VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE ARTRITIS PSORIÁSICA A TRAVÉS DEL ÍNDICE DAPSA (DISEASE ACTIVITY FOR PSORIATIC ARTHRITIS

Vanessa Castro Coello[1,2], Rafael López Martínez[2], María González Guzmán[2], Mario Moreno Álvarez[2]
Universidad de Guayaquil- Ecuador[1], Servicio de Reumatología, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil - Ecuador[2]

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO
Historia del articulo
Recibido: 18/jun/2017
Aceptado: 4/jul/2017
On-line:

Palabras clave:
Artritis Psoriásica, DAPSA, DAS28-PCR

RESUMEN

El índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica (DAPSA) es una herramienta válida y discriminativa, que se desarrolló debido a que la mayoría de escalas utilizadas para valorar actividad eran tomadas, por lo general, de las usadas en Artritis Reumatoide (AR) y no se podía evaluar totalmente la enfermedad. Métodos: es un estudio observacional, descriptivo, de corte retrospectivo, no experimental, realizado a los pacientes del Hospital Luis Vernaza con diagnóstico de Artritis Psoriásica en el servicio de Reumatología. El universo fue de 188 pacientes atendidos por Artritis Psoriásica en el servicio de Consulta Externa de Reumatología. Se excluyeron 132 pacientes, por lo tanto, la población de estudio fueron 56 pacientes. Resultados: Algún grado actividad de la enfermedad por DAPSA se encontró en el 89,29% de los pacientes (50/56). EL 32.14% (18/56) se encontraba en actividad baja, el 37.50% (21/56) en actividad moderada y el 19.54% (11/56) actividad alta. Al comparar con DAS28-PCR, DAPSA demostró ser superior, ya que fue capaz de identificar ocho casos más de pacientes con actividad de la enfermedad con relación al DAS 28-PCR, y esta diferencia fue estadísticamente significativa (50 vs 42; p 0.0001). Solo el 10.71% de los pacientes (6/56) se encontraba en remisión de la enfermedad por DAPSA, en contraste un 25% de los pacientes (14/56) se encontraba en remisión por DAS 28-PCR. Conclusiones: El DAPSA es un índice útil, reproducible, confiable para evaluar actividad de la enfermedad en pacientes con artropatía psoriásica.

ARTICLE INFORMATION
Article history:
Received: 18/jun/2017
Accepted: 4/jul/2017
On-line:

Keywords:
Psoriatic arthritis, DAPSA, DAS28-PCR

ABSTRACT

The disease activity index for psoriatic arthritis (DAPSA) is a valid and discriminative tool, which was developed because most of the scales used to assess activity were taken, in general, from those used in Rheumatoid Arthritis (RA) and the disease could not be fully evaluated. Methods: this is an observational, descriptive, retrospective, non-experimental, study performed on patients at the Luis Vernaza Hospital with a diagnosis of psoriatic arthritis in the Rheumatology department. The universe was of 188 patients treated for Psoriatic Arthritis in the Outpatient Service of Rheumatology. We excluded 132 patients, therefore, the study population was 56 patients. Results: Some degree of disease activity by DAPSA was found in 89.29% of patients (50/56). 32.14% (18/56) was in low activity, 37.50% (21/56) in moderate activity and 19.54% (11/56) in high activity. When compared with DAS28-PCR, DAPSA proved to be superior, since it was able to identify eight more cases of patients with disease activity in relation to DAS 28-PCR, and this difference was statistically significant (50 vs. 42; p 0.0001). Only 10.71% of the patients (6/56) were in remission of the disease due to DAPSA, in contrast 25% of the patients (14/56) were in remission by DAS 28-PCR. Conclusions: The DAPSA is an useful, reproducible and reliable index to evaluate disease activity in patients with psoriatic arthropathy.

INTRODUCCIÓN

La artritis psoriásica (APs) es una artritis inflamatoria, progresiva y con frecuencia destructiva, que se asocia a la psoriasis[1]. Se clasifica como una espondiloartropatía y se caracteriza por sinovitis, entesitis, dactilitis y espondilitis que generalmente se manifiestan como psoriasis de la piel y las uñas[2].

La APs resulta de una interacción entre múltiples factores genéticos y ambientales. Aunque la etiología no es clara, pero PsA está respaldada por investigaciones familiares basadas en la población estudios epidemiológicos, estudios de asociación con antígeno leucocitario humano (HLA), escaneos de ligamiento del genoma y estudios de genes candidatos dentro y fuera de la región principal del complejo de histocompatibilidad (MHC)[3].

La prevalencia de psoriasis es del 2-3%, de estos un tercio desarrollan artritis, por lo que la prevalencia de APs en la población general oscila entre el 0,3 y el 1%, algo similar a la de Artritis Reumatoide[4]. La incidencia de Artritis Psoriásica se encuentra entre 3,4-8,0 casos/100.000/año. La media de la edad del diagnóstico está entre los 45 y

los 64 años, pero puede iniciar a cualquier edad. Afecta por igual a hombres y mujeres[4].

La enfermedad suele comenzar de forma insidiosa con dolor nocturno, leve rigidez matutina y artromialgias; aproximadamente un 30% de los pacientes presentan un inicio agudo como oligo o poliartritis. En ocasiones puede presentarse como una entesitis o una dactilitis, hay casos en que el inicio de la sintomatología está precedido de un traumatismo local[5].

Wright identificó cinco patrones clínicos entre los pacientes con APs: patrón predominante distal, asimétrico oligoarticular, poliarticular tipo artritis reumatoide (AR), espondilitis y artritis mutilante[6]. La frecuencia de distribución de los patrones ha variado, en parte ya que diferentes definiciones podrían haber sido utilizadas por los investigadores individuales y en parte debido al hecho de que los patrones probablemente cambian con el tiempo, de modo que, con una duración más larga de la APs, los pacientes tienden a desarrollar el patrón poliarticular. Por lo tanto, estos patrones son probablemente más relevantes en el inicio de la enfermedad y puede no ser útil en la clasificación de la APs cuando la enfermedad ya está establecida[4].

Algunos medidas han sido utilizados para evaluar la actividad de la Artritis Psoriásica, entre ellos DAS28 (Disease Activity Score) usando 28 articulaciones, que inicialmente fue creado para Artritis Reumatoide, pero no incluye las articulaciones interfalángicas distales de las manos, tobillos y pies, que son frecuentemente afectadas en Artritis Psoriásica; el PsARC (Psoriatic Arthritis Response Criteria), que incluye las articulaciones dolorosas, las articulaciones inflamadas, la evaluación del examinador y la del paciente, pero la valoración de la fase aguda se basa en el dolor, un síntoma predominante en muchos pacientes[7,8].

Es por esto que para este trabajo se escogió el índice DAPSA (Disease Activity For Psoriatic Arthritis), que se trata de un índice compuesto, que se obtiene de la suma de articulaciones dolorosas (68), articulaciones tumefactas (66), valor de Proteína C reactiva (PCR mg/dl), dolor y actividad de la enfermedad del paciente (0-10) según escala visual graduada. (7) La sensibilidad y especificidad del índice DAPSA es >90%[9,10].

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente Proyecto de Investigación fue un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, no experimental, realizado a los pacientes del Hospital Luis Vernaza con diagnóstico de Artritis Psoriásica en el servicio de Consulta Externa de Reumatología en el año 2016.

Se incluyeron pacientes de entre 23 a 67 años con diagnóstico de Artritis Psoriásica Periférica establecidos según los criterios de clasificación de CASPAR[11,12]. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de otra patología inflamatoria o de tejido conectivo, lesiones tumorales de la piel en sitios de entesis que dificulten su evaluación, obesidad severa, gota tofácea, trauma musculoesquelético en los últimos 3 meses que limite sus actividades cotidianas, prótesis articular.

La información se obtuvo directamente de las historias clínicas virtuales. Se tomaron datos demográficos como sexo, edad, años de evolución, daño articular y entre los datos de laboratorio PCR y HLA-B27.

Se calculó la actividad de la enfermedad mediante los datos obtenidos con un índice DAPSA que se obtiene de la suma de articulaciones dolorosas (68), articulaciones tumefactas (66), valor de Proteína C reactiva (PCR mg/dl), dolor y actividad de la enfermedad del paciente (0-10) según escala visual graduada[7]. Según los resultados se clasificó a los pacientes en 4 categorías: Remisión: DAPSA <4, Actividad baja: DAPSA 4.1-14, Actividad Moderada: DAPSA 14.1-28, Actividad alta: DAPSA >28.

Además, se calculó la actividad y comparó con DAS28-PCR, índice de puntuación de actividad para Artritis Reumatoide, pero que también es utilizado para APs. Según sus resultados se clasifica en 4 categorías: remisión (DAS28: <2,6), actividad baja (DAS28: ≤ 3,2), actividad moderada (DAS28: 3,2-5,1), alta actividad (DAS28: > 5,1)[13].

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Las variables continuas fueron expresadas como medias ± desviación estándar (DE) para distribuciones normales y como mediana y rango intercuartil (RI) para distribuciones no normales. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para comparar variables cualitativas y prueba de Mann-Whitney para cuantitativas. Además, se usó correlación por test de Spearman. Se tomó como significativa una $p < 0,05$. El análisis estadístico fue hecho bajo entorno MedCalc Statistical Software versión 16.4.3.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 56 pacientes consecutivos con diagnóstico de artropatía psoriásica periférica, el 44.64% (25) fueron hombres y el 55.36% (31) mujeres, con una media de edad de 50.78 ± 11.17 años y una mediana de 1.00 años de evolución de la enfermedad (RI 1.00 -2.00). Presentaron compromiso erosivo en un 80.36% de los pacientes (45/56) y la mediana de PCR fue de 3.16 (RI 1.47 – 5.26). HLA B27 fue positivo en el 5.36% de pacientes (3/56). El 91.07% de pacientes se encontraba en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad 51/56, mientras que el 8.93% se encontraba en terapia biológica 5/56. (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes

Edad (X ± DE)	50.78 ± 11.17
Género (% n)	
Masculino	44.64% (25/56)
Femenino	55,36% (31/56)
Años evolución (Me ± RI)	1,000 (RI 1,00 - 2,00)
Erosiones (% n)	80,36% (45/56)
PCR (Me ± RI)	3.16 (RI 1.47 – 5.26)
Art. Dolorosas (X ± DE)	2.26 ± 2.43
Art. Inflamadas (X ± DE)	2.23 ± 2.33
VAS paciente (X ± DE)	3.48 ± 2.14
Valoración global de la enfermedad (X ± DE)	3.17 ± 2.12
Tratamiento	
DMARDs	91.07% (51/56)
Biológicos	8.93% (5/56)
HLA B27 (+)	5.36% (3/56)

(Me± RI: mediana ± rango intercuartilo, PCR: proteína C reactiva, mg/dL)

Algún grado actividad de la enfermedad por DAPSA se encontró en el 89,29% de los pacientes (50/56). El 32.14% (18/56) se encontraba en actividad baja, el 37.50% (21/56) en actividad moderada y el 19.54% (11/56) actividad alta. Mientras que con DAS28-PCR se encontró actividad en el 75% de los pacientes (42/56), el 21.4% (12/56) se encontraba en actividad baja, el 41.1% (23/56) en actividad moderada y el 12.5% (7/56) en actividad alta. (Tabla 2).

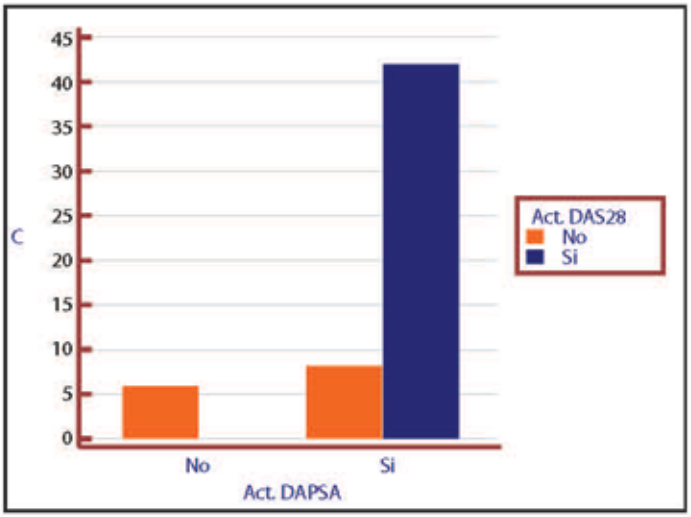
Tabla 2. Actividad de la enfermedad según DAPSA y DAS 28

	DAPSA	DAS 28
Actividad general (%n)	89.29% (50/56)	75% (42/56)
Remisión (% n)	10.71% (6/56)	25,0% (14/56)
Actividad baja (% n)	32.14% (18/56)	21,4% (12/56)
Actividad moderada (% n)	37.50% (21/56)	41,1% (23/56)
Actividad alta (% n)	19.54% (11/56)	12,5% (7/56)

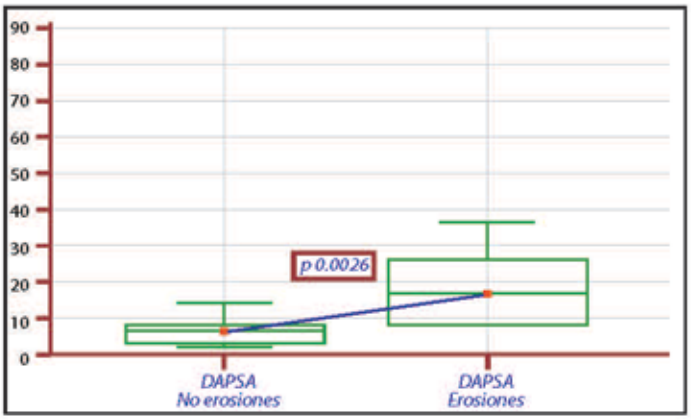
DAPSA fue capaz de identificar ocho casos más de pacientes con actividad de la enfermedad en relación al DAS28-PCR y esta diferencia fue estadísticamente significativa (50 vs 42; p 0.0001). Solo el 10.71% de los pacientes (6/56) se encontraba en remisión de la enfermedad por DAPSA, en contraste un 25% de los pacientes (14/56) se encontraba en remisión por DAS28-PCR. (Tabla 3) (Gráfico 1).

Tabla 3. Contingencia entre actividad por DAPSA y DAS 28

Actividad DAS 28	Actividad DAPSA		
	NO	SI	
NO	6	8	14 (25,0%)
SI	0	42	42 (75,0%)
	6 (10,7%)	50 (89,3%)	56



Los pacientes con compromiso erosivo presentaron valores superiores de DAPSA en relación a los pacientes sin este compromiso, y esto fue estadísticamente significativo (Me 17,4000 vs 7,0700; p 0.0026) (Gráfico 2).



No existió correlación entre actividad de la enfermedad mesurada por DAPSA y la edad de los pacientes (rho -0.07, p 0.5831), ni entre valores de DAPSA y años de evolución de la enfermedad (rho -0.12, p 0.3657). Sin embargo, la correlación entre actividad medida por DAPSA y PCR fue muy significativa (rho 0.64, p <0.0001) (Tabla 4) (Gráfico 3, 4, 5).

Tabla 4. Correlación entre DAPSA y variables seleccionadas

Variable	DAPSA (Rho)	P
Edad	-0.07	0.5831
Años de evolución	-0.12	0.3657
PCR	0.64	< 0.0001

(Años evol: años de evolución de la enfermedad, PCR: proteína C reactiva)

Gráfico 4. Correlación entre DAPSA y años de evolución de la enfermedad.

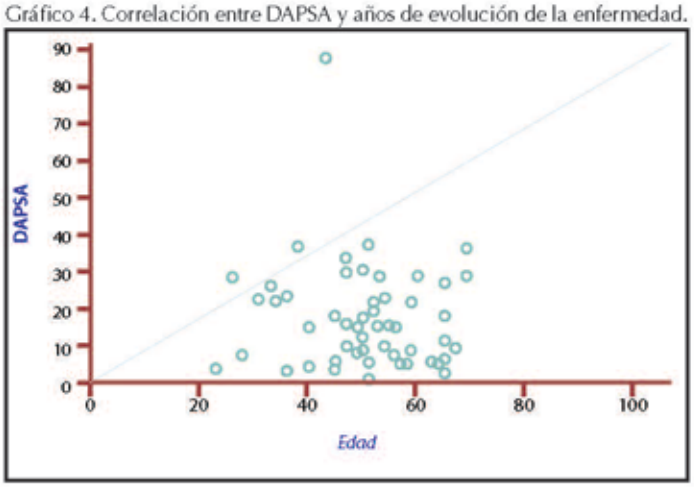


Gráfico 4. Correlación entre DAPSA y años de evolución de la enfermedad.

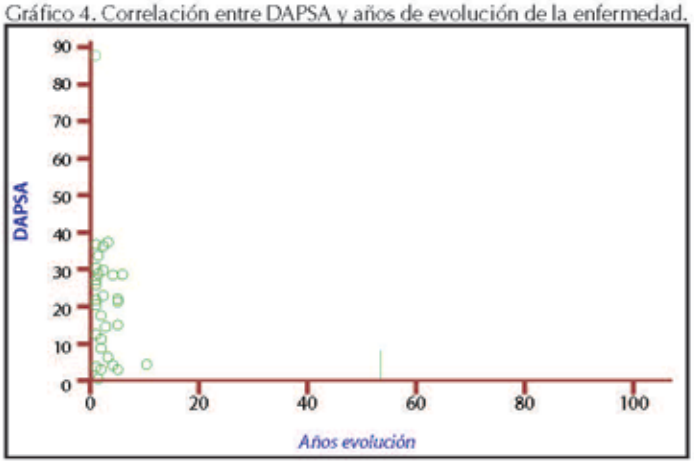
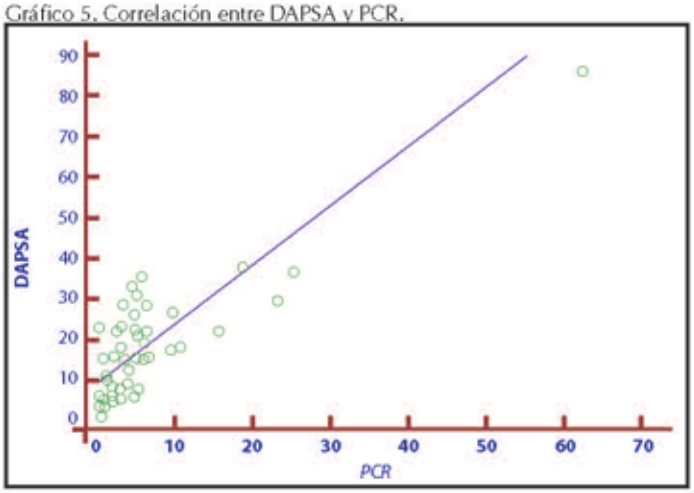
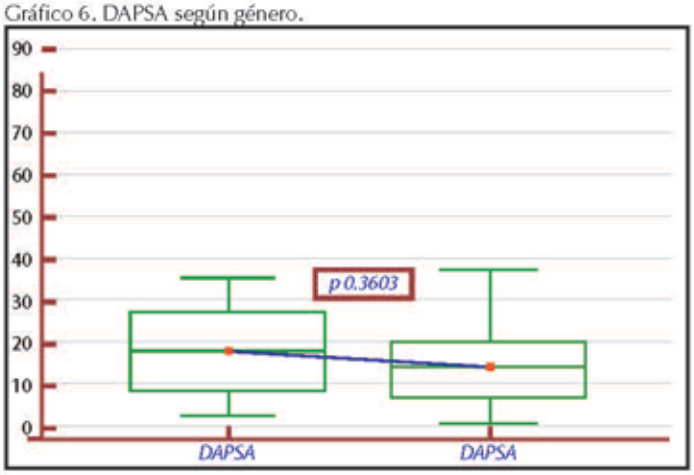


Gráfico 5. Correlación entre DAPSA y PCR.



Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre los valores de DAPSA según el género (Me 17,6600 vs 14,3700; p 0,3603) (Gráfico 6).

Gráfico 6. DAPSA según género.



DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio mostraron que los pacientes con APs en nuestro medio presentan algún grado de actividad medida por DAPSA. Este índice incluye en su cálculo, aparte de articulaciones inflamadas y dolorosas, otras variables como escala del dolor y evaluación global de la enfermedad por el paciente, los cuales podrían reflejar el compromiso de otras manifestaciones musculoesqueléticas frecuentes de la enfermedad. Por lo tanto, es útil al momento de evaluar de manera más específica la actividad articular periférica en la APs, además el DAPSA no presentó correlación con la edad, ni el género, ni con el tiempo de evolución de la enfermedad, lo cual representa una ventaja, ya que su resultado no se vería influido por estas variables, como se demostró en el estudio de una cohorte de pacientes realizado por J. Gallino y cols.[10].

Es importante destacar que respecto al daño articular, el DAPSA se correlacionó significativamente con el grado de los cambios estructurales. Se ha encontrado que la probabilidad de progresión del daño radiológico aumenta con la actividad del DAPSA, tal como lo demuestra el estudio realizado por Aletaha D y cols. en el que valoran la actividad de la enfermedad en relación al estado funcional y daño estructural en pacientes con APs[9].

Al comparar con una de las escalas más utilizadas en evaluar actividad como lo es el DAS28-PCR, se demostró que DAPSA es más sensible al estadificar los casos, ya que se pudieron identificar casos con baja actividad que habitualmente se los consideraba en remisión por DAS28-PCR, como también se demostró en el estudio realizado por Schoels M y cols.[7].

No se encontró bibliografía de estudios realizados sobre índice de actividad de Artropatía Psoriásica en población ecuatoriana, por lo tanto, este sería el primer estudio.

En resumen, los estados de actividad de la enfermedad definidos para el índice están claramente relacionados con los niveles funcionales y estructurales, por lo tanto, el DAPSA

muestra una validez sólida, con respecto a la discapacidad y el daño articular, datos muy importantes en APs. Además, el DAPSA es un índice de uso sencillo, que consiste en sumar todas las variables, no requiere de fórmulas complejas, lo que facilita al médico poder determinar la actividad de la enfermedad de cada paciente de una manera rápida y confiable.

CONCLUSIONES

El DAPSA es un índice útil y reproducible para evaluar actividad de la enfermedad en pacientes con artropatía psoriásica. El DAPSA fue capaz de identificar más pacientes en actividad de la enfermedad con relación al DAS 28-PCR, es decir es un índice más sensible.

El DAPSA no parece estar influenciado por factores tales como la edad, el género y los años de evolución de la enfermedad. Sin embargo, está relacionado en forma robusta con marcadores de severidad tales como el compromiso erosivo y la PCR.

REFERENCIAS

1. López-Ferrer A LAA. Actualización en artritis psoriásica. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2014; 105(10): p. 913-922.
2. Mease PJ. Psoriatic arthritis: update on pathophysiology, assessment and management. Annals of the Rheumatic Disease. 2011; 70: p. i77-i84.
3. P Rahman TE. Genetic epidemiology of psoriasis and psoriatic arthritis. Annals of the Rheumatic disease. 2005; 64: p. ii37-ii39.
4. Gladman D ACMP. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. Annals of the Rheumatic Disease. 2005; 64: p. ii14-ii17.
5. Turrión N MHMHBH. Artritis psoriásica. Medicine. 2017; 12(26): p. 1508-19.
6. Moll J,&WV. Psoriatic arthritis. Semin Arthritis Rheumatism. (1973); 3: p. 55-78.
7. Schoels M ADAFSJ. Disease activity in psoriatic arthritis (PsA): defining remission and treatment success using the DAPSA score. Annals of Rheumatic Disease. 2016; 75: p. 811-818.
8. Schoels M ADFJ. Application of the DAREA/DAPSA score assessment of disease activity in psoriatic arthritis. Annalas of Rheumatic Disease. 2016;: p. 1145-1252.
9. Aletaha D AFSJ. Disease Activity states of the DAPSA, a psoriatic arthritis specific instrument, are valid against functional status and structural progression. Annals of the Reumatic Disease. 2016; 0: p. 1-4.
10. Gallino J. SE,CO. Validación del índice compuesto DAPSA (Disease Activity for Psoriatic Arthritis) en una cohorte de pacientes con artritis psoriásica en Argentina y determinación de sus valores de corte. Revista Argentina de Reumatología. 2016; 27: p. 23-29.
11. Alonso TJ. Utilidad y aplicación en la práctica clínica de los criterios CASPAR. Reumatología Clínica. 2010; 6(S1): p. 18-21.
12. Helliwell P tW. Classification and Diagnostic criteria for psoriatic athritis. Annals of Rheumatic Disease. 2005; 64: p. ii3-8.
13. Cécile Gaujoux-Vialaa GMABPCBFXLLJFM. Evaluating disease activity in rheumatoid arthritis: Which composite index is best? A systematic literature analysis of studies comparing the psychometric properties of the DAS, DAS28, SDAI and CDAI. Joint Bone Spine. 2012; 79: p. 149-155.