

Dermatologists' Role in the Early Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Expert Recommendations.

Title: Dermatologists' Role in the Early Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Expert Recommendations.

Publication year: 2020

Journal: Actas dermo-sifiliograficas

Authors: Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL-UMH, Alicante, España.

Society: European Respiratory Society

Origin country: International (Europe)

Target countries: Europe

DOI: 10.1016/j.ad.2020.06.004

PMID: 32659259

Source: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32659259/>

Actas Dermosifiliogr Actas Dermosifiliogr 3815 pheelsevier 0373062 Actas Dermo-Sifiliograficas 0001-7310 1578-2190 pmc-is-collection-domain yes pmc-collection-title Elsevier - PMC COVID-19 Collection PMC7351070 PMC7351070.1 7351070 7351070 32659259 10.1016/j.ad.2020.06.004 S0001-7310(20)30227-1 1 Documento De Consenso El papel del dermatólogo en el diagnóstico precoz de la artritis psoriásica: recomendaciones de un grupo de expertos Dermatologists' Role in the Early Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Expert Recommendations Belinchón I. a Salgado-Boquete L. b López-Ferrer A. c Ferran M. d Coto-Segura P. e Rivera R. f Vidal D. g Rodríguez L. h de la Cueva P. i ■ Queiro R. j a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL-UMH, Alicante, España b Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España c Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España d Servicio de Dermatología, Hospital del Mar, Barcelona, España e Servicio de Dermatología, Hospital Álvarez-Buylla, Mieres, Asturias, España f Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España g Servicio de Dermatología, Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España h Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España i Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España j Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España ■ Autor para correspondencia. 12 2020 10 7 2020 111 10 361140 835 846 12 5 2020 29 6 2020 10 07 2020 13 07 2020 13 08 2024 © 2020 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. 2020 AEDV Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website. Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active. La artritis psoriásica (APs) es una forma común de artritis inflamatoria que aparece hasta en el 40% de los pacientes con psoriasis. Dado que la afectación cutánea suele preceder a la afectación articular, los dermatólogos desempeñan un papel fundamental en la detección precoz de la APs. El diagnóstico precoz es importante para reducir el riesgo de daños estructurales irreversibles, limitar el deterioro de la función física y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El presente documento ha sido elaborado por un grupo de especialistas (nueve dermatólogos y un reumatólogo) con el objetivo de proporcionar recomendaciones sencillas que ayuden a los dermatólogos en el cribado de la APs en pacientes con psoriasis. Los expertos elaboraron el presente documento ofreciendo unas recomendaciones consensuadas basadas en una revisión descriptiva de la evidencia científica disponible y en la experiencia adquirida en la práctica clínica diaria.

Psoriatic arthritis is a common type of inflammatory arthritis found in up to 40% of patients with psoriasis. Because skin involvement usually precedes joint involvement, dermatologists play a key role in early detection. Early diagnosis is important for reducing the risk of irreversible structural damage, attenuating the deterioration of physical function, and improving patients' quality of life. This consensus statement was drafted by a group of 9 dermatologists and 1 rheumatologist to provide simple recommendations to help dermatologists screen for psoriatic arthritis in patients with psoriasis. The experts offer consensus-based guidelines that draw on a review of available scientific evidence and on experience acquired in routine clinical practice.

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica que padece entre el 0,05 y el 0,25% de la población general, y entre el 6 y el 41% de los pacientes con psoriasis ¹ . Se caracteriza por una alta heterogeneidad clínica y un curso variable ² . 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 ³ . La APs puede ser deformante y destructiva aproximadamente en el 40-60% de los pacientes, con el consiguiente deterioro funcional, disminución de la calidad de vida, complicaciones psicosociales y mayor riesgo de muerte con respecto a la población general ⁴ , ⁵ . Las manifestaciones de la APs son muy variables y pueden afectar a cualquier articulación, y el paciente puede presentar una afectación articular periférica, axial o mixta ⁶ . El dolor inflamatorio, uno de los síntomas distintivos de esta afectación, 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 ⁷ , ⁸ . Además de la afectación articular, la entesitis, la dactilitis y la afectación ungueal son también características de la APs ⁹ .

Esta amplia variedad de signos y síntomas hace que el diagnóstico clínico y el tratamiento de la enfermedad puedan resultar complejos, siendo necesario además realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías articulares (tabla 1). Tabla 1 Cuadro para el diagnóstico diferencial de la APs. Características clave de las principales artropatías ¹⁰ , ¹¹ , ¹² , ¹³

Otras entidades que pueden entrar en el diagnóstico diferencial, como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico o la sarcoidosis, reúnen unas características y unos criterios de clasificación muy claros.

El diagnóstico precoz de la APs es fundamental para realizar una intervención temprana en el paciente, modificar el curso natural de la enfermedad y evitar así posibles daños estructurales irreversibles desencadenados por el proceso inflamatorio ¹⁴ , ¹⁵ .

Diversos estudios han demostrado que el deterioro articular en pacientes con APs aparece durante los primeros años una vez iniciada la enfermedad ¹⁶ , ¹⁷ , ¹⁸ . 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 ¹⁹ .

Hasta el 84% de los pacientes con APs presenta manifestaciones cutáneas antes de la primera manifestación clínica evidente a nivel articular ²⁰ , lo que explica por qué a menudo los dermatólogos son los primeros especialistas en enfrentarse al reto de establecer un diagnóstico precoz de la APs. Aunque los dermatólogos están ampliamente familiarizados con las lesiones cutáneas de la psoriasis, pueden tener menos experiencia con las manifestaciones musculoesqueléticas de la APs ²¹ y la mayoría no realizan un cribado de APs en la práctica clínica habitual, lo que implica un potencial retraso diagnóstico. La prevalencia estimada de APs no diagnosticada entre los pacientes con psoriasis que están recibiendo tratamiento en consultas dermatológicas oscila entre el 15 y el 40% ²⁰ , ²² , ²³ . Para garantizar unos buenos resultados clínicos a largo plazo es esencial que los dermatólogos lleven a cabo un cribado sistemático de la APs en los pacientes con psoriasis, por lo que deben obtener una formación y una práctica adecuadas que les permitan hacer un diagnóstico de sospecha de APs y realizar una derivación precoz al reumatólogo, quien podrá confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento antes de que se produzca un daño articular permanente ²⁴ , ²⁵ .

Otra necesidad no cubierta en el diagnóstico de la APs es la falta de herramientas de cribado adecuadas que puedan utilizar tanto los dermatólogos como los médicos de atención primaria. Aunque existen diversos instrumentos de cribado, su valor en la clínica diaria es limitado debido principalmente al tiempo que requieren, a su complejidad y a la elevada tasa de falsos positivos.

Las recomendaciones expuestas en el presente documento contemplan diversas cuestiones relacionadas con la detección precoz de la APs por parte del dermatólogo, reforzando y actualizando lo expuesto en trabajos previos ⁸ , y ofreciendo una revisión actualizada de los tratamientos disponibles para la psoriasis y su nivel de eficacia a nivel articular. En el documento se describen y analizan de manera sistemática, estructurada y concisa herramientas y procedimientos potencialmente útiles y viables para la detección precoz de la enfermedad por parte del dermatólogo, proporcionando una serie de recomendaciones y un algoritmo práctico y sencillo que pueden ser de utilidad para el control clínico de los pacientes con APs en las consultas de dermatología. Todo ello basado en una revisión actualizada de la evidencia científica, así como en el conocimiento práctico de un grupo de expertos.

El principal objetivo del presente trabajo fue elaborar un documento que pueda servir como guía al dermatólogo para establecer un diagnóstico precoz de la APs en la práctica clínica habitual.

Este documento ha sido elaborado por un equipo de trabajo constituido por nueve dermatólogos y un reumatólogo, todos ellos con amplia experiencia en el campo de la psoriasis y la APs. El abordaje metodológico empleado en este proyecto se basó en los fundamentos del denominado «método formal» para alcanzar un consenso y elaborar recomendaciones: un panel de expertos evalúa la evidencia científica disponible en el contexto de la experiencia clínica real (opinión de expertos) en aras de elaborar un consenso en relación con un problema clínico determinado ²⁶ , ²⁷ .

Siguiendo los preceptos de este abordaje metodológico, el grupo de expertos revisó la bibliografía relevante y cumplimentó un cuestionario previamente diseñado para identificar cuestiones importantes no resueltas relativas al diagnóstico precoz de la APs y a las posibles herramientas diagnósticas. Posteriormente se llevó a cabo una reunión presencial para analizar y debatir los resultados del cuestionario, discutir los aspectos del manejo clínico relativo al diagnóstico precoz de los pacientes con sospecha de APs en las consultas de dermatología y consensuar discrepancias en base a la evidencia científica y la experiencia clínica aportada por los expertos. El análisis de los resultados del cuestionario y los puntos más relevantes de la discusión entre el grupo de expertos fueron la base para la elaboración del algoritmo de manejo y otras recomendaciones que se recogen en el presente documento.

El punto número 5 (Abordaje terapéutico) del apartado de Resultados contiene una tabla elaborada a partir de la evidencia científica disponible sobre los tratamientos para la psoriasis y el grado de eficacia demostrado en estudios clínicos para el tratamiento de cada una de las manifestaciones de la APs y la espondiloartritis axial. En la tabla se muestra el número de ensayos clínicos de fase 3 realizados en población adulta y caucásica para valorar la eficacia de cada dominio específico, contabilizándose también los estudios head-to-head del promotor. La investigación bibliográfica incluye estudios publicados hasta el 4 de junio de 2020. La búsqueda se realizó en la página de registros de ensayos clínicos clinicaltrials.gov y en la base de datos PubMed. Todas las referencias de artículos y ensayos clínicos utilizadas para elaborar la tabla se pueden consultar en el material suplementario¹ .

A continuación se describe la revisión crítica de la literatura y la opinión de los expertos para facilitar la detección precoz de la APs, considerando los siguientes aspectos: 1. Herramientas de cribado.

Atención conjunta: derivación a reumatología.

Ante la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoz de la APs se han desarrollado y validado diversas herramientas de cribado para este fin (tabla 2). Tabla 2 Características de las herramientas de cribado para la detección precoz de la APs

APs: artritis psoriásica; EARP: cuestionario de cribado Early Psoriatic Arthritis Screening ; PASE: cuestionario Psoriatic arthritis screening and evaluation questionnaire ; PASQ: cuestionario Psoriasis and Arthritis Screening ; ToPAS: cuestionario de cribado Toronto Psoriatic Arthritis Screening .

Recientemente se han elaborado otros dos nuevos cuestionarios: Simple Psoriatic Arthritis Screening (SiPAS) 37 y Psoriatic arthritis Uncluttered screening Evaluation (PURE-4) 38 . El SiPAS es un cuestionario de 5 ítems que el propio paciente puede completar de manera rápida y que tiene una especificidad y una sensibilidad comparables a otros cuestionarios existentes (un 79% de sensibilidad y un 87% de especificidad) 37 . El cuestionario PURE-4 se basa en los 4 dominios con mayor valor diagnóstico de APs en pacientes con psoriasis. Los resultados iniciales son prometedores (un 85,7% de sensibilidad y un 83,6% de especificidad) 38 y ha sido recientemente validado al castellano 39 .

b. Recomendaciones del grupo de expertos

El grupo de expertos concluye que los cuestionarios de cribado actualmente validados no son ideales para la detección precoz de la APs, fundamentalmente debido al tiempo que se precisa para administrarlos e interpretar los resultados en la práctica clínica diaria. Sin embargo, entre los instrumentos previamente citados, la versión española del PURE-4, recientemente validada, puede ser prometedora dado su número reducido de preguntas, su buena sensibilidad diagnóstica y su viabilidad en la práctica clínica.

Aunque las manifestaciones clínicas de la APs son muy variables, las principales características clínicas son la artritis inflamatoria (periférica), la entesitis, la dactilitis y el dolor axial inflamatorio (tabla 3) 7 , 40 , 41 . Tabla 3 Características clínicas de la artritis inflamatoria, entesitis, dactilitis y espondilitis o dolor axial 7

Otro signo frecuente de la APs es la psoriasis ungueal 42 . Algunos autores consideran que los pacientes con psoriasis ungueal tienen mayor probabilidad de padecer entesitis y afectación interfalángica distal 43 , 44 . Por consiguiente, los dermatólogos deben familiarizarse con estos signos, ya que pueden ser la única manifestación de la APs en los pacientes durante la fase precoz de la enfermedad.

Aproximadamente el 25% de los pacientes con APs presenta inflamación en el esqueleto axial, lo que provoca dolor, predominantemente en la región lumbar y en las articulaciones sacroilíacas (sacroilitis) 45 , y limitaciones en la movilidad.

b. Recomendaciones del grupo de expertos

Basándose en la evidencia científica disponible y en su experiencia clínica, el grupo de expertos recomienda buscar activamente manifestaciones de APs en pacientes con psoriasis, al menos una vez al año e idealmente cada 6 meses, mediante una anamnesis completa y valorando las manifestaciones clave (esqueleto axial, dactilitis, entesitis y artritis periférica) para comprobar la presencia de dolor inflamatorio 14 , 15 , 19 , 46 .

En la exploración física se ha de prestar especial atención a los dedos de las manos y de los pies (especialmente en las articulaciones interfalángicas distales) para comprobar una posible inflamación periférica, a las entesis —como la del tendón de Aquiles— para comprobar posibles entesitis, a los dedos (sobre todo de los pies) para comprobar posibles dactilitis, y a la columna vertebral para valorar la presencia de dolor axial inflamatorio.

El grupo de expertos también destaca la importancia de informar al paciente sobre las manifestaciones de la APs para incrementar la atención sobre su enfermedad y la posible evolución a una afectación articular. De esta manera, el propio paciente podrá identificar síntomas y signos asociados a la misma y consultará con su especialista específicamente por estos, lo que incrementará la probabilidad de realizar un diagnóstico precoz.

Dado que el diagnóstico de la APs es fundamentalmente clínico, a menudo es difícil distinguirla de otros cuadros con signos y síntomas similares. Por este motivo, la disponibilidad de biomarcadores específicos de la APs podría facilitar el diagnóstico definitivo. En la tabla 4 se describen diferentes pruebas de laboratorio y su utilidad para el diagnóstico de la APs. Tabla 4 Posibles biomarcadores para el diagnóstico de la APs

Anti-CCP: antipéptido citrulinado cíclico; APs: artritis psoriásica; FR: factor reumatoide; HLA: antígeno leucocitario humano; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular.

b. Recomendaciones del grupo de expertos

Los expertos concluyen que ninguno de los biomarcadores séricos actualmente disponibles aporta información suficiente para establecer un diagnóstico definitivo de APs. Sin embargo, en caso de que el dermatólogo solicite alguna prueba de laboratorio antes de la derivación al reumatólogo, los siguientes biomarcadores podrían contribuir a complementar los resultados de la exploración clínica y acelerar el diagnóstico: factor reumatoide (FR), proteína C reactiva (PCR) y antígeno leucocitario humano B27 (HLA-B27) en pacientes con dolor axial. Si no es posible solicitar las tres pruebas, se recomienda hacer la determinación de PCR de alta sensibilidad como prueba complementaria de elección.

La radiografía convencional (rayos X), la ecografía y la resonancia magnética (RM) se han utilizado ampliamente para la evaluación de la APs.

La prueba de imagen más sencilla es la radiografía. La evidencia radiográfica de una osteoproliferación periarticular escasamente definida (excepto osteofitos) en manos o pies es un criterio de clasificación de APs 52 . La presencia de erosiones también es característica de las lesiones articulares inducidas por la APs. De todos modos, el papel principal de los rayos X es identificar manifestaciones específicas de la APs que solamente aparecen en una fase avanzada de la enfermedad.

En las últimas décadas ha aumentado sustancialmente el uso de la ecografía y de la RM para el diagnóstico precoz de la APs, y ambas técnicas proporcionan datos útiles para ayudar a dilucidar la patogenia de esta enfermedad y determinar el nivel de actividad de la misma 53 , 54 , 55 . Algunos estudios han sugerido que la RM podría discriminar entre APs, artritis reumatoide y osteoartritis, basándose en la presencia de entesitis e inflamación extracapsular 56 , 57 , 58 . La ecografía se utiliza para detectar lesiones precoces, principalmente sinovitis y entesitis. Diversos estudios han valorado el papel de la ecografía en pacientes con psoriasis sin signos articulares 59 , 60 . Sin embargo, actualmente el valor predictivo de la entesitis subclínica para el diagnóstico de la APs todavía es desconocido.

Basándose en la evidencia creciente del impacto positivo de los datos del diagnóstico por imagen sobre el tratamiento de las enfermedades reumáticas, la European League Against Rheumatism (EULAR) publicó las primeras recomendaciones sobre el uso de técnicas de imagen para el diagnóstico y el tratamiento de las espondiloartritis, incluyendo la APs 61 . Si se sospecha una APs periférica en un paciente con antecedentes personales o familiares de psoriasis, estas recomendaciones sugieren el uso de rayos X, ecografía o RM (aunque esta última deber considerarse una técnica de imagen secundaria, debido a su disponibilidad limitada y a su coste

relativamente elevado). Para el diagnóstico de la APs axial el procedimiento de elección es el examen radiográfico de la pelvis para detectar la presencia de sacroilitis; sin embargo, puede requerirse la realización de una RM para distinguir una lesión ósea antigua de una lesión activa, en la que será evidente el edema óseo.

b. Recomendaciones del grupo de expertos

Los expertos no consideran aplicables las pruebas de imagen de modo rutinario en las consultas de dermatología. Sin embargo, permiten optimizar el proceso asistencial si se solicitan en paralelo a la derivación al reumatólogo. Por tanto, el grupo de expertos recomienda realizar una evaluación radiográfica de las articulaciones sacroilíacas (si hay dolor axial) y de las articulaciones más sintomáticas, especialmente de manos y pies. En presencia de sintomatología axial, el grupo de expertos también recomienda realizar una RM. La ecografía puede resultar útil, para los dermatólogos con experiencia en su interpretación, para identificar signos musculoesqueléticos de la APs.

El valor de la atención conjunta ha ido adquiriendo cada vez más reconocimiento 62 , 63 , 64 , 65 . Se han propuesto y evaluado diferentes modelos de atención conjunta. Por ejemplo, el modelo en el que tanto el reumatólogo como el dermatólogo visitan al paciente el mismo día, o modelos virtuales en que ambos especialistas atienden a pacientes en la misma unidad pero en momentos distintos 62 , 66 . Dada la situación actual por la crisis de la COVID-19, los modelos de consulta teledermatológica están siendo ampliamente evaluados con el objetivo de reducir las consultas presenciales y el consecuente riesgo de infección 67 , 68 . En este sentido, aunque en España existen distintos modelos de teledermatología, su uso no está ampliamente expandido 69 , y es probable que la situación actual que ha surgido a raíz de la COVID-19 haga aumentar el uso de la teledermatología.

La aplicación de estos modelos ha mejorado la atención a los pacientes y los resultados de los tratamientos, principalmente gracias a diagnósticos más precoces y precisos. Los especialistas también refieren una mejor comunicación, una mayor colaboración y mayores oportunidades de investigación 70 , 71 , 72 , 73 . Sin embargo, la programación es un reto importante en este modelo de atención conjunta, porque las evaluaciones reumatológicas y dermatológicas requieren una elevada carga de tiempo, así como experiencia clínica.

Otro tema relevante es que, dada la amplia heterogeneidad en los criterios y prácticas de derivación, el Grupo de Investigación y Evaluación de la Psoriasis y la Artritis Psoriásica (GRAPPA) ha destacado la necesidad de elaborar criterios claros para establecer qué pacientes se deberían derivar a un reumatólogo para una evaluación más detallada 74 ; no obstante, todavía no se han establecido dichos criterios.

b. Recomendaciones del grupo de expertos

El panel de expertos considera que los dermatólogos desempeñan un papel clave para establecer un diagnóstico precoz de la APs gracias a su papel durante el manejo de la psoriasis. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable una evaluación conjunta del paciente para confirmar el diagnóstico.

Independientemente de la posibilidad de realizar una consulta conjunta, los expertos recomiendan mantener una comunicación fluida y bidireccional que permita monitorizar el estado del paciente derivado, resolver cualquier incertidumbre diagnóstica y adoptar las decisiones terapéuticas oportunas.

En cuanto a la derivación, el grupo de expertos, de acuerdo con las recomendaciones elaboradas por Daudén et al. 8 en 2012, considera que los pacientes con psoriasis y sospecha de APs deben ser derivados al reumatólogo cuando presenten, por lo menos, uno de los siguientes signos o

síntomas: • Dolor inflamatorio o nocturno del esqueleto axial.

Dolor inflamatorio o inflamación articular periférica.

Entesitis o signos clínicos que la sugieran (especialmente en el tendón de Aquiles y en la fascia plantar).

Dactilitis o signos clínicos que la sugieran.

Como se ha mencionado antes, el grupo de expertos recomienda que los dermatólogos busquen activamente estas manifestaciones por lo menos una vez al año e idealmente cada 6 meses.

Por último, la telemedicina podría desempeñar un papel clave en el abordaje conjunto del paciente con enfermedad psoriásica, necesidad que se ha hecho más evidente en la situación pandémica por COVID-19 que actualmente afronta el sistema sanitario 67 .

En la figura 1 se representa un algoritmo de control clínico de la APs propuesto para las consultas de dermatología. Figura 1 Algoritmo del control clínico de la APs en las consultas de dermatología.

FR: factor reumatoide; HLA-B27: antígeno leucocitario humano B27; PCR: proteína C reactiva.

Aunque en casos de progresión rápida, enfermedad avanzada o poca familiaridad con el manejo de la APs se recomienda una derivación inmediata a reumatología, la realidad en el contexto asistencial implica que en ocasiones el dermatólogo deba tomar decisiones en cuanto al abordaje terapéutico de un paciente con psoriasis y signos sugestivos de APs 75 , 76 .

Actualmente no existen directrices concretas de tratamiento ni recomendaciones para pacientes con una APs precoz; por el contrario, la mayoría de las directrices (p. ej., GRAPPA, EULAR, ACR) se centran en el tratamiento de pacientes con una APs ya establecida, es decir, que cumplan los criterios CASPAR 77 , 78 , 79 .

Habitualmente, en los pacientes con manifestaciones clínicas leves y/o un cuadro no erosivo están indicados los antiinflamatorios no esteroideos y otras medidas conservadoras. Sin embargo, en pacientes con un cuadro moderado o grave cabe considerar un tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológicos (FAME convencionales) como primera línea de tratamiento. Otros fármacos que también pueden prescribirse son los biológicos (inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa e inhibidores de la interleucina [IL]-17 e IL-12/23) o nuevas moléculas sintéticas orales (inhibidores de la fosfodiesterasa), cuyo desarrollo ha mejorado sustancialmente el tratamiento de los pacientes con APs 76 .

La evidencia científica actual sobre un tratamiento óptimo de la APs precoz es escasa. Sin embargo, un estudio exploratorio reciente demostró que el tratamiento precoz con secukinumab en los pacientes psoriásicos sin APs, pero con artralgia y alteraciones inflamatorias articulares, resolvía la inflamación y detenía la progresión de los cambios estructurales a las 24 semanas del inicio del tratamiento. Estos datos sugieren que es posible una intervención terapéutica precoz con secukinumab, que va asociada a la mejora de las manifestaciones clínicas y de imagen de la APs precoz 15 . Otro estudio exploratorio demostró que la administración de ustekinumab en pacientes con psoriasis sin síntomas de APs reducía la entesitis subclínica a las 12 semanas de tratamiento 80 .

En la tabla 5 se resumen los tratamientos actualmente disponibles para la psoriasis y el grado de eficacia demostrado en estudios clínicos para el tratamiento de cada una de las manifestaciones de la APs y la espondiloartritis axial. Tabla 5 Resumen de la eficacia clínica de los fármacos sistémicos biológicos y moléculas pequeñas orales aprobados para el tratamiento de la psoriasis sobre los dominios de APs y espondiloartritis axial. La cifra dentro de cada círculo indica el número

de ensayos clínicos específicos para evaluar ese dominio. Todas las referencias de artículos y ensayos clínicos utilizadas para elaborar la tabla se pueden consultar en el Anexo. Material adicional

ADA: adalimumab; APR: apremilast; APs: artritis psoriásica; BRO: brodalumab; CER: certolizumab; ETA: etanercept; GUS: guselkumab; IFDE4: inhibidor de la fosfodiesterasa 4; IL: interleucina; INF: infliximab; IXE: ixekizumab; No-Rx: no radiográfica; RIS: risankizumab; Rx: radiográfica; SEC: secukinumab; TIL: tildrakizumab; TNF- α : factor de necrosis tumoral alfa; UST: ustekinumab.

* El término «APs precoz» hace referencia a estudios exploratorios donde los pacientes no presentaban un diagnóstico definitivo de APs.

b. Recomendaciones del grupo de expertos

El grupo de expertos recomienda un abordaje terapéutico que contemple las diferentes manifestaciones clínicas de la APs. El tratamiento clínico concreto debe basarse en los resultados de eficacia y seguridad de los ensayos clínicos, así como en la experiencia en la práctica clínica.

El diagnóstico precoz de la APs es fundamental, ya que un abordaje temprano en el manejo y en el tratamiento puede alterar positivamente el curso natural de la APs, evitando de este modo daños articulares irreversibles. La falta de herramientas de cribado adecuadas para este fin, sin embargo, constituye una necesidad no cubierta que ha sido la base y premisa de este trabajo. En él se han abordado y analizado cuestiones clave, así como las potenciales herramientas y procedimientos que el dermatólogo podría utilizar para la detección precoz de la enfermedad.

A continuación se exponen las conclusiones de cada uno de los apartados revisados (véase resumen en la tabla 6): • Herramientas de cribado. Aunque los cuestionarios de cribado no son útiles para la detección precoz de la APs, el cuestionario de cribado recientemente validado al español PURE-4 puede ser una herramienta diagnóstica viable en la práctica clínica para la detección precoz de la enfermedad por parte del dermatólogo.

Anamnesis y evaluación física . La periodicidad con la que debe realizarse una exploración física centrada en la APs debe ser de al menos una vez al año e idealmente cada 6 meses. Los principales signos a los que hay que prestar especial atención son la artritis periférica inflamatoria, la entesitis (tendón de Aquiles y fascia plantar), la dactilitis y el dolor inflamatorio axial.

Pruebas complementarias . El uso de biomarcadores y las pruebas de diagnóstico por imagen, en general, no fueron recomendados por los especialistas. Sin embargo, ante sospecha de APs, y en caso de solicitar estudios analíticos, los expertos consideran que podrían ser de utilidad, como pruebas complementarias a la exploración física, el FR, la PCR y el HLA-B27 (solo si existe dolor axial). Respecto a las pruebas de imagen, los autores recomiendan solicitar una radiografía de las articulaciones sacroilíacas (si hay dolor axial) y de las articulaciones más sintomáticas. En presencia de sintomatología axial, recomiendan solicitar una RM, y consideran que la ecografía puede resultar útil para los dermatólogos que tengan un manejo avanzado de la técnica a la hora de identificar signos musculoesqueléticos susceptibles de APs.

Asistencia multidisciplinar y derivación a reumatología . El dermatólogo debe realizar la derivación si el paciente presenta dolor inflamatorio axial, periférico, entesitis o dactilitis. La comunicación entre los servicios de dermatología y reumatología es fundamental para conocer el estado de las derivaciones, esclarecer dudas en el diagnóstico y tomar decisiones terapéuticas conjuntas. Por último, la telemedicina podría desempeñar un papel clave en el abordaje conjunto del paciente con enfermedad psoriásica en el contexto de situación pandémica por COVID-19 que actualmente afronta el sistema sanitario.

Abordaje terapéutico . Debe contemplar las diferentes manifestaciones clínicas de la APs y basarse en los resultados de eficacia y seguridad de los ensayos clínicos, así como en la experiencia en la práctica clínica.

APs: artritis psoriásica; FR: factor reumatoide; HLA: antígeno leucocitario humano; PCR: proteína C reactiva.

Las reuniones, así como el soporte en la redacción y edición del manuscrito, fueron financiadas por Novartis Farmacéutica S.A.

I. Belinchón: Ha colaborado como consultor y/o conferenciante y/o participado en ensayos clínicos patrocinados por empresas que fabrican fármacos utilizados para el tratamiento de la psoriasis, incluidas Janssen, Almirall, Eli Lilly and Company, AbbVie, Novartis Farmacéutica S.A., Celgene España S.L., Biogen Inc., Amgen, LEO Pharma, Pfizer-Wyeth, UCB y Merck Sharp & Dohme Española S.A.

L. Salgado-Boquete: AbbVie, Almirall, Celgene España S.L., Janssen, LEO Pharma, Eli Lilly and Company, Novartis, MSD, Pfizer y Reig Jofre.

A. López-Ferrer: Novartis Farmacéutica S.A., Janssen, MSD, Eli Lilly and Company, Pfizer, Celgene España S.L., Almirall, LEO Pharma, AbbVie y Amgen.

M. Ferran: Ha colaborado como conferenciante y/o asesor y o en ensayos clínicos para Janssen, Eli Lilly and Company, Novartis, Pfizer, MSD, AbbVie, Celgene y Almirall.

P. Coto-Segura: Ha colaborado como miembro del comité asesor, consultor, becas, apoyo a la investigación, participación en ensayos clínicos, honorarios por conferencias y apoyo a la investigación con las siguientes empresas farmacéuticas: AbbVie (Abbott), Janssen-Cilag, Novartis Farmacéutica S.A., Pfizer, MSD, UCB, Eli Lilly and Company y Celgene España S.L.

R. Rivera: Consultor, investigador y/o conferenciante para AbbVie, Almirall, Celgene España S.L., GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, Lilly, LEO Pharma, MSD, Novartis, Pfizer y UCB.

D. Vidal: Consultor, investigador y/o conferenciante para AbbVie, Celgene España S.L., Eli Lilly and Company, Janssen, Novartis Farmacéutica S.A., Laboratorios Gebro Pharma S.A., LEO Pharma y UCB.

L. Rodríguez: Ha colaborado como consultor y conferenciante para AbbVie, Janssen, MSD, Pfizer-Wyeth, Novartis Farmacéutica S.A., Celgene España S.L., Almirall, Eli Lilly and Company y LEO Pharma.

P. de la Cueva: Asesor y/o investigador y/o conferenciante para AbbVie, Almirall, Astellas Pharma, Biogen Inc., Boehringer Ingelheim, Celgene España S.L., Janssen, LEO Pharma, Eli Lilly and Company, Merck Sharp & Dohme Española S.A., Novartis Farmacéutica S.A., Pfizer y UCB.

R. Queiro: Consultor, investigador y/o conferenciante para AbbVie, MSD, Pfizer, Novartis Farmacéutica S.A., Lilly, Janssen, UCB y Celgene España S.L. Ha recibido fondos no restringidos para investigación de AbbVie, Novartis Farmacéutica S.A. y Janssen.

Ogdie A. Weiss P. The epidemiology of psoriatic arthritis Rheum Dis Clin North Am. 41 2015 545 568 26476218 10.1016/j.rdc.2015.07.001 PMC4610151 2 D'Angelo S. Palazzi C. Gilio M. Leccese P. Padula A. Olivieri I. Improvements in diagnostic tools for early detection of psoriatic arthritis Expert Rev Clin Immunol. 12 2016 1209 1215 27284965 10.1080/1744666X.2016.1193436 3 Gravallese E.M. Schett G. Effects of the IL-23-IL-17 pathway on bone in spondyloarthritis Nat Rev

Rheumatol. 14 2018 631 640 30266977 10.1038/s41584-018-0091-8 4 McHugh N.J. Balachrishnan C. Jones S.M. Progression of peripheral joint disease in psoriatic arthritis: A 5-yr prospective study Rheumatology (Oxford). 42 2003 778 783 12730539 10.1093/rheumatology/keg217 5 Gladman D.D. Disability and quality of life considerations. Psoriatic arthritis Gordon G.B. Ruderman E. Psoriasis and Psoriatic Arthritis: An Integrated Approach 2005 Springer Verlag Heidelberg (Alemania) 118 123 6 Noguera J.R. González J.A. Tovar J.V. Navarro F.J. Artritis psoriásica Belmonte M.A. Castellano J.A. Román J.A. Rosas J.C. Enfermedades reumáticas 2.^a ed. Actualización SVR 2013 Ibáñez & Plaza Asociados S.L. Valencia 563 585 7 Mease P.J. Garg A. Helliwell P.S. Park J.J. Gladman D.D. Development of criteria to distinguish inflammatory from noninflammatory arthritis, enthesitis, dactylitis, and spondylitis: A report from the GRAPPA 2013 Annual Meeting J Rheumatol. 41 2014 1249 1251 24882864 10.3899/jrheum.140182 8 Daudén E. Castañeda S. Suárez C. García-Campayo J. Blasco A.J. Aguilar M.D. Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. Working Group on Psoriasis-Associated Comorbidities Actas Dermosifiliogr. 103 Supl 1 2012 1 64 10.1016/S0001-7310(12)70001-7 22364603 9 Leung Y.Y. Ogdie A. Orbai A.M. Tillett W. Coates L.C. Strand V. Classification and outcome measures for psoriatic arthritis Front Med (Lausanne). 5 2018 246 30238006 10.3389/fmed.2018.00246 PMC6135872 10 Pujalte G.G.A.A. Albano-Aluquin S.A. Differential diagnosis of polyarticular arthritis Am Fam Physician. 92 2015 35 41 26132125 11 Glanville J.R.W. Higgins C. Mouyis M. An approach to joint pain and inflammatory arthropathies Br J Hosp Med (Lond). 77 2016 109 111 10.12968/hmed.2016.77.7.C109 27388393 12 Ritchlin C.T. Colbert R.A. Gladman D.D. Psoriatic arthritis N Engl J Med. 376 2017 957 970 28273019 10.1056/NEJMra1505557 13 Dinu A. Bucur S. Olteanu R. Constantin T. Raducan A. Baetu M. Psoriatic arthritis: A permanent new challenge for dermatologists (Review) Exp Ther Med. 200 2020 47 51 10.3892/etm.2019.8322 PMC7271732 32508992 14 Savage L. Goodfield M. Hensor E.M.A. Emery P. McGonagle D. Ultrasonographic improvement of peripheral subclinical enthesopathy in therapy-naïve patients treated with ustekinumab for chronic plaque psoriasis: A 52-week, prospective, open label, controlled cohort study [abstract] Arthritis Rheumatol. 68 Supl 10 2016 [consultado 15 Abr 2020]. Disponible en: <http://acrabstracts.org/abstract/ultrasonographic-improvement-of-peripheral-subclinical-enthesopathy-in-therapy-naive-patients-treated-with-ustekinumab-for-chronic-plaque-psoriasis-a-52-week-prospective-open-label-controlled-cohort/> 10.1002/art.40778 30468001 15 Kampylafka E. Simon D. D'Oliveira I. Linz C. Lerchen V. Englbrecht M. Disease interception with interleukin-17 inhibition in high-risk psoriasis patients with subclinical joint inflammation-data from the prospective IVEPSA study Arthritis Res Ther. 21 2019 178 31349876 10.1186/s13075-019-1957-0 PMC6659205 16 Queiro-Silva R. Torre-Alonso J.C. Tinturé-Eguren T. López-Lagunas I. A polyarticular onset predicts erosive and deforming disease in psoriatic arthritis Ann Rheum Dis. 62 2003 68 70 12480674 10.1136/ard.62.1.68 PMC1754292 17 Kane D. Stafford L. Bresnihan B. FitzGerald O. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: An early synovitis clinic experience Rheumatology (Oxford). 42 2003 1460 1468 14523223 10.1093/rheumatology/keg384 18 Geijer M. Lindqvist U. Husmark T. Alenius G.M. Larsson P.T. Telemán A. The Swedish early psoriatic arthritis registry 5-year follow-up: Substantial radiographic progression mainly in men with high disease activity and development of dactylitis J Rheumatol. 42 2015 2110 2117 26472410 10.3899/jrheum.150165 19 Haroon M. Gallagher P. FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis Ann Rheum Dis. 74 2015 1045 1050 24525911 10.1136/annrheumdis-2013-204858 20 Villani A.P. Rouzaud M. Sevrain M. Barnette T. Paul C. Richard M.A. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis J Am Acad Dermatol. 73 2015 242 248 26054432 10.1016/j.jaad.2015.05.001 21 Bagel J. Schwartzman S. Enthesitis and dactylitis in psoriatic disease: A guide for dermatologists Am J Clin Dermatol. 19 2018 839 852 30117018 10.1007/s40257-018-0377-2 PMC6267546 22 Haroon M. Kirby B. FitzGerald O. High prevalence of psoriatic arthritis in patients with severe psoriasis with suboptimal performance of screening questionnaires Ann Rheum Dis. 72 2013 736 740 22730367 10.1136/annrheumdis-2012-201706 23 Mease P.J. Gladman D.D. Papp K.A. Khraishi M.M. Thaçi D. Behrens F. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics J Am Acad Dermatol. 69 2013 729 735 23981683 10.1016/j.jaad.2013.07.023 24 Machado P.M. Raychaudhuri S.P. Disease activity measurements and monitoring in psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis Best Pract Res Clin Rheumatol. 28 2014 711 728 25488780 10.1016/j.berh.2014.10.004 25 Liu J.T. Yeh H.M. Liu S.Y. Chen K.T. Psoriatic arthritis:

Epidemiology, diagnosis, and treatment World J Orthop. 5 2014 537 543 25232529 10.5312/wjo.v5.i4.537 PMC4133459 26 Martínez-Sahuquillo M.E. Echevarría M.C. Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. «Método RAND/UCLA» Rehabilitación (Madrid). 35 2001 388 392 27 James D. Warren-Forward H. Research methods for formal consensus development Nurse Res. 22 2015 35 40 10.7748/nr.22.3.35.e1297 25587865 28 Husni M.E. Meyer K.H. Cohen D.S. Mody E. Qureshi A.A. The PASE questionnaire: Pilot-testing a psoriatic arthritis screening and evaluation tool J Am Acad Dermatol. 57 2007 581 587 17610990 10.1016/j.jaad.2007.04.001 29 Ibrahim G.H. Buch M.H. Lawson C. Waxman R. Helliwell P.S. Evaluation of an existing screening tool for psoriatic arthritis in people with psoriasis and the development of a new instrument: The Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST) questionnaire Clin Exp Rheumatol. 27 2009 469 474 19604440 30 Helliwell P.S. Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST): A report from the GRAPPA 2009 annual meeting J Rheumatol. 38 2011 551 552 21362785 10.3899/jrheum.101119 31 Gladman D.D. Schentag C.T. Tom B.D. Chandran V. Brockbank J. Rosen C. Development and initial validation of a screening questionnaire for psoriatic arthritis: The Toronto Psoriatic Arthritis Screen (ToPAS) Ann Rheum Dis. 68 2009 497 501 18445625 10.1136/ard.2008.089441 32 Tom B.D. Chandran V. Farewell V.T. Rosen C.F. Gladman D.D. Validation of the Toronto Psoriatic Arthritis Screen Version 2 ToPAS 2 J Rheumatol. 42 2015 841 846 25834198 10.3899/jrheum.140857 33 Khraishi M. Landells I. Mugford G. The self-administered Psoriasis and Arthritis Screening Questionnaire (PASQ): A sensitive and specific tool for the diagnosis of early and established psoriatic arthritis Psoriasis Forum. 16 2010 9 16 34 Tinazzi I. Adami S. Zanolin E.M. Caimmi C. Confente S. Girolomoni G. The early psoriatic arthritis screening questionnaire: A simple and fast method for the identification of arthritis in patients with psoriasis Rheumatology (Oxford). 51 2012 2058 2063 22879464 10.1093/rheumatology/kes187 35 Ocampo D.V. Gladman D. Psoriatic arthritis F1000 Res. 8 2019 F1000 Faculty Rev-1665 10.12688/f1000research.19144.1 PMC6758836 31583079 36 Raychaudhuri S.P. Wilken R. Sukhov A.C. Raychaudhuri S.K. Maverakis E. Management of psoriatic arthritis: early diagnosis, monitoring of disease severity and cutting edge therapies J Autoimmun. 76 2017 21 37 27836567 10.1016/j.jaut.2016.10.009 37 Salaffi F. di Carlo M. Luchetti M.M. di Donato E. Campanati A. Benfaremo D. A validation study of the Simple Psoriatic Arthritis Screening (SiPAS) questionnaire to screen psoriasis patients for psoriatic arthritis Clin Exp Rheumatol. 36 2018 127 135 29148421 38 Audureau E. Roux F. Lons Danic D. Bagot M. Cantagrel A. Dernis E. Psoriatic arthritis screening by the dermatologist: Development and first validation of the PURE-4 scale J Eur Acad Dermatol Venereol. 32 2018 1950 1953 29430720 10.1111/jdv.14861 39 Belinchón I. Queiro R. Salgado-Boquete L. López-Ferrer A. Ferran M. Coto-Segura P. Adaptación lingüística y cultural al español del cuestionario Psoriatic arthritis UnclutRed screening Evaluation (PURE-4) Actas Dermosifiliogr. 2020 <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.03.004> 10.1016/j.ad.2020.03.004 32401721 40 Olivieri I. Padula A. Scarano E. Scarpa R. Dactylitis or «sausage-shaped» digit J Rheumatol. 34 2007 1217 1222 17552053 41 D'Agostino M.A. Olivieri I. Enthesitis Best Pract Res Clin Rheumatol 20 2006 473 486 16777577 10.1016/j.berh.2006.03.007 42 Mease P.J. Palmer J.B. Litman H.J. Karki C. Greenberg J.D. Impact of nail psoriasis on clinical presentation of psoriatic arthritis: Descriptive analysis from the Corrona Psoriatic Arthritis/Spondyloarthritis (PsA/SpA) Registry [abstract] Arthritis Rheumatol. 68 Supl 10 2016 [consultado 15 Abr 2020]. Disponible en: <https://acrabstracts.org/abstract/impact-of-nail-psoriasis-on-clinical-presentation-of-psoriatic-arthritis-descriptive-analysis-from-the-corrona-psoriatic-arthritis-spondyloarthritis-psaspa-registry/> 43 Acosta-Felquer M.L. Ruta S. Rosa J. Marin J. Ferreyra-Garrot L. Galimberti M.L. Ultrasound enthesal abnormalities at the distal interphalangeal joints and clinical nail involvement in patients with psoriasis and psoriatic arthritis, supporting the nail-enthesitis theory Semin Arthritis Rheum. 47 2017 338 342 28648658 10.1016/j.semarthrit.2017.05.002 44 Klaassen K.M. Ploegmakers M.J. van de Kerkhof P.C. Klein W.M. Pasch M.C. Subclinical enthesitis in nail psoriasis patients: A case-control study J Dtsch Dermatol Ges. 15 2017 405 412 10.1111/ddg.13222 28378489 45 Lubrano E. Parsons W.J. Marchesoni A. Olivieri I. d'Angelo S. Cauli A. The definition and measurement of axial psoriatic arthritis J Rheumatol Suppl. 93 2015 40 42 26523055 10.3899/jrheum.150634 46 Tam L.H.P. Cheng T.H. Shang Q. Li E. Wong P. Zhu T.Y. Can achieving sustained Minimal Disease Activity (MDA) prevent progression of subclinical atherosclerosis? A two-year prospective cohort study in psoriatic arthritis [abstract] Arthritis Rheumatol. 69 Supl 10 2017 [consultado 15 Abr 2020]. Disponible en: <https://acrabstracts.org/abstract/can-achieving-sustained-minimal-disease-activity-m>

da-prevent-progression-of-subclinical-atherosclerosis-a-two-year-prospective-cohort-study-in-psoriatic-arthritis/ 47 Punzi L. Podswiadek M. Oliviero F. Lonigro A. Modesti V. Ramonda R. Laboratory findings in psoriatic arthritis *Reumatismo*. 59 Supl 1 2007 52 55 17828345

10.4081/reumatismo.2007.1s.52 48 Korendowych E. Owen P. Ravindran J. Carmichael C. McHugh N. The clinical and genetic associations of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in psoriatic arthritis *Rheumatology (Oxford)*. 44 2005 1056 1060 15901902 10.1093/rheumatology/keh686 49 Inanc N. Dalkilic E. Kamali S. Kasapoglu-Günel E. Elbir Y. Direskeneli H. Anti-CCP antibodies in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis *Clin Rheumatol*. 26 2007 17 23 16538391

10.1007/s10067-006-0214-5 50 Payet J. Goulvestre C. Bialé L. Avouac J. Wipff J. Job-Deslandre C. Anticyclic citrullinated peptide antibodies in rheumatoid and nonrheumatoid rheumatic disorders: Experience with 1162 patients *J Rheumatol*. 41 2014 2395 2402 25274898 10.3899/jrheum.131375 51 FitzGerald O. Haroon M. Giles J.T. Winchester R. Concepts of pathogenesis in psoriatic arthritis: Genotype determines clinical phenotype *Arthritis Res Ther*. 17 2015 115 25948071

10.1186/s13075-015-0640-3 PMC4422545 52 Taylor W. Gladman D. Helliwell P. Marchesoni A. Mease P. Mielants H. CASPAR Study Group Classification criteria for psoriatic arthritis: Development of new criteria from a large international study *Arthritis Rheum*. 54 2006 2665 2673 16871531 10.1002/art.21972 53 Poggenborg R.P. Østergaard M. Terslev L. Imaging in psoriatic arthritis *Rheum Dis Clin North Am*. 41 2015 593 613 26476221 10.1016/j.rdc.2015.07.007 54 Olivieri I. D'Angelo S. Psoriatic arthritis in 2015: Advancement continues in imaging, tight control and new drugs *Nat Rev Rheumatol*. 12 2016 76 78 26794864 10.1038/nrrheum.2015.184 55 Faustini F. Simon D. Oliveira I. Kleyer A. Haschka J. Englbrecht M. Subclinical joint inflammation in patients with psoriasis without concomitant psoriatic arthritis: A cross-sectional and longitudinal analysis *Ann Rheum Dis*. 75 2016 2068 2074 26916344 10.1136/annrheumdis-2015-208821 56 Narváez J. Narváez J.A. de Albert M. Gómez-Vaquero C. Nolla J.M. Can magnetic resonance imaging of the hand and wrist differentiate between rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis in the early stages of the disease? *Semin Arthritis Rheum*. 42 2012 234 245 22595641

10.1016/j.semarthrit.2012.03.016 57 McGonagle D. Hermann K.G. Tan A.L. Differentiation between osteoarthritis and psoriatic arthritis: Implications for pathogenesis and treatment in the biologic therapy era *Rheumatology (Oxford)*. 54 2015 29 38 25231177 10.1093/rheumatology/keu328 PMC4269795 58 Baraliakos X. Conaghan P.G. D'Agostino M.A. Maksymowych W. Naredo E. Østergaard M. Imaging in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, axial spondyloarthritis, and osteoarthritis: an international viewpoint on the current knowledge and future research priorities *Eur J Rheumatol*. 6 2019 38 47 30451654 10.5152/eurjrheum.2018.18121 PMC6459329 59 Naredo E. Möller I. de Miguel E. Batlle-Gualda E. Acebes C. Brito E. High prevalence of ultrasonographic synovitis and enthesopathy in patients with psoriasis without psoriatic arthritis: A prospective case-control study *Rheumatology (Oxford)*. 50 2011 1838 1848 21700682

10.1093/rheumatology/ker078 60 Ash Z.R. Tinazzi I. Gallego C.C. Kwok C. Wilson C. Goodfield M. Psoriasis patients with nail disease have a greater magnitude of underlying systemic subclinical enthesopathy than those with normal nails *Ann Rheum Dis*. 71 2012 553 556 22156725

10.1136/annrheumdis-2011-200478 61 Mandl P. Navarro-Compán V. Terslev L. Aegerter P. van der Heijde D. d'Agostino M.A. European League Against Rheumatism (EULAR) EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice *Ann Rheum Dis*. 74 2015 1327 1339 25837448

10.1136/annrheumdis-2014-206971 62 Queiro R. Coto P. Rodríguez J. Notario J. Navío Marco T. de la Cueva P. Multidisciplinary care models for patients with psoriatic arthritis *Reumatol Clin*. 13 2017 85 90 27068194 10.1016/j.reuma.2016.03.005 63 Velez N.F. Wei-Passanese E.X. Husni M.E. Mody E.A. Qureshi A.A. Management of psoriasis and psoriatic arthritis in a combined dermatology and rheumatology clinic *Arch Dermatol Res*. 304 2012 7 13 21904925 10.1007/s00403-011-1172-6 64 Okhovat J.P. Ogdie A. Reddy S.M. Rosen C.F. Scher J.U. Merola J.F. Psoriasis and Psoriatic Arthritis Clinics Multicenter Advancement Network Consortium (PPACMAN) Survey: Benefits and challenges of combined rheumatology-dermatology clinics *J Rheumatol*. 44 2017 693 694 28461529 10.3899/jrheum.170148 65 Helliwell P.S. Gladman D.D. Gottlieb A.B. Prologue: 2016 annual meeting of the Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA) *J Rheumatol*. 44 2017 658 660 28461520 10.3899/jrheum.170139 66 Queiro R. Coto P. Multidisciplinary care for psoriatic disease: Where we are and where we need to go *Rheumatology (Oxford)*. 56 2017 1829 1831 28053273 10.1093/rheumatology/kew485 67 Villani A. Scalvenzi M. Fabbrocini G. Teledermatology: A useful tool to fight COVID-19 *J Dermatolog Treat*. 31 2020 325

32238000 10.1080/09546634.2020.1750557 68 Perkins S. Cohen J.M. Nelson C.A. Bunick C.G. Tele dermatology in the Era of COVID-19: Experience of an Academic Department of Dermatology J Am Acad Dermatol. 83 2020 e43 e44 32305442 10.1016/j.jaad.2020.04.048 PMC7162755 69 Romero G. de Argila D. Ferrándiz L. Sánchez M.P. Vañó S. Taberner R. Practice models in tele dermatology in Spain: Longitudinal study, 2009-2014 Actas Dermosifiliogr. 109 2018 624 630 29807618 10.1016/j.ad.2018.03.015 70 Luelmo J. Gratacós J. Moreno Martínez-Losa M. Ribera M. Romaní J. Calvet J. A report of 4 years of experience of a multidisciplinary unit of psoriasis and psoriatic arthritis Reumatol Clin. 10 2014 141 146 24657116 10.1016/j.reuma.2014.01.004 71 Pérez-Barrio S. Galíndez E. Alzaga J.M.C. García-Vivar M.L. Urigoitia P. Belloso R.I. Psoriasis and psoriatic arthropathy multidisciplinary clinic at Basurto University Hospital: 2 years of experience J Am Acad Dermatol. 70 2014 AB180 72 Cobo-Ibáñez T. Villaverde V. Seoane-Mato D. Muñoz-Fernández S. Guerra M. del Campo P.D. Multidisciplinary dermatology rheumatology management for patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis: A systematic review Rheumatol Int. 36 2016 221 229 26438388 10.1007/s00296-015-3377-z 73 Samyia M. McCourt C. Shojania K. Au S. Experiences from a combined dermatology and rheumatology clinic: A retrospective review J Cutan Med Surg. 20 2016 486 489 27207352 10.1177/1203475416649138 74 Favier G. Gladman D.D. Merola J.F. Armstrong A.W. Boehncke W.H. Helliwell P.S. Benchmarking care in psoriatic arthritis. The QUANTUM report: A report from the GRAPPA 2016 annual meeting J Rheumatol. 44 2017 674 678 28461523 10.3899/jrheum.170142 75 Zhang A. Kurtzman D.J.B. Pérez-Chada L.M. Merola J.F. Psoriatic arthritis and the dermatologist: An approach to screening and clinical evaluation Clin Dermatol. 36 2018 551 560 30047437 10.1016/j.clindermatol.2018.04.011 76 Boehncke W.H. Qureshi A. Merola J.F. Thaçi D. Krueger G.G. Walsh J. Diagnosing and treating psoriatic arthritis: An update Br J Dermatol. 170 2014 772 786 24266754 10.1111/bjd.12748 77 Coates L.C. Kavanaugh A. Mease P.J. Soriano E.R. Laura Acosta-Felquer M. Armstrong A.W. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 treatment recommendations for psoriatic arthritis Arthritis Rheumatol. 68 2016 1060 1071 26749174 10.1002/art.39573 78 Gossec L. Smolen J.S. Ramiro S. de Wit M. Cutolo M. Dougados M. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update Ann Rheum Dis. 75 2016 499 510 26644232 10.1136/annrheumdis-2015-208337 79 Singh J.A. Guyatt G. Ogdie A. Gladman D.D. Deal C. Deodhar A. 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation guideline for the treatment of psoriatic arthritis Arthritis Care Res (Hoboken). 71 2019 29 30499259 10.1002/acr.23789 PMC8265826 80 Savage L. Goodfield M. Horton L. Watad A. Hensor E. Emery P. Regression of peripheral subclinical enthesopathy in therapy-naïve patients treated with ustekinumab for moderate-to-severe chronic plaque psoriasis: A fifty-two-week, prospective, open-label feasibility study Arthritis Rheumatol. 71 2019 626 631 30468001 10.1002/art.40778 Anexo A Material adicional

Los autores agradecen a Itsaso Cabezón Rodríguez (Ediciones Mayo, España) por su soporte en la redacción y edición del manuscrito.

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.ad.2020.06.004 .