



**Facultade de Enfermaría e Podoloxía**  
**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

**GRAO EN PODOLOXÍA**

**Curso académico 2015/2016**

**TRABALLO DE FIN DE GRAO**

**Revisión sistemática de las alteraciones  
ungueales del pie en la artritis psoriásica**

**Mercedes Vázquez García**

**Diciembre– 2015**

Director del trabajo: CRISTINA GONZALEZ MARTIN

## ÍNDICE

1. Resumen	4
2. Abstract	5
3. Introducción	6-11
3.1. Síntomas de la Artritis Psoriásica	6-10
3.2. Onicopatía Psoriásica	10-11
4. Formulación de la pregunta de estudio	12
5. Metodología	13-17
5.1. Criterios de inclusión y exclusión	13
5.3. Estrategia de búsqueda	14-16
5.4. Selección de resultados por búsqueda	16
6. Resultados	18-20
7. Discusión	20-24
8. Conclusiones	24
9. Agradecimientos	25
10. Referencias bibliográficas	26-29
11. Apéndices	30-32
11.1. Abreviaturas	30
11.2. Tablas de evidencia científica	31-32

## **1.-Resumen**

### Objetivos:

Revisar de forma sistemática y evaluar críticamente las diferentes publicaciones existentes sobre la Artritis Psoriásica y su forma de afectación ungueal en el pie.

### Metodología:

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos especializadas en revisiones sistemáticas (PubMed y Biblioteca Cochrane) y una búsqueda en bases de datos de artículos originales (Scopus, Dialnet)

### Resultados:

Todas las referencias encontradas en las cuatro bases de datos utilizadas fueron examinadas.

De 902 obtenidos, fueron seleccionadas 103 referencias para leer el resumen y hacer una elección de los artículos más adecuados. Finalmente fueron incluidos 21.

### Conclusiones:

Existe una gran variabilidad tanto en los porcentajes obtenidos como en la metodología llevada a cabo, en los estudios revisados relativos a la prevalencia de pacientes con artritis psoriásica y la afectación ungueal en el pie provocada por esta patología.

## **2.-Abstract:**

### Objectives

Literature review aimed to examine and review the literature about the prevalence of the nail involvement in psoriatic arthritis.

### Methodology

A systematic literature was carried out in specialized databases about systemati reviews (PubMed y Biblioteca Cochrane) and a search in databases of original articles (Scopus y Dialnet).

### Results

All the references obtained in the four databases were screened.

Of 902 articles retrieved 103 references were selected to read the abstract and to make the choice of the most suitable references. Finally, 21 were included

### Conclusions

There is great variability of both the percentages obtained and the methodology carried out in the reviewed articles about the prevalence of patients with psoriatic arthritis and nail involvement in the foot caused this pathology.

### **3. Introducción:**

La artritis psoriásica (AP) se define como una artropatía inflamatoria que se manifiesta en pacientes con psoriasis y se caracteriza por ausencia de factor reumatoide. Es en el año 1960, cuando la Asociación Americana de Reumatología (ARA) clasificó la AP como una entidad clínica independiente y diferente de la artritis reumatoide (AR) . Presenta dos características: la frecuencia de artritis en los pacientes con psoriasis es más elevada que en la población general y presenta una prevalencia de entre el 10 y 40%. Por otra parte, la psoriasis es más frecuente en los pacientes con artritis, así la prevalencia de psoriasis en la población general es de 1 a 2% frente al 20% en los pacientes con artritis seronegativa <sup>1,2</sup>. La edad de comienzo frecuentemente es de 30 a 55 años, pudiendo presentarse también en la edad pediátrica, aunque es muy poco frecuente. La AP afecta por igual a ambos géneros <sup>3</sup>.

#### **3.1 Síntomas de la Artritis Psoriásica**

La AP puede empezar muy gradualmente, con síntomas leves, o bien aparecer bruscamente. Los síntomas físicos que se pueden encontrar son los siguientes<sup>1,4</sup>:

- Rigidez, presentándose sobre todo en la noche o al levantarse. Dura más de 30 minutos, acentuándose con inmovilización prolongada y aliviada por actividad física
- Edema pulsátil en una o muchas articulaciones.
- Debilidad y reducción de la movilidad de cualquier articulación.

Las articulaciones con mayor tendencia a sufrir los síntomas son: interfalángica distal (IFD) de manos y pies, muñecas, rodillas y tobillos.

Los dedos afectados, tanto de manos como de pies, se edematizan adquiriendo el aspecto de una “salchicha”.

Pueden aparecer cambios en las uñas, siendo posible observar onicomadesis y hoyuelos (pits), en algunos casos acompañados también de conjuntivitis.

La enfermedad también puede aparecer en una articulación después de haber sufrido algún tipo de daño físico. Existe la posibilidad de que aparezca dolor muscular o articular sin que haya ninguna evidencia de inflamación o incluso la existencia de un brote inflamatorio asociado frecuentemente a cansancio, fatiga, e incluso fiebre si la inflamación de la articulación es muy aguda.

La debilidad muscular y la atrofia pueden ocurrir por desuso debido a la incapacidad de movilizar la articulación inflamada, o bien ser secundaria a medicaciones o al mal estado general y al cansancio <sup>1,4</sup>.

La aparición de artritis precede a psoriasis de 14 a 21% de casos (de 10-15 años antes) y ocurre simultáneamente en el 11 a 15% de los pacientes. La gran mayoría de pacientes con AP presentan la forma clínica de psoriasis en placa, pero algunos presentan otras formas <sup>5</sup>.

Los síntomas de esta enfermedad son similares a los de la AR, que se caracteriza por inflamación articular. Sin embargo, AP suele afectar a un menor número de articulaciones y no produce los anticuerpos típicos de la AR.

La descripción clásica la AP incluye 5 tipos de patrones clínicos<sup>4</sup>:

1. Patrón oligoarticular:

- Habitualmente las primeras articulaciones en afectarse son las de los dedos de manos y pies en forma de artritis, que puede acompañarse de inflamación de los tendones flexores y la sinovial dando lugar a los típicos «dedos en salchicha» (dactilitis).
- Suele afectar a menos de 5 articulaciones.

## 2. Poliartitis simétrica:

- Recientemente ha pasado a considerarse el tipo de patrón articular más frecuente.
- Afecta a manos, muñecas, caderas y pies.
- Puede distinguirse de la AR por la afectación de articulaciones interfalángicas distales con relativa asimetría, ausencia de nódulos cutáneos y Factor reumatoideo (FR) negativo, aunque el patrón puede ser indistinguible del de una AR.

## 3. Patrón de afectación de IFD:

- Artritis que afecta a las pequeñas articulaciones de los dedos de las manos y/o dedos de los pies .
- Aunque el patrón de afectación de IFD es característico de la AP solo aparece en el 5–10% de los casos, principalmente en los hombres.
- Suele acompañarse de afectación ungueal y esto a menudo ocasiona dificultades para apreciar la presencia de la artropatía.

## 4. Artritis mutilante:

- Se caracteriza por la presencia de resorción ósea en la articulación afecta y desaparición de parte de esta, dando lugar al patrón radiológico de «lápiz y copa».
- Un tipo raro de artritis que destruye y deforma las articulaciones, generalmente poliarticular y con frecuencia lleva a deformidad y discapacidad.
- Este patrón de afectación articular de la AP es más frecuente en hombres que en mujeres y en formas de aparición temprana<sup>4</sup>.

## 5. Espondilitis con o sin sacroileítis:

- La espondilitis psoriásica, afecta a la articulación sacroilíaca y columna vertebral, de la cual el 50% de los pacientes son HLA-B27(+) y se presenta



frecuentemente asociada a artritis periférica.

- Se produce en el 5% de los pacientes con AP con predominio en hombres.
- La presencia de espondilitis, sacroileítis o ambas puede darse simultáneamente con cualquiera de los subgrupos anteriormente mencionados.
- La espondilitis puede aparecer sin evidencia de sacroileítis. Si esta existe, habitualmente es asimétrica, o bien puede aparecer radiológicamente sin los síntomas clásicos de rigidez matutina de la columna lumbar. Por tanto, en la sacroileítis existe poca correlación clínica entre los síntomas y los signos radiológicos.
- La afectación vertebral es diferente a la que aparece en la espondilitis anquilosante. En la espondilitis anquilosante la articulación atlantoaxoidea puede estar afectada con erosión y subluxación de la odontoides.
- Pueden aparecer signos radiológicos atípicos como la aparición de sindesmofitos, osificaciones paravertebrales y menos frecuentemente, fusiones vertebrales con calcificaciones de disco <sup>4,6</sup>.

La AP, como se ha detallado anteriormente, se presenta en cinco formas diferentes, cuya frecuencia de presentación se muestra en la tabla 1.

**Tabla I. Artritis psoriásica (tipos y características)**

<b>Tipo</b>	<b>Porcentaje de todas las APs</b>	<b>Características</b>
Artritis asimétrica (1 o más articulaciones)	60-70%	Articulaciones de dedos de mano y pies ("dedos en salchicha")
Poliartritis simétrica	15%	Clínicamente semeja a la artritis reumatoide. Factor reumatoide negativo.
Enfermedad articular interfalángica distal	5%	Crónica, benigna, asociada con enfermedad de las uñas
Poliartritis destructiva (artritis mutilante)	5%	Osteólisis de los huesos pequeños de manos y pies
Espondilitis anquilosante	5%	Gran deformidad; subluxación de las articulaciones con o sin enfermedad articular periférica

### **3.2. Onicopatía Psoriásica**

La onicopatía psoriásica se presenta de manera frecuente en los pacientes con AP<sup>7</sup> y ésta se asocia con tasas más altas de onicopatía que la psoriasis aislada<sup>8</sup>.

Williamson et al.<sup>9</sup> observaron que la onicopatía severa estaba asociada a psoriasis cutánea grave. Además, observaron que los pacientes con enfermedad articular en las IFD presentaban una onicopatía más intensa.

Existe una relación entre la presencia de onicopatía y de inflamación en las articulaciones IFD<sup>10</sup>. Se han publicado estudios que apoyan la hipótesis de una afectación secuencial de la uña y de la falange distal primero, y con posterioridad de la articulación adyacente; la afectación de la articulación IFD se considera secundaria a la de la falange distal<sup>11</sup>.

Los cambios en las uñas con AP son divididos en 2, según esté involucrada la matriz o el lecho ungueal. Cuando está afectada la matriz ungueal, se observa la presencia de pitting, leuconiquia, lámina ungueal que se desmenuza, puntos rojos en la lúnula y onicorrexis. Esto es en contraste con alteraciones de manchas de aceite, onicolisis,

hiperqueratosis subungueal hemorragias en astilla, todos ellos signos de afectación del lecho ungueal <sup>12</sup>.

#### **4.- Formulación de la pregunta de estudio:**

La AP es considerada como una enfermedad con un curso benigno. Los estudios han demostrado que el AP puede ser un progresiva y deformante.

Se conocen pocos datos y muy variados sobre su epidemiología, su clínica, su afectación en las articulaciones y sobre su progresión radiológica, así como sus factores pronósticos en general.

La prevalencia de esta enfermedad es muy desconocida y muy variada de unas regiones a otras del mundo.

Esta falta de conocimiento y variabilidad, es la que justifica la necesidad de realizar este trabajo, con el fin de:

- Determinar la prevalencia de dicha patología
- Determinar la prevalencia de afectación ungueal a nivel del pie.

## 5.- Metodología:

Las publicaciones utilizadas fueron identificadas mediante una búsqueda en diferentes bases de datos electrónicas. Dicha búsqueda se ha realizado en el mes de Octubre de 2015 en las siguientes bases de datos:

- PUBMED
- SCOPUS
- DIALNET
- BIBLIOTECA COCHRANE PLUS

### 5.1. Criterios de inclusión y de exclusión

#### ➤ Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión que se han tenido en cuenta a la hora de elaborar el presente trabajo han sido los siguientes:

- Artículos originales o revisiones sistemáticas
- Publicaciones que traten de la artritis psoriásica
- Publicaciones redactadas en español o inglés.

#### ➤ Criterios de exclusión:

Los criterios de exclusión tenidos en cuenta para la elaboración del trabajo han sido:

- Cartas al director, encuestas, artículos de colaboración, de opinión o de reflexión, editoriales o conferencias.
- Publicaciones que traten de otra patologías , como es el caso de la psoriasis y artritis como entidad clínicas por separado.
- Publicaciones escritas en cualquier otro idioma que no sea español o inglés.
- Publicaciones de estudios realizados con animales.

## 5.2. Estrategia de búsqueda

### 5.2.1. PubMed:

Es un servicio prestado por la National Library of Medicine (NLM) y desarrollado por el National Center of Biotechnology Information (NCBI). Contiene referencias bibliográficas y resúmenes de los artículos publicados a nivel mundial en todas las áreas de la Biomedicina. Cuenta con más de 15 millones de referencias bibliográficas de artículos , con una cobertura desde 1950, la cual es actualizada diariamente.

Para realizar la búsqueda se han empleado solo términos que están incluidos en el tesoro de PubMed Medical Subject Heading (MeSH): lista específica de términos con un significado fijo e inalterable, empleada para catalogar, resumir e indexar libros, revistas y otros documentos, lo que permite aumentar la eficacia de las búsquedas puesto que solo aparecen aquellos documentos que contengan los términos MeSH seleccionados.

#### ➤ Términos Mesh:

**Arthritis, psoriatic:** un tipo de artritis inflamatoria asociada con psoriasis, normalmente afecta a articulaciones axiales e interfalángicas terminales periféricas. Es caracterizada por la presencia de HLA-B27 asociada a espondiloartropatía y la ausencia de factor reumatoideo.

Año de introducción : 1990

**Nails:** las placas córneas delgadas que cubren las superficies dorsales de las falanges distales de los dedos de las manos y de los pies de los primates.

#### ➤ Cajas de Búsqueda :

- "arthritis, psoriatic"[MeSH Terms] AND ("nails"[MeSH Terms] OR "nails"[All Fields] OR "nail"[All Fields])

Resultados :246

- "arthritis, psoriatic"[MeSH Terms] AND "nails"[MeSH Terms]

Resultados: 38, de los cuales 33 estaban repetidos.

#### 5.2.2.Scopus:

Scopus es la mayor base de datos de resúmenes interdisciplinar en la actualidad, con 20.500 publicaciones procedentes de más de 5.000 editoriales internacionales. Desde 1966 y 5 años retrospectivos de referencias.

Además de proporcionar información bibliográfica, en muchos casos a texto completo, Scopus proporciona herramientas bibliométricas que miden el rendimiento de publicaciones y autores, basadas en el recuento de citas recibidas por cada artículo.

A diferencia de PubMed, Scopus no tiene tesoro propio por lo que se ha realizado una búsqueda en la que , para la elección de los términos empleados, se han tomado como referencia los términos Mesh, intentando de esta manera que la búsqueda sea lo más similar posible en todas las bases de datos.

#### ➤ Palabras clave y filtros :

- psoriatic arthritis and nail en : article title, abstract and keywords.

#### ➤ Caja de búsqueda:

- TITLE-ABS-KEY ( **psoriatic arthritis** AND **nail** )

Resultados : 633

#### 5.2.3. Biblioteca Cochrane

“The Cochrane Library” contiene las Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados sobre los efectos de la asistencia sanitaria.

Las revisiones Cochrane se publican originalmente en inglés en la Cochrane Database of Systematic Reviews, principal base de datos de la revista electrónica .

- Cajas de búsqueda
  - Español : ARTRITIS PSORIASICA Y UÑAS  
3 resultados en español; en inglés : ninguno
  - Inglés :ARTHRITIS PSORIATIC AND NAIL  
1 resultado en español; en inglés 13

#### 5.2.4.Dialnet

Hemeroteca virtual multidisciplinar, con cerca de 5.450 títulos de publicaciones periódicas. También es una base de datos especializada en literatura científica escrita en lenguas hispanas.

Es la mayor base de datos actual en español y recopila artículos de revistas, capítulos de monografías colectivas, tesis doctorales, libros, etc.

- Caja de búsqueda
  - ARTRITIS PSORIÁSICA Y UÑAS : 1

#### 5.3 . Selección de resultados de búsqueda:

Tras la selección de los artículos por los criterios de inclusión, y consulta del nivel de evidencia científica mediante las tablas adecuadas y apropiadas para ello <sup>13</sup>, se realiza una lectura completa y detallada de los artículos que se consideran potencialmente relevantes para la revisión sistemática, incluyéndose aquellos que se especifican en la tabla 1, los cuales aportan información relevante sobre la AP, su prevalencia y el porcentaje de afectación ungueal a nivel del pie.

En la figura 1 se describe como se ha realizado la selección de los artículos incluidos finalmente en esta revisión.



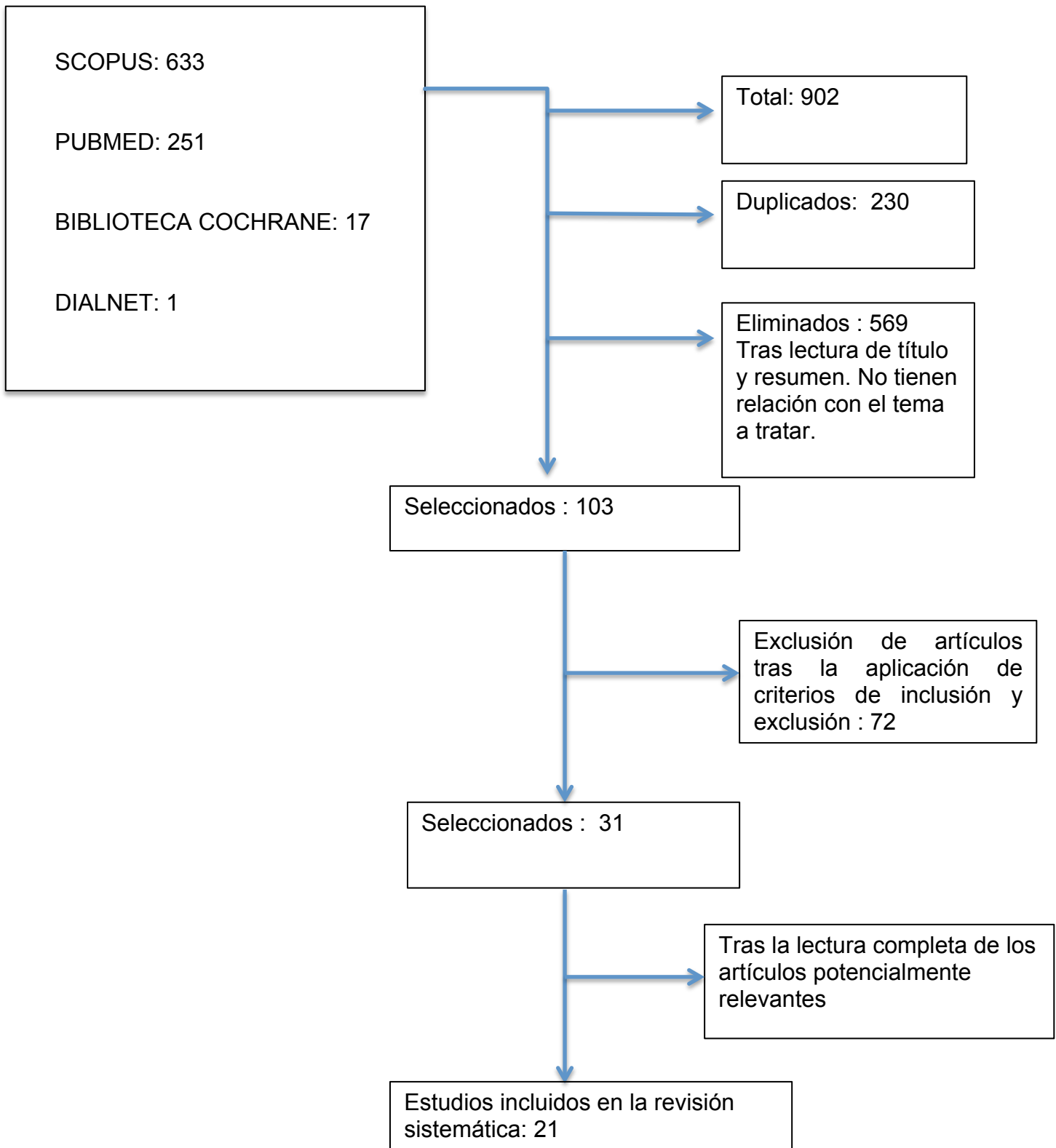


Figura 1: Diagrama de flujo de selección de artículos

## 6.- Resultados

**Tabla II. Resultados**

Autores	Tipo de estudio	n	Resultados	Nivel de evidencia
Soy et al. <sup>14</sup> (2008)	Transversal de prevalencia	49	91% afectación ungueal	III. Grado B
Ficco Hernan <sup>15</sup> (2014)	Transversal de prevalencia	100	88,2% afectación ungueal	III Grado B
Yang Q (2011) <sup>16</sup>	Transversal de prevalencia	112	46,4% afectación ungueal 5,8%AP	III Grado B
Busquets-Perez(2011) <sup>17</sup>	Transversal de prevalencia	166	65,7%afectación ungueal 31,3%AP	III Grado B
Klaassen (2013) <sup>18</sup>	Transversal de prevalencia	1459	66% afectación ungueal 46,3 %AP	III Grado B
Kane D(2003) <sup>19</sup>	Transversal de prevalencia	129	67% afectación ungueal	III Grado B
Koó E(2001) <sup>20</sup>	Transversal de prevalencia	100	78% afectación ungueal No hay % AP	III Grado B
Wright V (1979) <sup>21</sup>	Transversal de prevalencia	168		III Grado B
Scarpa R (1984) <sup>22</sup>	Transversal de prevalencia	180	63% afectación ungueal	III Grado B
Williamson (2004) <sup>23</sup>	Transversal de prevalencia	69	83% afectación ungueal No hay % AP	III Grado B
Rather(2015) <sup>24</sup>	Transversal de prevalencia	150	80% afectación ungueal	III Grado B
Garg N(2015) <sup>25</sup>	Transversal de prevalencia	517	59% afectación ungueal 22,63%AP	III Grado B
Zisman(2012) <sup>26</sup>	Transversal de prevalencia	149	36,2% afectación ungueal	III Grado B
Perez-Alamino(2014) <sup>27</sup>	Transversal de prevalencia	81	75,3% afectación ungueal	III Grado B
HanJoo (1999) <sup>28</sup>	Transversal de prevalencia	356	36% afectación ungueal 9% AP	III Grado B
Langenbruch <sup>29</sup> (2014)	Transversal de prevalencia	4864	72,5% afectación ungueal 47,3%AP	III Grado B
Wilson FC <sup>30</sup> (2009)	Transversal de prevalencia	1633	38% afectación ungueal	III Grado B
Butbul A <sup>31</sup> (2013)	Transversal de prevalencia	119	57% afectación ungueal	III Grado B

El Miedany (2015) <sup>32</sup>	Y	Transversal de prevalencia	141	72,2% afectación ungueal	III Grado B
Rouzaud (2014) <sup>33</sup>	M	Revisión sistemática	71 183 1066 159 23 312 29 266	32 % 74% 71% afectación ungueal 43% 47,8% 40,5% 73,2% 72%	III Grado B
Wittkowski (2011) <sup>34</sup>		Transversal de prevalencia	200	36% afectación ungueal 31%AP	III Grado B

Finalmente se incluyeron 20 artículos originales y 1 artículo de revisión.

En relación a las bases de datos consultadas, es necesario destacar el gran número de artículos que se encontraron repetidos.

Todos los artículos seleccionados han sido evaluados en función de la evidencia científica , como se detalla en la tabla 2.

Cabe destacar que los 21 artículos seleccionados son estudios transversales de prevalencia pero , sin embargo no existe una uniformidad entre ellos, ya que existe una gran variabilidad tanto en los objetivos, como en la metodología llevada a cabo en cada estudio.

La única revisión sistemática encontrada , fue la escrita por Rouzaud 33, en la que se extrae que:

- La AP es asociada con psoriasis con una prevalencia que varía entre el 5,94 y 23,9%.
- La búsqueda se realizó entre 1980 y enero del 2013. De 2746 artículos fueron seleccionados 25. En la que dos ellos, siendo estudios transversales con, uno con 1116 pacientes y otro con 46, establecen una asociación significativa entre la afectación ungueal y la AP, en particular con la onicolisis.
- No encuentran asociación con otro tipo de cambios en las uñas como pitting o hiperqueratosis subungueal .
- Además , dicha afectación ungueal característica de la AP es asociada a la artritis en la articulación IFD.

- 13 estudios transversales evaluaron la asociación entre la afectación ungueal y AP, para determinar el riesgo aumentado de padecer AP en pacientes con psoriasis ungueal.

## **7.- Discusión**

El curso de la AP es variable y puede extenderse de una condición suave y no destructiva a dolorosa y severa, debilitante o erosiva artropatía destructiva. Sin tratamiento los pacientes con AP puede sufrir de inflamación persistente y crónica que conduce al daño progresivo conjunto, limitaciones severas físicas e inhabilidad y ver su calidad de vida reducida <sup>(1)</sup>.

Entre de las características clínicas distintivas de AP, la afectación ungueal, del cuero cabelludo y lesiones interglúteas y perianales son asociadas con una mayor probabilidad de desarrollar AP, por ello son consideradas como predictores de esta. De hecho, las lesiones ungueales son encontradas alrededor del 40-45 % de pacientes con solo psoriasis.

Todo ello sirve de gran utilidad a la hora del manejo de los pacientes con psoriasis y AP. Así que solo con unas pocas manifestaciones clínicas pueden servir para la detección de AP y por consiguiente la calidad de vida de estos pacientes se verá mejorada <sup>29</sup>.

Al realizar la revisión de la literatura respecto a este tema, la primera impresión es de que existe una gran variedad y cantidad de artículos e información. Pero una vez que se revisa detenidamente, es todo lo contrario, ya que muchas de las referencias bibliográficas tratan sobre la psoriasis o la artritis como entidades por separado o no abordan el tema en cuestión, las alteraciones en las uñas del pie en pacientes con artritis psoriásica

Son varios los artículos que resaltan la necesidad de prestar atención a las uñas y sus patologías, Se pone en evidencia la importancia de reconocer la disrofia típica de las uñas en pacientes con AP, tal y como se deja constancia en los criterios CASPAR <sup>(4)</sup> en el que afirma que es una ítem a tener en cuenta en el diagnóstico : el revisor consideró los criterios de CASPAR para la AP, incluyendo pruebas de psoriasis corriente, una historia personal de psoriasis, o una historia de familia de psoriasis; distrofia típica de la uña incluyendo onicolisis, e hiperqueratosis, todo ello observado por examen corriente físico <sup>26</sup>.

Además de la AP como enfermedad en general, se debe de tener en cuenta la relevancia que tienen las uñas en este proceso y de qué manera puede llegar a influir en la vida de los pacientes cuando exponen que las uñas deben ser inspeccionadas con cuidado para poder observar la afectación de psoriasis de uña, pudiendo ser solo una única uña la implicada y de manera asimétrica. Siendo una parte importante de la imagen corporal de los individuos, y cualquier anomalía de ellas puede ser considerada por los pacientes como un problema estético significativo. A su vez, afirman que, basados en datos de la literatura y de su propia experiencia, se concluye que las enfermedades de las uñas causan una disminución marcada en la calidad de vida, en un porcentaje importante de pacientes, siendo una gran preocupación para estos y, por lo tanto, deberían ser claves para todos los profesionales de la salud. Se establece la importancia en la valoración de la afectación ungueal , ya que causa problemas cosméticos en el 93 % de los casos, dolor en un 52 % y dificultad para actividades de la vida diaria en un 58 %. Además, que las severas lesiones en las uñas están relacionadas con ansiedad y depresión en pacientes con AP. También confirma la afectación ungueal como un factor importante en la discapacidad funcional de la psoriasis. Aunque la mayoría de los pacientes reciben tratamiento para las lesiones en la piel y son atendidos por dermatólogos, son pocos los que reciben

tratamiento para los cambios ungueales. Una posible explicación para ellos es que las terapias para las uñas son percibidas como ineficaces. Además de la falta de atención a los cambios ungueales, por lo es que los reumatólogos no los detectan . La detección de la afectación ungueal también es importante para establecer un tratamiento, aunque no son perfectos si que están mejorando. La opción más práctica incluye el uso de esteroides tópicos y análogos de la vitamina D. Una aplicación diaria durante al menos 3 meses resultará en una mejoría significativa en signos y síntomas en las uñas <sup>23</sup>.

La afectación ungueal es una característica frecuente de la AP, lo que puede ser de gran utilidad para el diagnóstico diferencial de AP y otras artropatías inflamatorias. La evaluación ungueal debería ser incluida en el examen físico rutinario de los pacientes reumáticos, además, diversos artículos sugieren que un examen dermatológico en pacientes con artropatías seronegativas es siempre esencial para la detección temprana de una posible AP, ya que las lesiones ungueales son más frecuentes y están relacionadas en pacientes con afectación articular que aquellos con afectación en la piel <sup>14,22</sup>.

En lo referente a un fin de esta revisión sistemática, el de determinar la prevalencia de la afectación ungueal a nivel del pie, tras la lectura de los artículos, se concluye que no se puede determinar una cifra o porcentaje de pacientes con AP que vean afectadas sus uñas, ya que las referencias son escasas, muy espaciadas en años, ya que la primera es de 1979 <sup>21</sup>y las últimas del 2015 <sup>25,32</sup>, estimaciones presentadas muy variadas y con unos rangos muy amplios, desde un 36,2 % hasta un 91 %. <sup>(14,16)</sup>, además que los estudios realizados tienen una muestra de individuos no presenta una uniformidad de criterios de selección ni diagnóstico de pacientes ( CASPAR, NAPSI y mNAPSI ) ni metodología aplicada. Una gran diferencia a destacar es el tamaño de la muestra seleccionada en cada estudio, donde varía desde n= 49 <sup>14</sup> a n= 4864 <sup>29</sup>. Además que en

ningún caso se hace referencia si la afectación ungueal es de manos o de pies.

Respecto a la prevalencia de la AP como otro de los fines de este trabajo, se encuentran las mismas limitaciones que en el anterior, existiendo datos desde un 5,8<sup>16</sup> hasta un 47,3<sup>29</sup> %, destacando el estudio de Ficco Hernan<sup>15</sup>, donde establece que la prevalencia de la AP varía entre el 0,02% y el 0,42 % en la población general y entre el 6 % y el 42 % entre los pacientes con psoriasis.

Así que ,en las próximas investigaciones a realizar se propondría establecer unos criterios y técnicas de análisis comunes para, de esta manera, poder definir con mayor claridad y precisión<sup>15,16,17,24,30</sup>.

Se deja constancia en la relación que existe entre pacientes con psoriasis y con AP, como lo hace Han Joo Baek<sup>29</sup>, en el que presenta un artículo donde el 9% de los pacientes estudiados con psoriasis, desarrollan AP. Tras realizar esta revisión sistemática se puede concluir que la afectación ungueal es considerada por los dermatólogos como un indicador clínico de AP, el más predictivo de todos ellos, por lo que se evidencia la importancia de su conocimiento por parte de los dermatólogos, estando en una posición única para detectar de una manera precoz en el proceso de la enfermedad, a través de pruebas rutinarias de pacientes con psoriasis, ya que a menudo, la AP es propensa a ser pasada por alto y más del 80 % de los pacientes con AP presenta síntomas de psoriasis antes de desarrollar síntomas de AP<sup>29</sup>. Por lo que, se hace evidente la necesidad de la realización de estudios e investigaciones especializadas y por especialistas en este ámbito y así poder esclarecer muchas incógnitas respecto a la AP, enfermedad bien compleja.

Por último, destacar que existen múltiples limitaciones en la realización de los estudios:

- Pacientes seleccionados de la población dentro de un hospital lo que difiere de la población general. Otra es la dificultad de evaluar eventos dependientes del tiempo como un índice de la actividad en un estudio de corte transversal <sup>17</sup>.
- Complicaciones a la hora de seleccionar pacientes que cumplieran los requisitos para ser incluidos en los criterios establecidos <sup>32</sup>.
- La distinción clínica entre pacientes con AR y AP suele ser difícil de establecer, particularmente en las formas poliarticulares de AP <sup>27</sup>.
- Limitaciones , la mayoría inherentes a la propia naturaleza de los estudios descriptivos y al pequeño tamaño de muestra incluida en este estudio <sup>27,29</sup>.
- La mayoría de los pacientes con psoriasis no fueron debidamente evaluados por un reumatólogo, solo lo fueron por dermatólogos, por lo que en muchos casos no se evaluaron correctamente los posibles daños en las articulaciones <sup>16,25</sup>.

## **8. – Conclusiones:**

Una vez realizada la revisión sistemática de las fuentes de información consultadas podemos establecer en relación con los objetivos de este trabajo las siguientes conclusiones:

- a) Gran variabilidad en la frecuencia de la AP.
- b) Escasa información en cuanto a las alteraciones de las uñas en los pies en la AP, en cuanto a afectación y frecuencia.



## **9.- Agradecimientos**

A mi tutora , Cristina González Martín, por su ayuda, esfuerzo y dedicación a la hora de dirigirme y aconsejarme en la realización de este Trabajo de Fin de Grado , además de por su apoyo incondicional durante todo el proceso.

## 10.- Referencias bibliográficas

1. Nyfors A, Lemholt K. Psoriasis in children. Br J Dermatol 1975; 92: 437-442.
2. Torre AJC. Manual SER de las enf. reumáticas, 4ª Ed. Sociedad Española de Reumatología, Panamericana. 2004; 49: 274-279.
3. Artritis psoriásica, Instituto Ferran de Reumatología, S.L. Última Modificación 2005.
4. Medina QLF. Artritis psoriásica: ¿Una artropatía seronegativa? Universidad del Valle Cali.
5. Olsen C. Stein M. New drugs for rheumatoid arthritis. NEJM 2004; 350: 2167.
6. Franklin FN. 2001. La artritis psoriásica: Recursos en la red de la artritis y otras enfermedades reumáticas pediátricas.
7. Palmou N, Marzo –Ortega H, Ash Z, Goodfield M, Coates LC, Helliwell PS, McGonagle D. Linear pitting and splinter haemorrhages are more commonly seen in the nails of patients with established psoriasis in comparison to psoriatic arthritis. Dermatology. 2011; 223 (4): 370-3.
8. Stewart CL, Rubin AI. Update : nail unit dermatopathology. Dermatol Ther. 2012; 25 (6) : 552 -68.
9. Perez-Alamino R, Garcia-Valladares I, Cuchacovich R, Iglesias – Gamaraa A, Espinoza LR. Are anti-CCP antibodies in psoriatic arthritis patients a biomarker of erosive disease? . Rheumatol Int. 2014; 34 (9) : 1211-6.
10. Poggenborg RP, Terslev L, Pedersen SJ, Østergaard M. Recent Advances in Imaging in Psoriatic Arthritis. Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2011; 3(1) : 43-53.
11. Wong, PCH, Leung Y, Li EK, Tam LS. Measuring Disease Activity in Psoriatic Arthritis. Int J Rheumatol. 2012.

12. Torres Alonso JC. Utilidad y aplicación en la práctica clínica de los criterios CASPAR. *Reumatol Clin*. 2010 ; 6 (1) : 18-21.

13. Muñoz Guajardo I, Salas Valero M. Cómo buscar (y encontrar) evidencia científica en salud: Revisiones Sistemáticas. *Nure Investigación*. 2012; 58 : 1-9.

14. Soy M, Karaca N, Umit EU, Bes C, Piskin S. Joint and nail involvement in Turkish patients with psoriatic arthritis. *Rheumatol Int*. 2008 ; 29 (2) : 223-225.

15. Ficco HM, Citera G, Cocco JAM. Prevalence of psoriatic arthritis in psoriasis patients according to newer classification criteria. *Clin Reumatol* . 2014 ; 33 (2) : 243-246.

16. Yang Q, Qu L, Tian H, Hu Y, Peng J, Yu X et al. Prevalence and characteristics of psoriatic arthritis in Chinese patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* . 2011; 25 (12) : 1409-1414.

17. Busquets-Pérez N, Rodríguez-Moreno J, Gómez-Vaquero C, Nolla-Solé JM. Relationship between psoriatic arthritis and moderate-severe psoriasis: analysis of a series of 166 psoriatic arthritis patients selected from a hospital population. *Clin Reumatol*. 2012; 31 (1) : 139-143.

18. Klaassen KM, van de Kerkhof PC, Pasch MC. Nail psoriasis: a questionnaire-based survey. *Br J Dermatol*. 2013 ; 169 (2) : 314-319.

19. 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)*. 2003 ; 42 (12) : 1460-1468.

20. Koó T, Nagy Z, Seszták M, Ujfalussy I, Merétey K, Böhm U et al. Subsets in psoriatic arthritis formed by cluster analysis. *Clin Rheumatol*. 2001; 20 (1): 36-43.

21. Wright, V., Roberts, M.C., Hill, A.G.S. Dermatological manifestations in psoriatic arthritis: A follow-up study . *Acta Derm Venereol* . 1979; 59: 235-240.

22. Scarpa, R., Oriente, P., Pucino, A., Torella, M., Vignone, L. Riccio A et al. Psoriatic arthritis in psoriatic patients . *Br J Rheumatol*: 1984; 23 : 246-250.

23. Williamson L, Dalbeth N, Dockerty JL, Gee BC, Weatherall R, Wordsworth BP. Extended report: nail disease in psoriatic arthritis--clinically important, potentially treatable and often overlooked. *Rheumatology (Oxford)*. 2004 ; 43 (6) : 790-794.

24. Rather S, Nisa N, Arif T. The pattern of psoriatic arthritis in Kashmir: A 6-year prospective study. *N Am J Med Sci*. 2015 ; 7 (8) : 356-361.

25. Garg N, Truong B, Ku JH, Devere TS, Ehst BD, Blauvelt A et al. A novel, short, and simple screening questionnaire can suggest presence of psoriatic arthritis in psoriasis patients in a dermatology clinic. *Clin Rheumatol* . 2015; 34 (10) : 1745-1751.

26. Zisman D, Eder L, Elias M, Laor A, Bitterman H, Rozenbaum M. Clinical and demographic characteristics of patients with psoriatic arthritis in northern Israel. *Rheumatol Int* . 2012; 32 (3) : 595- 600.

27. Perez-Alamino R, Garcia-Valladares I, Cuchacovich R, Iglesias-Gamarra A, Espinoza LR. Are anti-CCP antibodies in psoriatic arthritis patients a biomarker of erosive disease?. *Rheumatol Int*. 2014 ; 34 (9) : 1211-1216.

28. Baek HJ, Yoo CD, Shin KC, Lee YJ, Kang SW, Lee EB et al. Spondylitis is the most common pattern of psoriatic arthritis in Korea. *Rheumatol Int*. 2000 ; 19 (3) : 89-94.

29. Langenbruch A, Radtke MA, Krensel M, Jacobi A, Reich K, Augustin M. Nail involvement as a predictor of concomitant psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2014 ; 171 (5) : 1123-1128.

30. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum.* 2009; 61 (2): 233-239.

31. Butbul Aviel Y, Tyrrell P, Schneider R, Dhillon S, Feldman BM, Laxer R et al. Juvenile Psoriatic Arthritis (JPsA): juvenile arthritis with psoriasis?. *Pediatric Rheumatol Online J.* 2013; 11 (1): 11.

32. El Miedany Y, El Gaafary M, Youssef S, Ahmed I, Nasr A. Tailored approach to early psoriatic arthritis patients: clinical and ultrasonographic predictors for structural joint damage. *Clin Rheumatol.* 2015 ; 34 (2) : 307-313.

33. Rouzaud M, Sevrain M, Villani AP, Barnetche T, Paul C, Richard MA et al. Is there a psoriasis skin phenotype associated with psoriatic arthritis? Systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014 ; 5 : 17-26.

34. Wittkowski, K. M., Leonardi, C., Gottlieb, A., Menter, A., Krueger, G. G., Tebbey et al. Clinical Symptoms of Skin, Nails, and Joints Manifest Independently in Patients with Concomitant Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *PLoS One.* 2011; 6 (6).

## 11- Apéndices

### 11.1 Abreviaturas:

- ARA : Asociación Americana de Reumatología
- AP : Artritis Psoriásica
- AR : Artritis Reumatoide
- CASPAR : Classification Criteria for Psoriatic Arthritis
- DeCS : Descriptores en Ciencias de la Salud
- FR: Factor Reumatoideo
- IFD : Interfalángica Distal
- MeSH. Medical Subject Headings
- mNAPSI modified NAPSI
- NAPSI Nail Psoriasis Severity Index

## 11.2 Tablas de evidencia científica

**Tabla III. Niveles de evidencia científica US Agency for Health Care Policy and Research**

Nivel	Tipo de evidencia científica
Ia	La evidencia científica procede de metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados
Ib	La evidencia científica procede al menos de un ensayo clínico aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede al menos de un estudio prospectivo controlado bien diseñado sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede al menos de un estudio casi experimental bien diseñado
III	La evidencia científica procede de estudios observacionales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

**Tabla IV. Grados de las recomendaciones Scottish Intercollegiate Guidelines Network**

Grado	Recomendación
A  (Niveles de EC Ia, Ib)	Requiere al menos un ensayo clínico aleatorizado como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica
B  (Niveles de EC IIa, IIb, III)	Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C
C  (Nivel de EC IV)	Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad

EC: Evidencia científica