejorar con la actividad y empeorar con el reposo, y suele ir acompañado de calor, hinchazón, rigidez matutina y dificultad de movimiento(8). Además de la afectación articular, son también característicos de la APs, la entesitis, la dactilitis y la afectación ungueal, como los pits y la onicolisis. La entesitis se observa en el 30-50% de los pacientes y comúnmente afecta la fascia plantar y el tendón Aquileo. La dactilitis se reporta en el 40 a 50% de los pacientes, y se asocia con enfermedad severa (poliartritis, erosión ósea y neoformación de hueso nuevo); es más prevalente en el tercer y cuarto dedo de los pies, aunque también puede afectar manos(6,8,14).

Con base en lo anterior, el grupo GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) ha desarrollado herramientas de cribaje validadas para la detección de la APs en estadios iniciales de la enfermedad. Una de estas herramientas es el cuestionario PEST (Psoriasis Epidemiology Project) (anexo 1), el cual tiene una sensibilidad de 97% y una especificidad de 79%, y puede ser aplicada en la consulta dermatológica como parte de la evaluación inicial, sin embargo es importante recalcar que no sustituyen la valoración por Reumatología para realizar el diagnóstico definitivo (14,15). Finalmente el diagnóstico de APs se realiza mediante los criterios CASPAR (anexo 2), los cuales

cuentan con una sensibilidad del 91.4% y una especificidad de 98.7%, y son eficaces tanto en estadios tempranos como avanzados. Para poder aplicar los criterios, el paciente debe sufrir una enfermedad musculoesquelética inflamatoria con artritis periférica, espondilitis o artritis, y una vez establecida esta condición, si el paciente presenta 3 o más de las condiciones reflejadas en estos criterios, puede clasificarse como APs(1,12,14,15).

Modelo de atención mutidisciplinario Dermatología-Reumatología.

Debido al gran impacto que confiere para el paciente el desarrollo de APs, es fundamental realizar un diagnóstico precoz para la aplicación de una intervención temprana, y la consiguiente la modificación del curso natural de la enfermedad(8,15). Como se ha comentado, el diagnóstico y tratamiento pueden ser altamente complejos debido a la heterogenicidad clínica y terapéutica que presentan los pacientes(5) , y además siguiendo las recomendaciones de la EULAR de 2012 que aconsejan un abordaje multidisciplinario (16), en años recientes ha surgido un modelo de atención combinado de Clínicas Dermatología-Reumatología, como una de las estrategias para mejorar la atención integral del paciente, a través de la detección temprana, y diseño de regímenes terapéuticos más efectivos y eficientes(5)

Si bien se han descrito múltiples modelos de atención multidisciplinaria, en un estudio realizado en España como parte del proyecto NEXUS, se integró una clasificación general con 3 subtipos diferentes: presencial conjunto, presencial paralelo y circuito preferencial. En el primero, los 2 especialistas (dermatólogo y reumatólogo) están físicamente en la misma consulta y atienden al paciente en el mismo acto médico, siendo ambos corresponsables en la toma de decisiones. Este modelo aporta ventajas como evitar duplicidad en pruebas complementarias y retrasos diagnósticos o terapéuticos, por lo que se postula como el modelo a seguir. En el modelo presencial paralelo, las consultas de dermatología y reumatología son independientes pero están físicamente muy próximas y se atiende al paciente a la vez. Primero el paciente acude a una consulta y luego entra en la otra, pudiendo resolverse las dudas por teléfono. El tercer modelo o de

circuito preferencial, se caracteriza porque cada especialista tiene su consulta habitual en su área y con su agenda correspondiente, pero ambos cuentan con formación en APs, con sus criterios de derivación establecidos y con la opción a realizar una consulta multidisciplinaria rápida y eficiente cuando se precise. Los modelos analizados en dicho estudio se enfocaron a la mejora tanto en la atención de los pacientes como en la eficiencia del sistema sanitario. Dentro de sus objetivos se incluían la realización de un diagnóstico precoz de APs y la detección y manejo de complicaciones(16).

De acuerdo una revisión sistemática de la atención multidisciplinaria Dermatología-Reumatología a pacientes con psoriasis publicada en 2016, se demostró la eficacia de esta estrategia, tanto para el tamizaje de enfermedad articular, como para lograr una mejoría clínica del paciente; en dicha revisión también se observó como resultado, la disminución del uso de terapia tópica y el aumento en la implementación de terapia sistémica para los pacientes con diagnóstico de psoriasis y APs, lo que a su vez permitió el alta del paciente para continuar seguimiento en su unidad médica inicial (7).

En otro estudio realizado en el Hospital Universitario Parc Tauli de Sabadell, en Barcelona España, donde se describe la experiencia de 4 años de funcionamiento de una unidad multidisciplinaria de psoriasis y APs, se evidenció un impacto significativo en el manejo de pacientes con dichas patologías, observándose un cambio tanto en el diagnóstico como el tratamiento en un 32% y 47% de los casos respectivamente(17).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio Observacional, retrospectivo, longitudinal, en expedientes pacientes con Psoriasis de la Clínica de Psoriasis del Servicio de Dermatología de la Consulta Externa del Centro Médico Nacional “La Raza”, en el periodo de enero 2017 a enero 2021. Se incluyeron expedientes de pacientes mayores de 18 años, de cualquier sexo, con sospecha diagnóstica de Artritis Psoriásica por medio del examen PEST mayor o igual de 3 puntos, enviados a la consulta externa del servicio de Reumatología para confirmación diagnóstica por medio de los criterios CASPAR, sin diagnóstico previo de Artritis Psoriásica. Posteriormente, se evaluó si el paciente presentó algún cambio en el tratamiento seguido al diagnóstico de Artritis psoriásica. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS v23, expresando los datos en frecuencias y porcentajes, medias con desviación estándar y medianas con rangos intercuartiles. Para la comparación entre grupos se empleó Ji cuadrada para las variables cualitativas y U de Mann Whitney para las variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se revisaron 122 expedientes de pacientes de la Clínica de Psoriasis de la Consulta Externa de Dermatología, de los cuales, 14 (11.4%), contaban con el diagnóstico previo de Artritis Psoriásica. Estos pacientes no fueron analizados por no cumplir con los criterios de inclusión del estudio.

Se incluyeron 108 pacientes con Psoriasis, de los cuales, la mayoría fueron hombres (60.2%), con una media de edad de 56.16 ± 10.7 años. La mayoría presentaron diagnóstico de Psoriasis previo a la primera consulta en nuestro servicio (89.8%).

La variante clínica más frecuente fue la Psoriasis en Placas (90.7%). Se tuvo sospecha diagnóstica de Artritis Psoriásica por medio del Cuestionario PEST en el 42.6% de los pacientes, los cuales fueron enviados al servicio de Reumatología para valoración clínica (Tabla 1).

Del total de la población sin diagnóstico previo de Artritis Psoriásica (108 pacientes), 23 (21.3%) presentaron dicho diagnóstico con la implementación de la clínica Dermatología-Reumatología.

En total, de 122 pacientes con Psoriasis, 37 (30.3%) contaron con el diagnóstico de Artritis Psoriásica (14 pacientes previo al modelo y 23 con la implementación del modelo). Se encontró una diferencia significativa en el diagnóstico de Artritis Psoriásica antes y después de la implementación de la clínica multidisciplinaria (14 vs 23; $p=0.000$), con un aumento del 64% en el diagnóstico de Artritis Psoriásica con la implementación del Modelo multidisciplinario Dermatología-Reumatología.

De los pacientes con Artritis Psoriásica diagnosticados con el modelo Dermatología-Reumatología (23 pacientes), la mayoría fueron hombres (56.5%), con una media de edad de 54.08 ± 2.05 años. 87% ya tenían diagnóstico de psoriasis antes de la primera consulta en el servicio. La variedad axial de Artritis Psoriásica fue la más frecuente (47.8%) (Tabla 2). 78.3% de los pacientes, cambiaron de tratamiento posterior al diagnóstico de Artritis Psoriásica, de los cuales, 15 (88%) cambiaron de tratamiento inmunosupresor a biológico (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Los pacientes con enfermedades mutisistémicas deben ser evaluados por varios especialistas para el manejo de los diferentes aspectos de la misma enfermedad o del manejo de varios aspectos de los cuales no son expertos. En dermatología, se cuenta con varias enfermedades que implican el manejo multidisciplinario con otras especialidades médicas, tales como infectología, hematología, oncología, endocrinología, psiquiatría, alergología y reumatología; lo anterior permite una mejor respuesta y manejo de la patología del paciente, mejorando el pronóstico y disminuyendo su morbilidad (21).

Se han establecido diversas clínicas multidisciplinarias en otras especialidades. La interacción de los pacientes con patologías de Dermatología y Reumatología está bien establecida; sin embargo, existen pocas clínicas que cuenten con expertos de ambas especialidades para el manejo de las enfermedades que comparten, como es el caso de la Psoriasis y Artritis Psoriásica (21).

La Artritis Psoriásica es una enfermedad inflamatoria crónica; 0.05-0.25% de la población general y 6-41% de los pacientes con Psoriasis la padecen. Es un reto diagnóstico y presenta un curso variable. El diagnóstico precoz de la artritis psoriásica es fundamental para realizar una intervención temprana en el paciente, modificar el curso natural de la enfermedad y evitar los daños irreversibles generados por el mismo proceso inflamatorio. Un estudio retrospectivo comprobó que un retraso de apenas 6 meses en el diagnóstico se asociaba a peores resultados radiográficos y funcionales a largo plazo (22).

El 84% de los pacientes con Artritis Psoriásica presenta manifestaciones en la piel antes de que se manifiesta la afección articular por primera vez. Esto explica por qué los dermatólogos son los primeros especialistas en enfrentarse al reto de establecer un diagnóstico precoz de APs; sin embargo, ellos presentan menos experiencia con las manifestaciones musculoesqueléticas y la mayoría no realizan el cribado de APs en la práctica clínica habitual, retrasando este diagnóstico (22,23).

Por lo anterior, es importante la atención conjunta de los servicios de Reumatología y Dermatología (22,23).

Se han propuesto y evaluado diferentes modelos de atención conjunta; tales como: El reumatólogo y el dermatólogo visitan al paciente el mismo día, modelos virtuales o presenciales en el que ambos especialistas atienden a los pacientes en la misma unidad pero en momentos distintos, circuitos preferenciales, entre otros(22,23). En nuestro caso caso, el modelo empleado en nuestro hospital es el de circuitos preferenciales en el que cada especialista se encuentra en su consulta, manejan su agenda habitual, cuentan con los recursos materiales y humanos necesarios, con posibilidad de derivación de un paciente a la otra consulta donde se ve al paciente el mismo día, al siguiente o muy pronto, con posibilidad de resolución inmediata de una duda por teléfono (23). Particularmente, nuestro servicio de dermatología valora primero a los pacientes con Psoriasis y con ayuda de la sospecha diagnóstica empleando el cuestionario PEST, se decide o no el envío al servicio de Reumatología para valoración.

El empleo de la unidad en que ambos especialistas pasan visita de forma conjunta a estos pacientes, impacta en un tercio de los casos un cambio en el diagnóstico y casi en la mitad de los mismos con un cambio terapéutico (23).

Nicole y cols, realizaron un estudio para valorar la experiencia y resultados de la clínica multidisciplinaria reumatología-dermatología, en 510 pacientes con psoriasis en un periodo de 6 años. En éste encontraron un aumento del 46% de los casos de artritis psoriásica con este modelo, 25% de los pacientes tuvieron un cambio a tratamiento sistémico, 37% presentó un cambio a tratamiento con biológico (24). Urruticoechea y cols, realizaron un estudio para describir las características, actividad de la enfermedad y satisfacción de los pacientes con el uso de la clínica multidisciplinaria reumatología-dermatología en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica. Se estudiaron 112 pacientes en un periodo de 3 años, la mayoría fueron mujeres (54%), con una media de edad de 51 años. Se tuvo sospecha de artritis psoriásica en el 50% de los pacientes, de los cuales, 66 pacientes (58.9%) tuvieron el diagnóstico de artritis psoriásica, 55.4% de los

pacientes cambió de tratamiento tópico a sistémico y 42% cambió de tratamiento sistémico a biológico (25).

La frecuencia de artritis psoriásica en nuestro estudio fue de 30.3%, (14 pacientes con el diagnóstico antes del modelo y 23 pacientes nuevos posterior al modelo), lo cual concuerda con lo reportado en la literatura. Se encontró una diferencia significativa en el diagnóstico de artritis psoriásica antes y después del modelo reumatología-dermatología ($p=0.000$), lo cual es muy significativo y pone de manifiesto la gran utilidad de este modelo en la atención de los pacientes con psoriasis y sospecha de artritis psoriásica. La mayoría de nuestros pacientes fueron hombres, con una edad media de 54 años, similar a lo reportado en otros estudios. Antes de la implementación del modelo, el diagnóstico de artritis psoriásica tenía un retraso del 13 años y posterior al modelo, solo se presentó un retraso de 2 años, lo anterior refleja la importancia de la implementación de esta clínica multidisciplinaria en nuestro medio. La variedad más frecuente encontrada fue la axial (47.8%), la cual presenta mayor disminución de la calidad de vida, presenta datos más severos de la enfermedad y es menos reportada comparada con la variante periférica en la literatura. 78.3% de nuestros pacientes presentaron un cambio en su tratamiento, de los cuales, 15 cambiaron de sistémico a tratamiento biológico, posterior al diagnóstico de artritis psoriásica al implementar este modelo de atención conjunta.

Este aumento importante en el cambio de tratamiento es mayor a lo encontrado en otros estudios, lo que expresa la severidad de la enfermedad en nuestros pacientes, probablemente por el retraso previo del diagnóstico de artritis psoriásica, la falta de atención por el sistema de salud hacia esta enfermedad y la poca cantidad de recursos humanos para el manejo de estos pacientes.

CONCLUSIONES

La frecuencia de artritis psoriásica es similar a la de otros países. El diagnóstico de Artritis psoriásica se incrementó en un 64% con el modelo multidisciplinario. La variante más frecuente en nuestro medio fue la axial, lo cual refleja una mayor severidad en nuestra población que la presentada en otros estudios, lo cual también se ve reflejado con el aumento en el cambio de tratamiento de tópico a sistémico no biológico y de sistémico no biológico a biológico que se encontró en nuestros pacientes. El empleo de esta clínica multidisciplinaria es muy útil e importante para el manejo adecuado y diagnóstico oportuno de la artritis psoriásica en los pacientes con Psoriasis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, et al. Psoriasis. *Nat Rev Dis Primers*. 2016 Nov 24; 2: 1-17. DOI: 10.1038/nrdp.2016.82.
2. Kaufman BP, Alexis AF. Psoriasis in Skin of Color: Insights into the Epidemiology, Clinical Presentation, Genetics, Quality-of-Life Impact, and Treatment of Psoriasis in Non-White Racial/Ethnic Groups. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Jun;19(3):405-23. DOI: 10.1007/s40257-017-0332-7.
3. Esquivel-García R, Estévez-Delgado G, Rodríguez-Orozco AR, et al. La psoriasis: de la investigación básica y clínica al desarrollo de nuevos tratamientos. *Gac Med Mex*. 2018; 154:502-8. DOI:10.24875/GMM.17003182.
4. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Tratamiento Farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas [Internet]. México: CENETEC; 2013 [citado 2022 Ene 25]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-696-13/ER.pdf>
5. Soleymani T, Reddy SM, Cohen JM, Neimann AL. Early Recognition and Treatment Heralds Optimal Outcomes: the Benefits of Combined Rheumatology-Dermatology Clinics and Integrative Care of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Patients. *Curr Rheumatol Rep*. 2017 Nov 20;20(1):1-8. DOI: 10.1007/s11926-017-0706-0.
6. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med*. 2017 Mar 9; 376(10):957-70. DOI: 10.1056/NEJMra1505557.
7. Cobo-Ibáñez T, Villaverde V, Seoane-Mato D, et al. Multidisciplinary dermatology-rheumatology management for patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int*. 2016 Feb;36(2):221-9. DOI: 10.1007/s00296-015-3377-z.
8. Belinchón I, Salgado-Boquete L, López-Ferrer A, et al. El papel del dermatólogo en el diagnóstico precoz de la artritis psoriásica: recomendaciones de un grupo de expertos. *Actas Dermosifiliogr*. 2020 Dic;111(10):835-46. DOI: 10.1016/j.ad.2020.06.004.

9. Mease PJ, Gladman DD, Papp KA, et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol.* 2013 Nov;69(5):729-35. DOI: 10.1016/j.jaad.2013.07.023.
10. Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M, et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Aug;73(2):242-8. DOI: 10.1016/j.jaad.2015.05.001.
11. Anandarajah AP, Ritchlin CT. The diagnosis and treatment of early psoriatic arthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2009 Nov;5(11):634-41. DOI: 10.1038/nrrheum.2009.210.
12. Elizondo-Leal JA, Arredondo-Flores M, Martínez-Villarreal JD. Actualidades en artritis psoriásica 2020. *Dermatol Rev Mex.* 2020 Nov-Dic; 64 (6): 685-700.
13. Scher JU, Ogdie A, Merola JF, Ritchlin C. Preventing psoriatic arthritis: focusing on patients with psoriasis at increased risk of transition. *Nat Rev Rheumatol.* 2019 Mar;15(3):153-66. DOI: 10.1038/s41584-019-0175-0.
14. López-Ferrer A, Torrente-Segarra V, Puig L. Artritis psoriásica: lo que el dermatólogo debe saber (Parte 1). *Actas Dermosifiliogr.* 2010 Sep;101(7):578–84. DOI: 10.1016/j.ad.2010.01.015
15. Boyd T, Kavanaugh A. Novel Treatment Concepts in Psoriatic Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2015 Nov;41(4):739-54. DOI: 10.1016/j.rdc.2015.07.011.
16. Queiro R, Coto P, Rodríguez J, et al. Modelos de atención multidisciplinar en pacientes con artritis psoriásica en España. *Reumatol Clin.* 2017;13(2):85-90. DOI:10.1016/j.reuma.2016.03.005
17. Luelmo J, Gratacós J, Moreno Martínez-Losa M, et al. Experiencia de 4 años de funcionamiento de una unidad multidisciplinar de psoriasis y artritis psoriásica. *Actas Dermosifiliogr.* 2014; 105(4):371-77. DOI:10.1016/j.ad.2013.10.009

18. Ley General de Salud. Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 19-02-2021 [Internet]. [México]; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. [Citado 2022 Ene 18]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
19. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987, última reforma publicada DOF 02-04-2014 [Internet]. [México]; [Citado 2022 Ene 17] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
20. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet]. México; 2009 Nov 05 [Citado 2022 Ene 17]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D012,la%20salud%20en%20seres%20humanos.
21. Argobi Y, Smith GP. Analysis of the first 5 years of an interdisciplinary Rheumatology–Dermatology clinic. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2021;46(2):270-275.
22. Belinchón I, Salgado-Boquete L, López-Ferrer A, et al. Dermatologists' Role in the Early Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Expert Recommendations. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111(10):835-846.
23. Queiro R, Coto P, Rodríguez J, et al. Modelos de atención multidisciplinaria en pacientes con artritis psoriásica en España. *Reumatología clínica*. 2017;13(2):85-90.
24. Velez NF, Wei-Passanese EX, Husni ME, et al. Management of psoriasis and psoriatic arthritis in a combined dermatology and rheumatology clinic. *Arch Dermatol Res*. 2012;304(1):7-13.

25. Urruticoechea-Arana A, Serra Torres M, Hergueta Diaz M, et al. Experience and satisfaction with a multidisciplinary care unit for patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *Reumatol Clin.* 2019;15(4):237-241

ANEXOS:**Anexo 1: Hoja de Recolección de Datos:**

HOJA DE CAPTURA DE DATOS		
Nombre:		
Edad:	Sexo: H.	M
Variable	SI	NO
Psoriasis		
Placas		
Palmoplantar		
Inversa		
Pustulosa		
Piel cabelluda		
Ungueal		
Artritis psoriásica		
Variante de Artritis Psoriásica		
Oligoarticular		
Poliarticular		
Distal		
Mutilante		
Axial		
Tiempo de diagnóstico de artritis psoriásica		
Tiempo inicial de psoriasis		
Modificación de tratamiento posterior a Diagnóstico de artritis psoriásica		
Tratamiento posterior a diagnóstico Artritis Psoriásica		
Metotrexate		
Ciclosporina		
Biológico		
¿Cual?		

Anexo 2. Tablas

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes de la Clínica de Psoriasis.	
Pacientes	108
Sexo	
Hombre	65 (60.2%)
Mujer	39.8 (39.8%)
Edad (años)	56.16±10.7
Diagnóstico previo de Psoriasis	97 (89.8%)
Tipo de Psoriasis	
Placas	98 (90.7%)
Palmo-plantar	3 (2.8%)
Piel cabelluda	4 (3.7%)
Inversa	3 (2.8%)
Tratamiento previo al envío a Reumatología	
Ciclosporina	12 (11.1%)
Metotrexate	48 (44.4%)
Adalimumab	44 (40.7%)
Etarnecept	1 (0.9%)
Infliximab	2 (1.9%)
Secukinumab	1 (0.9%)
Envío a Reumatología por sospecha de Artritis Psoriásica	46 (42.6%)
Diagnóstico de Artritis Psoriásica	23 (21.3%)
Las variables se presentan en frecuencia y porcentajes, media con desviación estándar.	

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes de Artritis Psoriásica diagnosticados con el modelo de Atención Multidisciplinaria Dermatología-Reumatología.

Población	23
Sexo	
Hombres	13 (56.5%)
Mujeres	10 (43.5%)
Edad (años)	54.08±2.05
Diagnóstico previo de Psoriasis	20 (87%)
Tipo de Psoriasis	
Placas	19 (82.6%)
Palmo-plantar	1 (4.3%)
Piel cabelluda	3 (13%)
Tratamiento previo	
Ciclosporina	1 (4.3%)
Metotrexate	18 (78.3%)
Adalimumab	4 (17.4%)
Criterios CASPAR	5 (3-6)
Tiempo para el diagnóstico de APs (años)	13.2±10.6
Tiempo para el diagnóstico de APs a partir de la implementación del Modelo Dermatología-Reumatología	2 (1-6)
Tipo de Artritis Psoriásica	
Axial	11 (47.8%)
Periférica	5 (21.7%)
Mixta	7 (30.4%)
Cambio de tratamiento	18 (78.3%)
Los resultados se muestran en frecuencias y porcentajes, media con desviación estándar y mediana con rangos intercuartiles (q1-q3).	
APs: Artritis Psoriásica	

Tabla 3. Tratamiento de los pacientes con psoriasis antes y después del diagnóstico de Artritis Psoriásica

Antes		Después	
Inmunosupresor		Mismo tratamiento	6 (26.1%)
Ciclosporina	1 (4.3%)	Adalimumab	4 (67%)
Metotrexate	18 (78.3%)	Metotrexate	2 (33%)
Biológico		Inmunosupresor	
Adalimumab	4 (17.4%)	Metotrexate	2 (8.7%)
		Biológico	15 (65.2%)
		Adalimumab	10 (67%)
		Infliximab	1 (7%)
		Secukinumab	2 (13%)
		Certolizumab	2 (13%)

Los datos se muestran en frecuencias y porcentajes.

Anexo 3. PEST Y CASPAR

Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST)	SI	NO
¿Alguna vez se le ha hinchado una o varias articulaciones?		
¿Alguna vez le ha dicho el médico que tiene artritis?		
¿Tiene lesiones tipo piqueteadas en las uñas de las manos o los pies?		
¿Ha sentido dolor en el talón?		
¿Ha sentido algún dedo de la mano o pie totalmente hinchado y dolorido sin motivo aparente?		
Total ___ / 5		
Un puntaje total de 3 o más, de 5 es positivo e indica que se debe considerar derivación a reumatología.		

Criterios CASPAR		
Enfermedad inflamatoria articular, axial o entesal		Puntos
Sumando 3 o más de los siguientes puntos:		
Evidencia de Psoriasis	A: Actual (detectada por reumatólogo o dermatólogo)	2
	B: Historia personal de psoriasis	1
	C: Historia familiar de psoriasis (familiar de primer o segundo grado)	1
Compromiso ungueal		1
FR negativo		1
Dactilitis	A: Actual	1
	B: Pasada	1
Evidencia de neoformación osea yuxtaarticular	Definida como osificación cerca de los márgenes articulares (excluyendo osteofitos) en radiografías de manos o pies	1