

NUEVOS AVANCES EN
REUMATOLOGÍA
E IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

28 enero, 2021

Sesión II: Discusión interactiva de casos clínicos
Espondiloartritis: caso clínico problema

Dra. Mireia Moreno Martínez-Losa

Servicio de Reumatología

Parc Taulí Hospital Universitari, I3PT(UAB),Sabadell



Mujer de 35 años que acude a consultas de Reumatología

Antecedentes :

No hábitos tóxicos conocidos

Obesidad IMC 32,87 (obesidad tipo I) (talla 170cm, peso 95 kg)

Psoriasis cutánea en placas en codos, onicopatía en mancha de aceite y onicolisis .

-- inicio: desde la juventud.

-- tto: tópico

A los 35 años la derivan a Reumatología por presentar:

- Poliartritis de carpos, MCF, IFP e IFD asimétrica
- Dactilitis en pies
- Entesitis en forma de fascitis plantar unilateral

No raquialgia ni dolor glúteo

No uveítis anterior aguda (UAA)

No síntomas de enfermedad inflamatoria intestinal (EIIC)

No antecedentes familiares de EspA ni Psoriasis ni EIIC .

Psoriasis : no empeoramiento. Placas en codos y Onicopatía en manos y pies

Exploración física aparato locomotor :

NAD 13 / NAI 6

2 dactilitis en primer y segundo dedo de pie dcho

Fascia plantar derecha dolorosa a la palpación

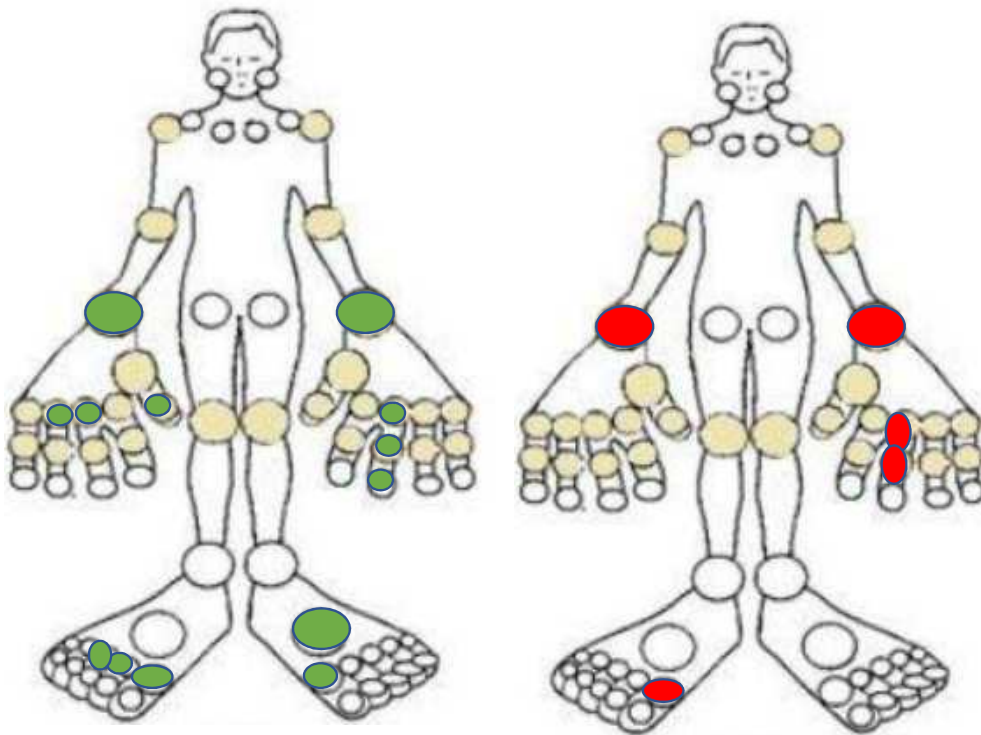
Exploración física cutánea:

Onicopatía con onicolisis

Mancha de aceite en manos y pies.

Placas en codos

PASI 0,8



Laboratorio :

PCR 1,5 mg/dL

VSG 20 mm 1ª hora

FR negativo

HLAB27 positivo

EVA dolor 7/10

EVA enfermedad 7/10

EVA médico 5/10

DAPSA = 33,5 (Alta actividad: >28)
(NAD (68) + NAI (66) + EVGp + Dolor + PCR)

PsAID 6

- Remisión: ≤ 4 .
- Baja actividad: 5-14.
- Moderada actividad: 15-28.
- Alta actividad: >28.

PsAID final value =

(PsAID1 (pain) NRS value (range 0-10) x 3)
+ (PsAID2 (fatigue) NRS value (range 0-10) x 2)
+ (PsAID3 (skin) NRS value (range 0-10) x 2)
+ (PsAID4 (Work and/or leisure activities) NRS value (range 0-10) x 2)
+ (PsAID5 (function) NRS value (range 0-10) x 2)
+ (PsAID6 (discomfort) NRS value (range 0-10) x 2)
+ (PsAID7 (sleep) NRS value (range 0-10) x 2)
+ (PsAID8 (coping) NRS value (range 0-10) x 1)
+ (PsAID9 (anxiety) NRS value (range 0-10) x 1)
+ (PsAID10 (embarrassment) NRS value (range 0-10) x 1)
+ (PsAID11 (social life) NRS value (range 0-10) x 1)
+ (PsAID12 (depression) NRS value (range 0-10) x 1)

The total is divided by 20

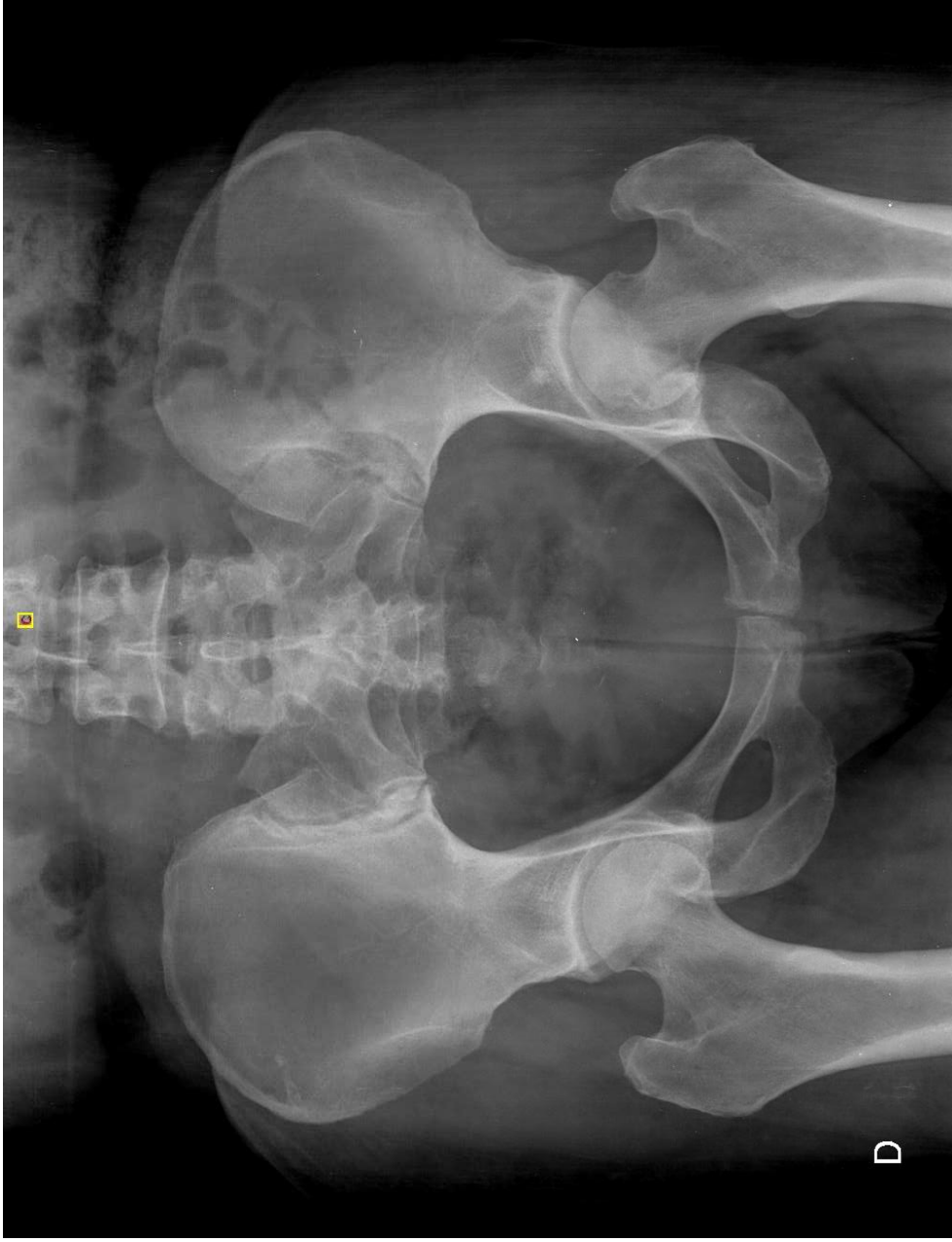
- Rango de valor 0-10
> valor \rightarrow > impacto de la enf .
- Valor < 4 : impacto aceptable.
- Un cambio \geq a 3 puntos, se considera un cambio relevante .

• <http://pitie-salpetriere.aphp.fr/psaid/questionnaire.php>



RX pies

RX manos



Clasificación de la Artritis Psoriásica: Criterios CASPAR

Para cumplir los criterios CASPAR de artritis psoriásica, un paciente debe tener enfermedad articular inflamatoria (articulaciones, columna o entesis) y una puntuación ≥ 3 puntos basada en estas categorías.

	PUNTOS
1. Evidencia de psoriasis Presencia de Psoriasis Historia personal de psoriasis Historia familiar de psoriasis	2 o 1 o 1
2. Distrofia ungueal psoriática Pitting, onicolisis, hiperqueratosis	1
3. Factor reumatoide negativo	1
4. Dactilitis Presencia de tumefacción de un dedo completo Historia de dactilitis	1 o 1
5. Evidencia radiológica de formación ósea yuxtaarticular Ill-osificación cerca de los márgenes articulares en Rx de mano/pie	1

CASPAR, CIASsification criteria for Psoriatic ARthritis
Taylor W et al. Arthritis Rheum. 2006;54:2665-2673



Criterios ASAS de Clasificación para la Espondiloartritis Periférica (EsP)

Artritis o entesitis o dactilitis

y

≥ 1 característica de EsP

- uveítis
- psoriasis
- enf. Crohn/colitis
- infección previa
- HLA-B27
- sacroilitis en imagen

O

≥ 2 otras características de EsP

- artritis
- entesitis
- dactilitis
- DLI (alguna vez)
- historia familiar para EsP

Sensibilidad: 77.8%, Especificidad: 82.2%; n=266

Artritis periférica: generalmente de predominio en miembros inferiores y/o artritis asimétrica
Entesitis: clínicamente evaluada
Dactilitis: clínicamente evaluada

DLI: dolor lumbar inflamatorio

Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2011;70:25-31 (con autorización)



- Caspar, CIASsification criteria for Psoriatic ARthritis. Taylor W et al. Arthritis Rheum. 2006;54:2665-2673.

ARTRITIS PSORIÁSICA PERIFÉRICA

Poliarticular

Reactantes de fase aguda elevados

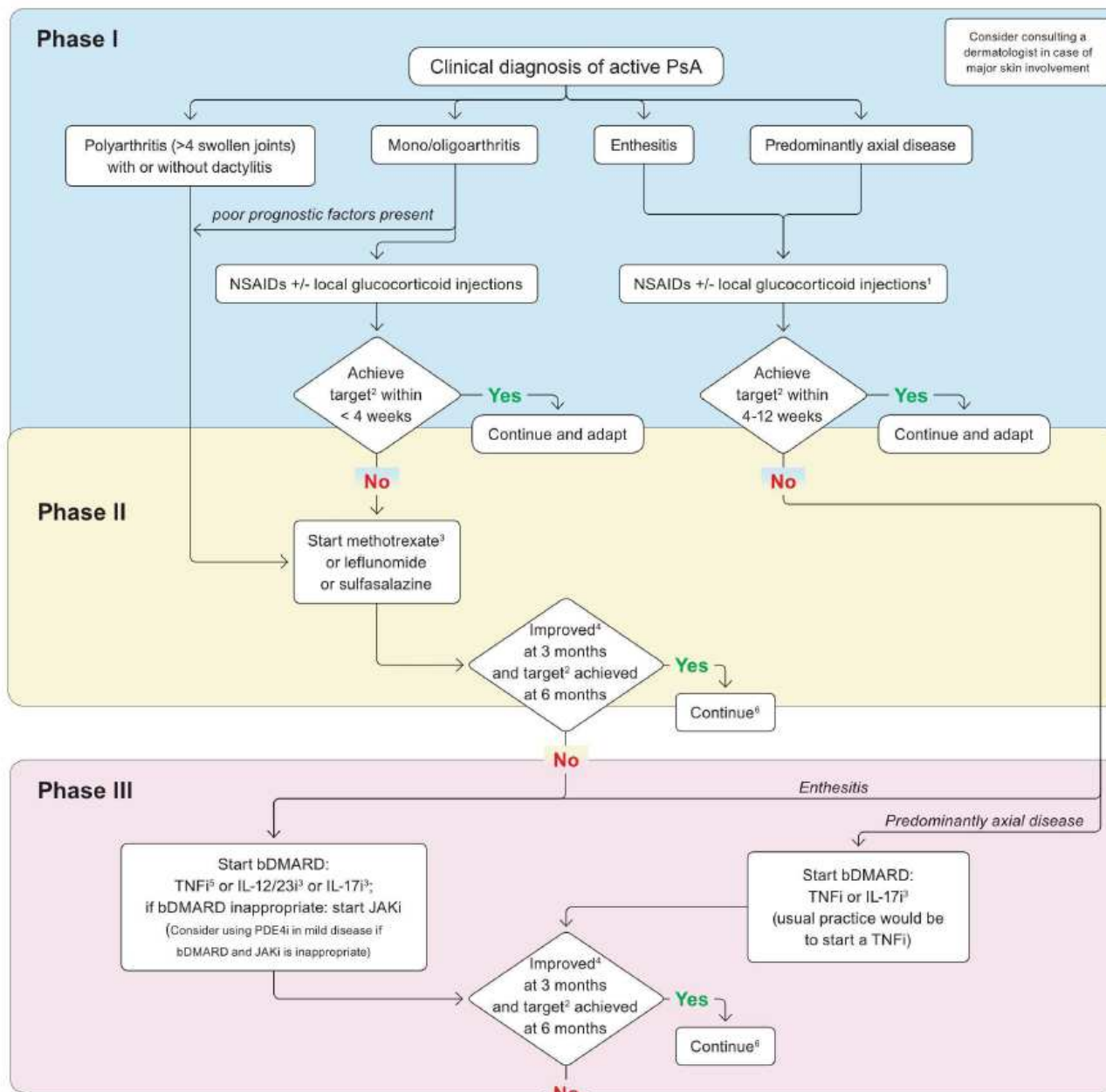
Dactilitis

HLA27+

Obesidad

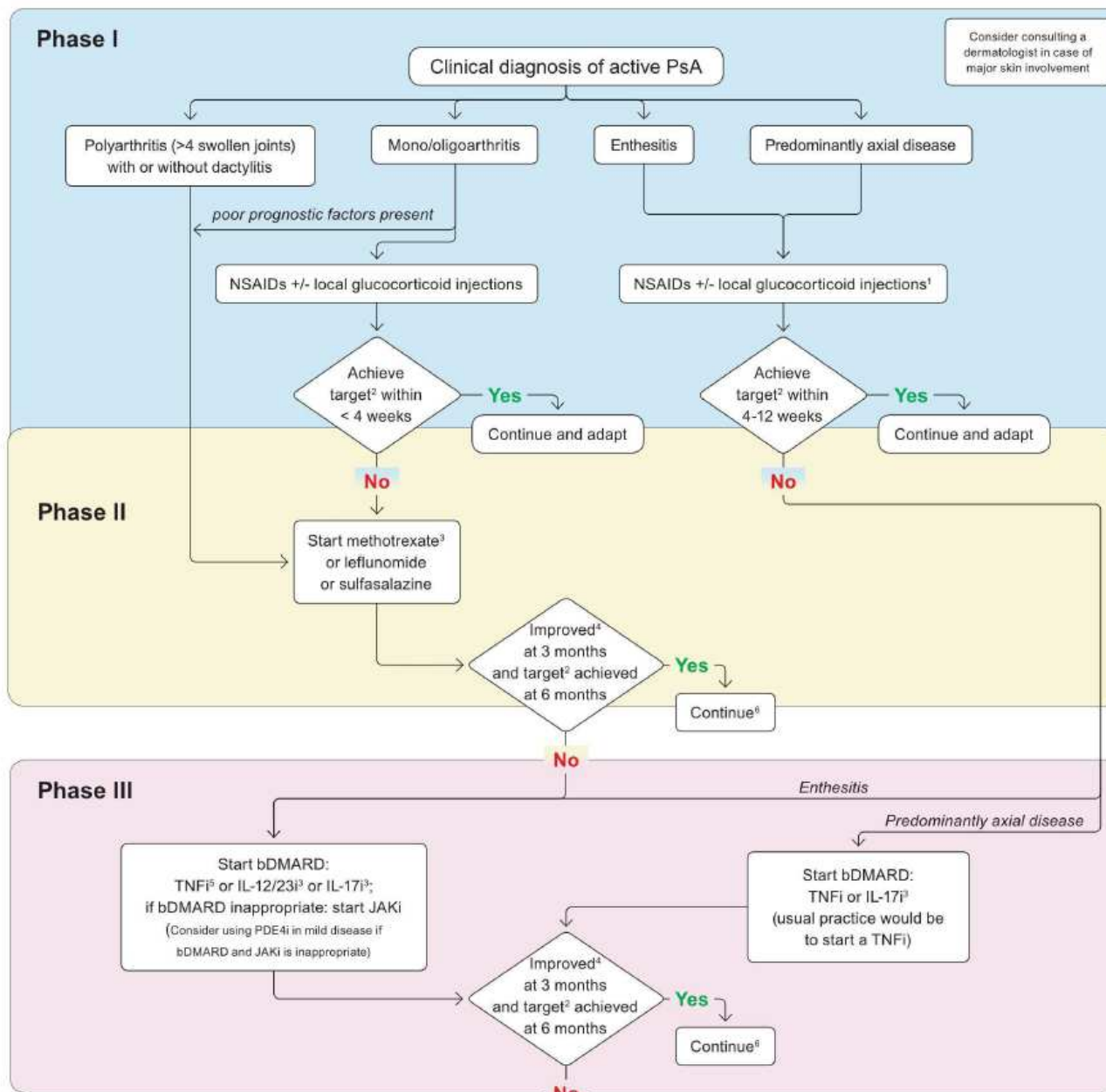
Psoriasis cutánea

Gossec L, et al.
 Ann Rheum Dis 2020;**79**:700–712



- Infiltración de la dactilitis y la fascitis plantar
- AINE
- Metotrexato 25mg/semanales sc → buena respuesta cutánea
estabilidad ungueal
respuesta articular
DAPSA=16,9 (NAD (4) + NAI (2) + EVGp 5 + Dolor 5 + PCR 0,9)
(Moderada actividad: 15-28)
entesitis: 0
dactilitis : 0 . Pero explica dactilitis intermitente

Gossec L, et al.
 Ann Rheum Dis 2020;**79**:700–712



- Infiltración de la dactilitis y la fascitis plantar
- AINE
- Metotrexato 25mg/semanales sc → buena respuesta cutánea
estabilidad ungueal
respuesta articular
DAPSA=16,9 (NAD (4) + NAI (2) + EVGp 5 + Dolor 5 + PCR 0,9)
(Moderada actividad: 15-28)
entesitis: 0
dactilitis : 0 . Pero explica dactilitis intermitente



Inicio de antiTNF : etanercept 50mg/sem sc → DAPSA 3,6 (RC) , entesitis 0, dactilitis 0
→ Piel: limpia
→ Uñas: persiste onicopatía (subjetivamente mejor)

Abandona mtx de forma unilateral (según ella por intolerancia en forma de aftosis)
Se mantiene en remisión clínica y biológica



2007



2010



2010



2012

!!!PROGRESIÓN ESTRUCTURAL !!!!

- ¿ cómo definir remisión clínica en APs?
- ¿ lo consideramos como fallo del tratamiento?
- ¿ deberíamos asociar un FAME o cambio el FAMEb?
- Se valoró un cambio de FAMEb pero la paciente desestima el cambio.

7 años después, adelanta la visita porque presenta dolor abdominal y diarreas

Explica:

1º. Dolor en nalgas de predominio izdo. Intensidad leve , no la despierta por la noche, se acompaña de rigidez matutina, mejora con el ejercicio y empeora con el reposo. No irradia.

Lumbalgia de ritmo mixto no irradiada.

Inicia tratamiento con AINE con buena respuesta sobretodo en relación al dolor en nalgas y la rigidez.

2º. A los pocos días de iniciar AINE, explica dolor abdominal con deposiciones diarreicas liquidas o acuosas con abundante moco y algo de sangre. En alguna ocasión se ha despertado para hacer diarrea. No fiebre, no pérdida de peso. Mejora relativamente cuando suspende el AINE pero entonces reaparece el dolor en nalgas.



Brote axial

Remito a Consulta multidisciplinar de
Reuma-Digestivo con sospecha de EIIC

De Reumatología a Digestivo
AL MENOS UN CRITERIO

- Dolor lumbar crónico** (duración de al menos 3 meses) con inicio antes de los 45 años.
- Dolor lumbar inflamatorio** o dolor alternante en **nalgas**.
- HLA-B27** positivo
- Sacroilitis** en pruebas de imagen
- Artritis**
- Entesitis** del talón actual o en el pasado
- Dactilitis**: inflamación difusa del de do de la mano o del pie (actual o pasada ,diagnosticada por un médico).

De Digestivo a Reumatología
1 CRITERIOS MAYOR o >2 CRIT MENORES

Criterios mayores

- Rectorragia**, salvo que la semiología hemorroidal sea evidente y haya ~~hemorroides~~ en la exploración física.
- Diarrea crónica** (más de 4 semanas de evolución) de **características orgánicas**.
- Enfermedad perianal**

Criterios menores

- Dolor abdominal crónico** (más de 4 semanas de evolución; persistente o recidivante).
- Anemia** ferropénica o ferropenia.
- Manifestaciones extraintestinales**: aftas orales, ...
- Fiebre o febrícula**, sin focalidad aparente y de más de una semana de duración.
- Pérdida de peso** no explicable.
- Antecedentes familiares** de enfermedad inflamatoria intestinal.

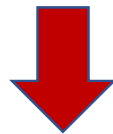
Sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal

Dolor abdominal cólico
Diarrea con características de organicidad:
4-5 deposiciones diarreicas liquidas
Con moco y algo de sangre
Urgencia y tenesmo
En alguna ocasión, se despierta por la diarrea.

Calprotectina 600 (<200)

Endoscopia proctosigmoiditis

Biopsia infiltrado linfoplasmocitario denso y la criptitis



COLITIS ULCEROSA

Brote axial

BASDAI 4,1
(4,5,1,1,9,10)
EVA dolor 5
EVA nocturno 5
EVA enfermedad 6

PCR 0,9 mg/Dl
ASDASPCR=3,3

Valores ASDAS	< 1,3	≥ 1,3	≥ 2,1	≥ 3,5
Actividad enfermedad	Inactiva	Baja	Alta	Muy Alta

Rx pelvis, rx lumbar y cervical
RM SI

HLAB27+

Maniobras lumbares +
Maniobres sacroiliaques + bilateral
Maniobras radicales –
Extensión lumbar dolorosa y flexión mínimo dolor

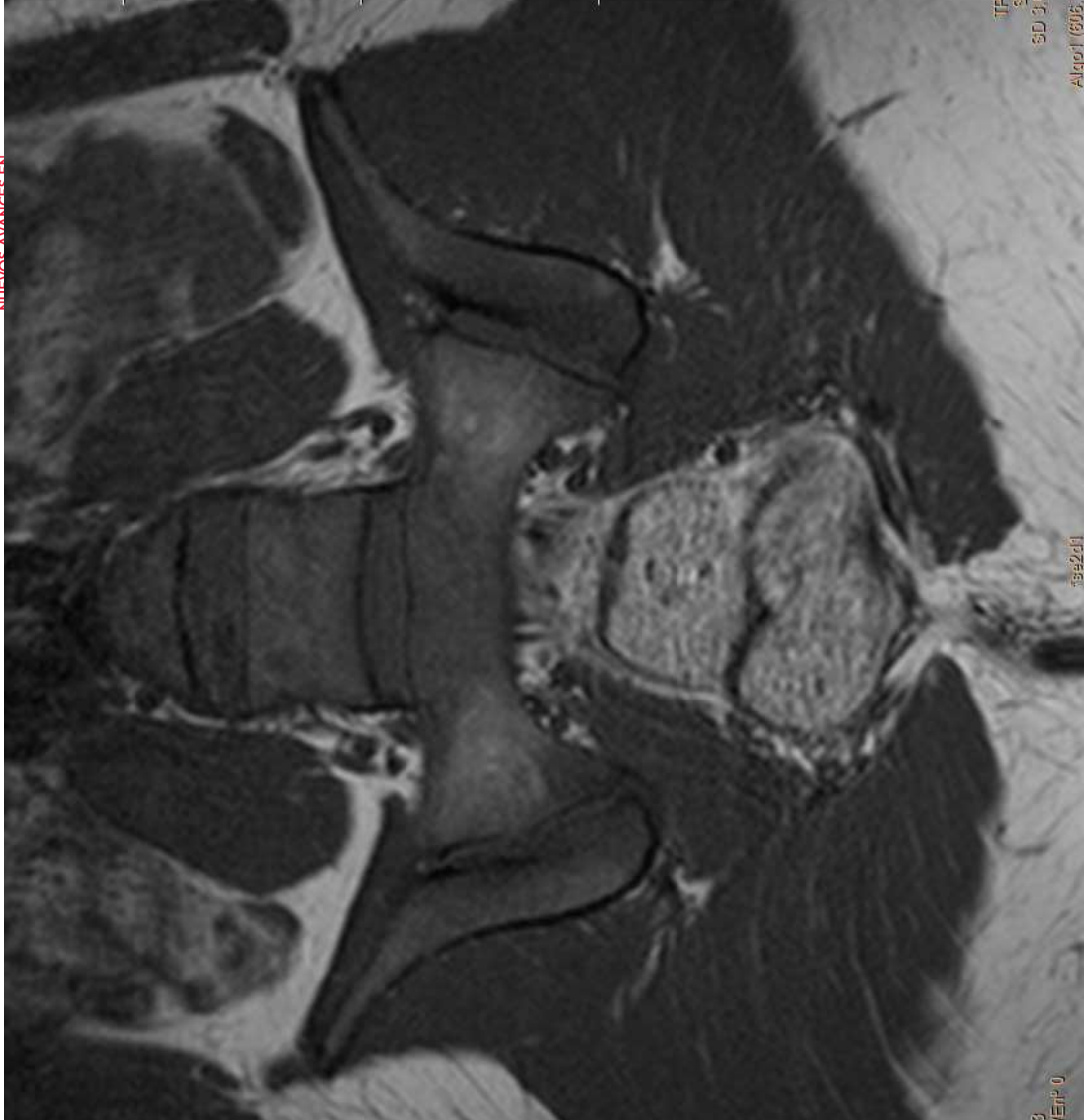


2007



2015

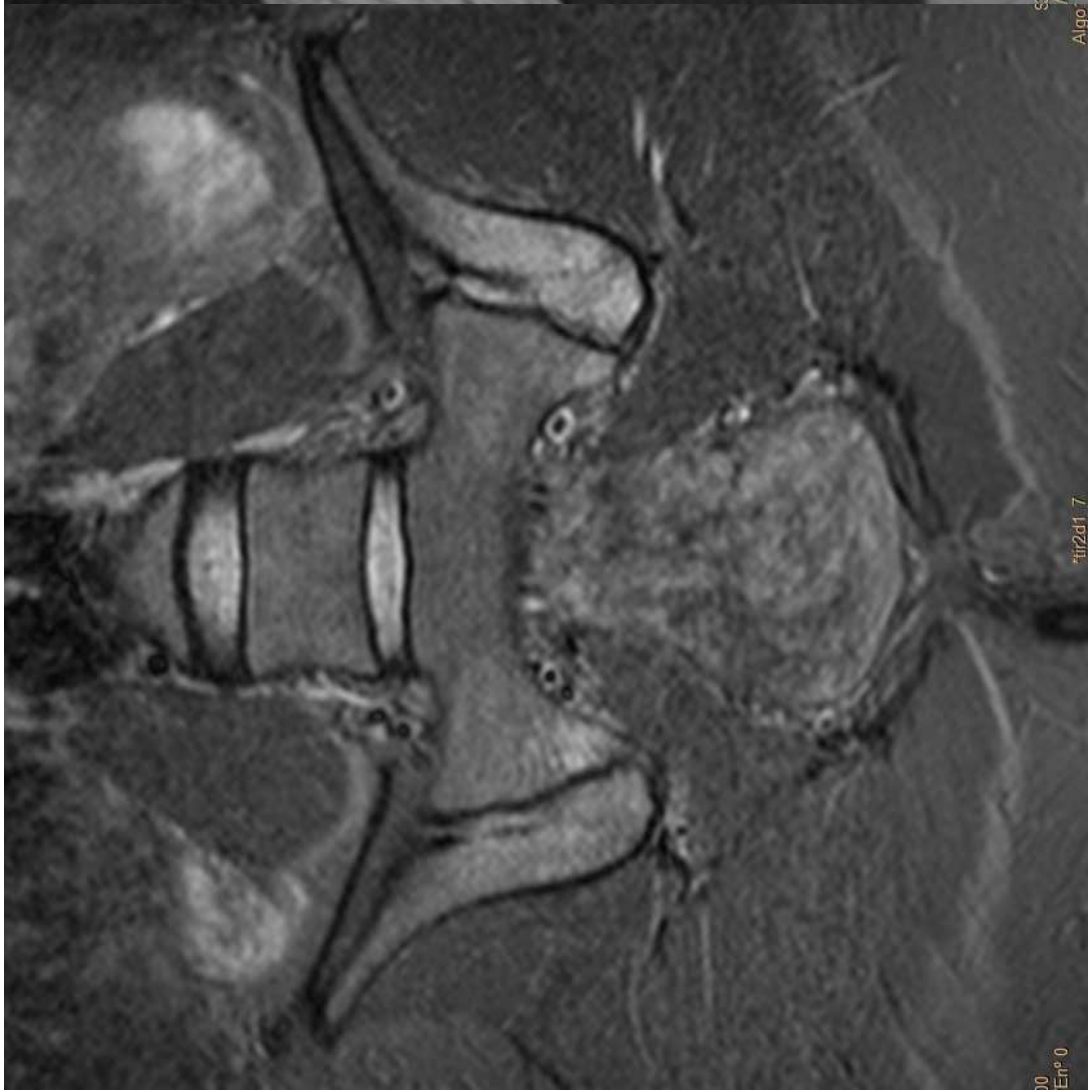




TF 3
SD 31

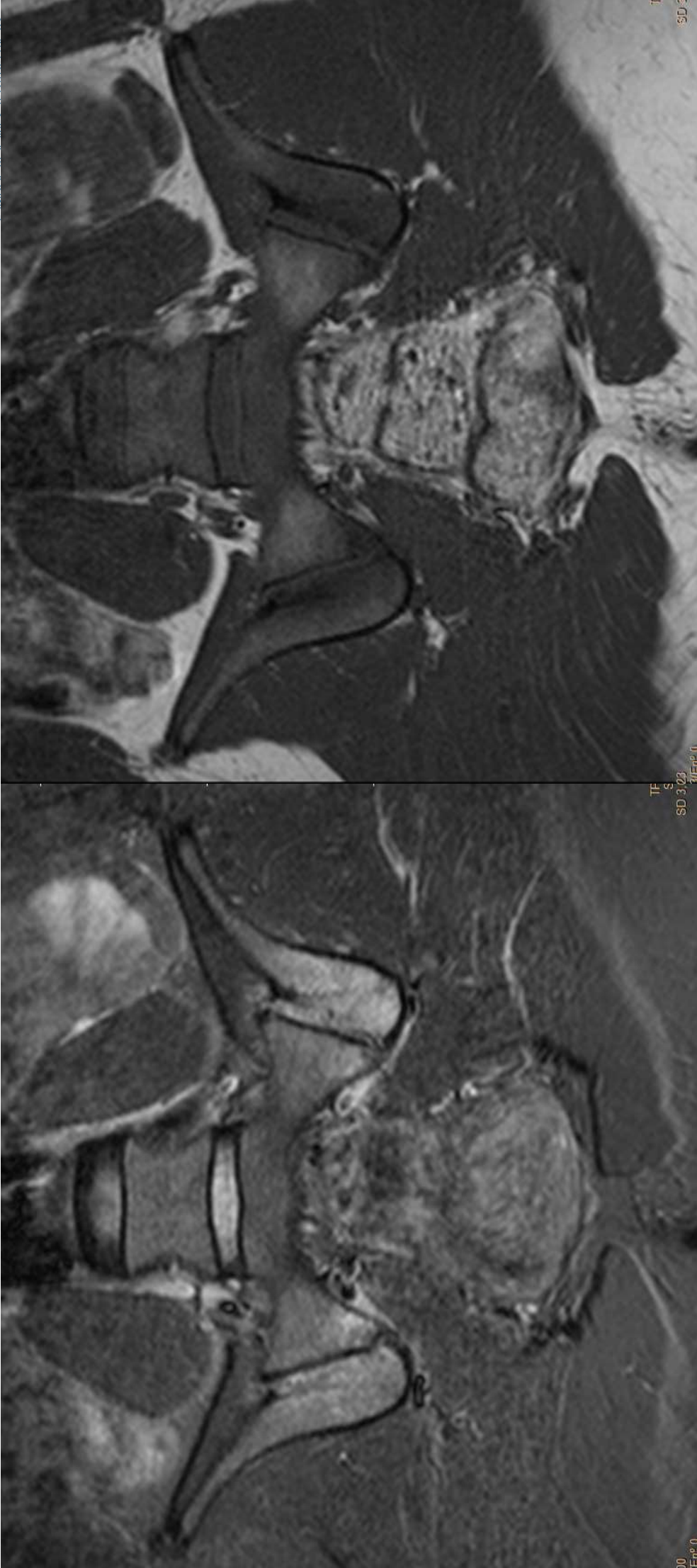
559241

S3 /EPI 0
Algo1 (806)



00
EPI 0

#1281.7



Artritis psoriásica mixta:

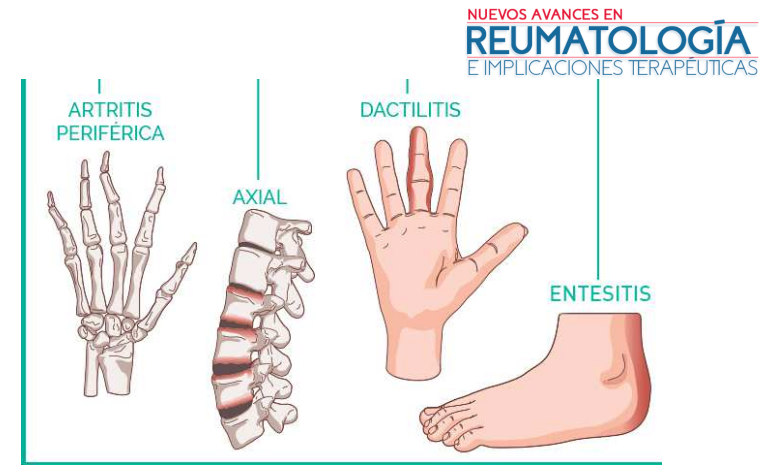
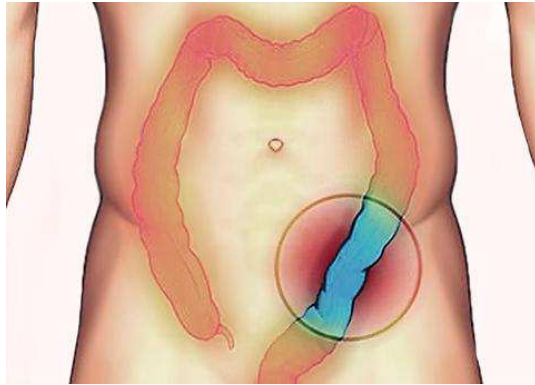
- periférica (dactilitis, artritis erosiva, entesitis): estable
- axial HLAB27+ : brote axial en forma de sacroilitis bilateral de predominio izdo

Psoriasis :

- cutánea: sin placas
- ungueal: en mancha de aceite y onicolisis en manos y pies

Colitis Ulcerosa :

- proctosigmoiditis



¿ Qué opción de tratamiento haríamos ?

1. Añadimos mesalazina a Etanercept
2. Cambiamos a otro antiTNF que cubra la enfermedad inflamatoria intestinal
3. Cambiamos de diana

Adalimumab

Buena respuesta inicial en aparato locomotor tanto axial como periférico.
Buena respuesta de la colitis ulcerosa
Se mantiene estable y bien controlada la psoriasis .

A los 8 meses aprox. presenta **fascitis plantar, entesitis de tendón de Aquiles** y **mínimo dolor en lumbar.**

EF/

Entesitis 2

NAD 0 /NAI 0

Dactilitis 0

EVA dolor axial 4/2/4

BASDAI 3,4 (3,4,6,3,1,1)

ASDASPCR 2,74 (alta actividad)

Analítica:

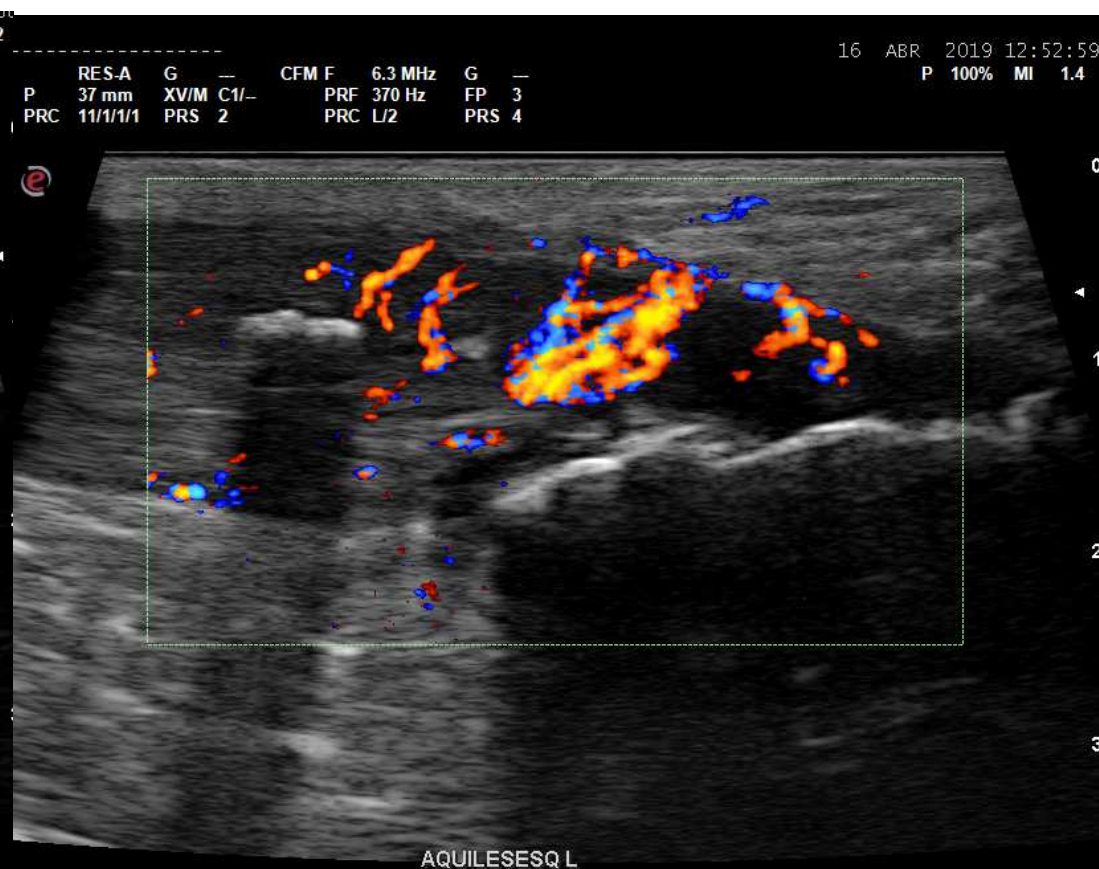
PCR 0,9 mg/dL

Ecografía afectación periférica

RM de Si y columna lumbar

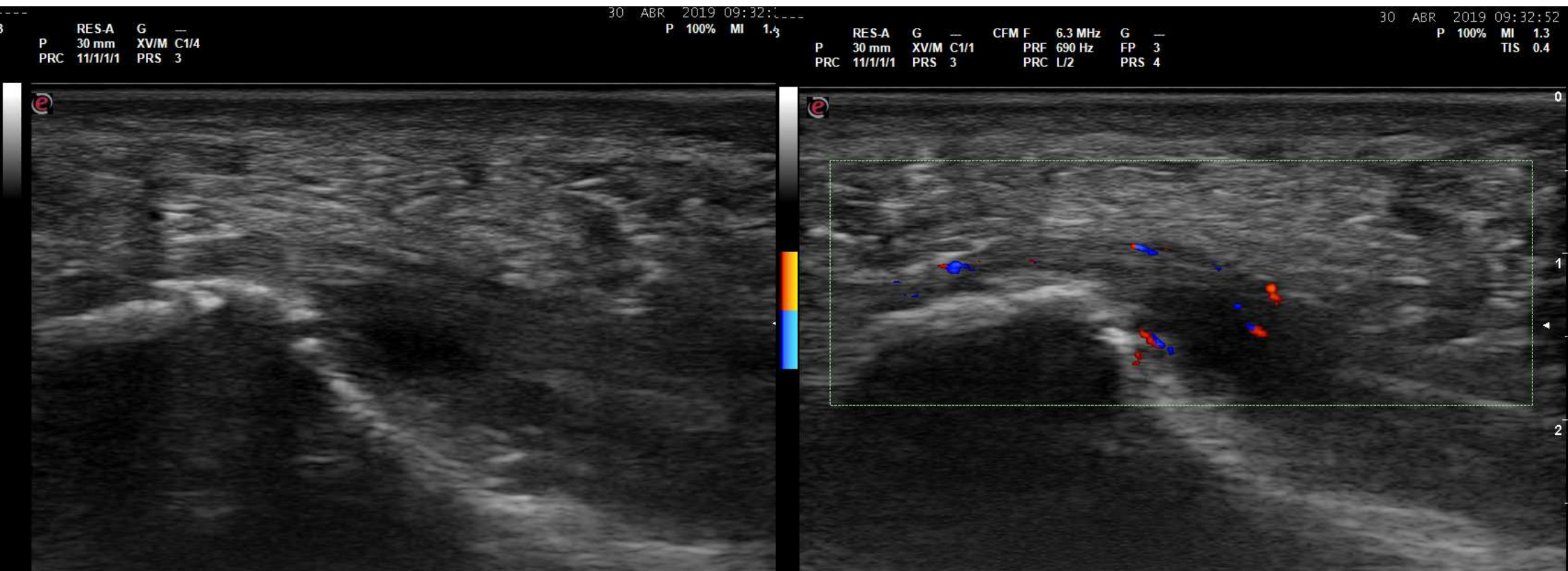


Escala de grises



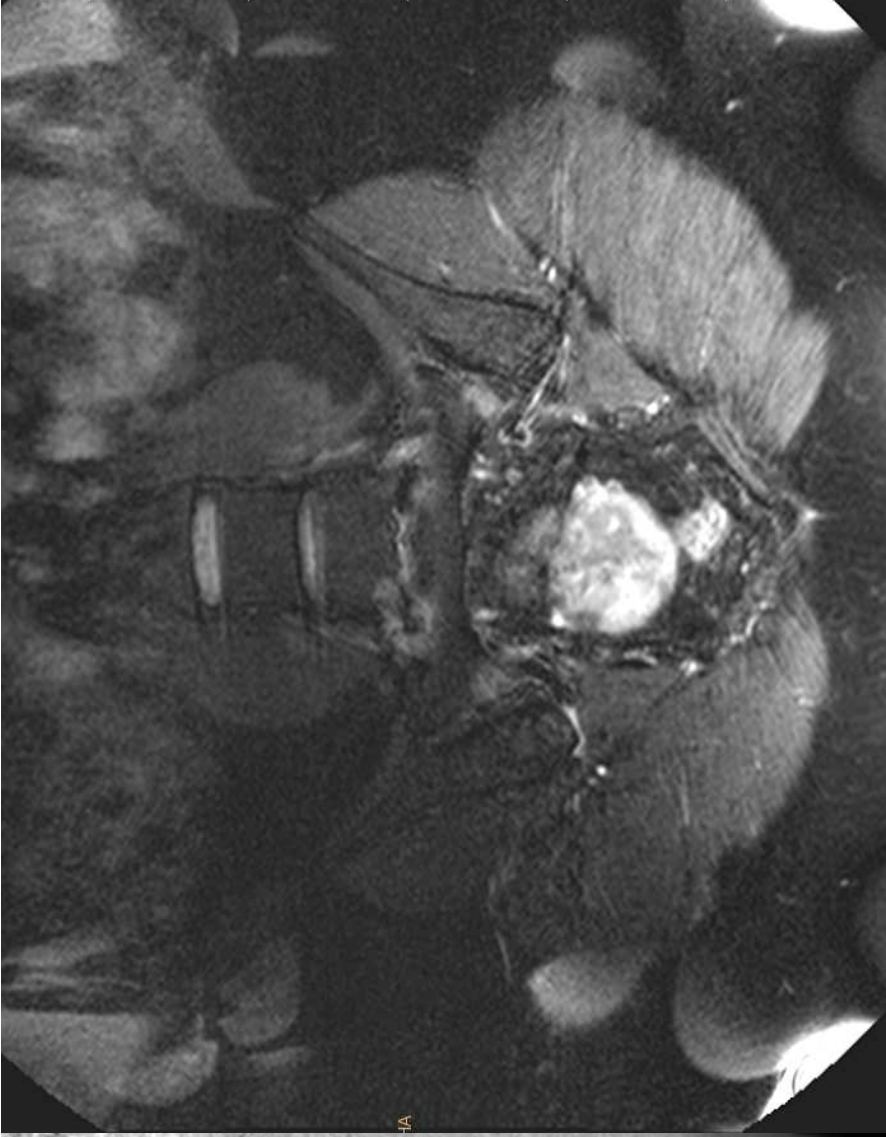
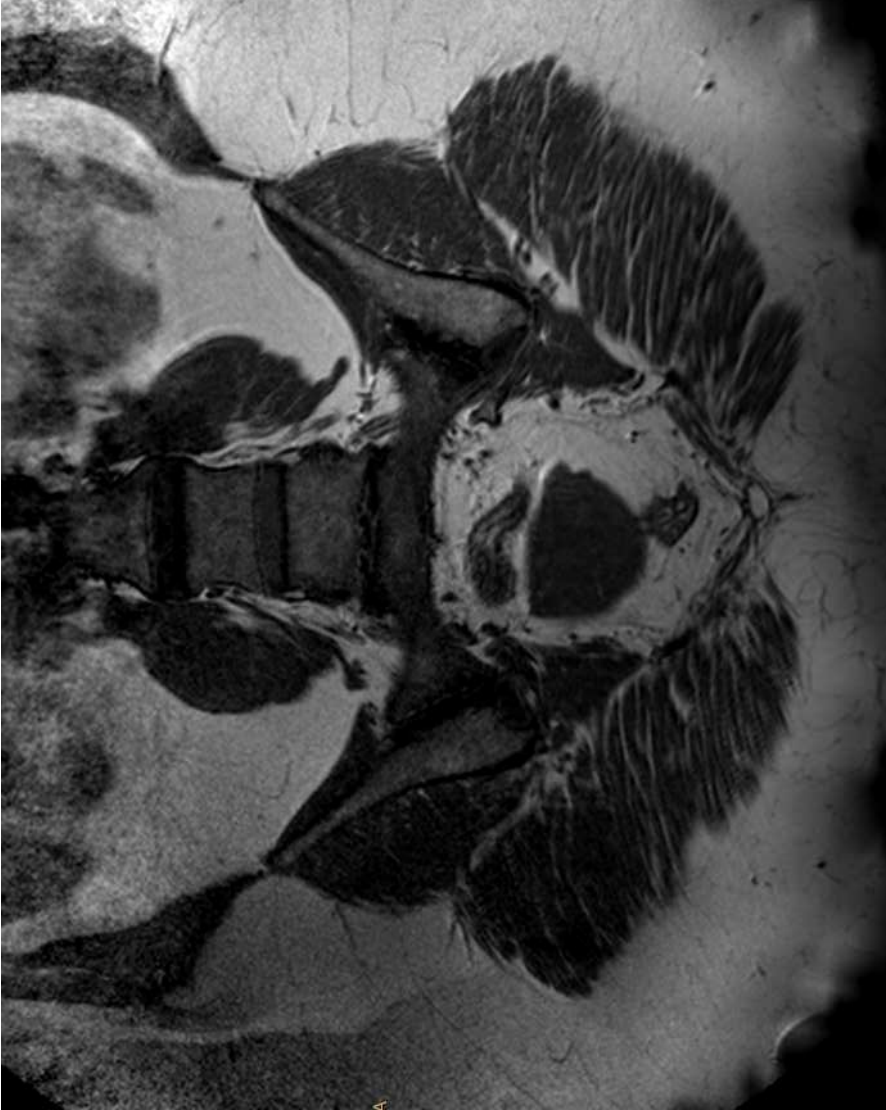
Doppler

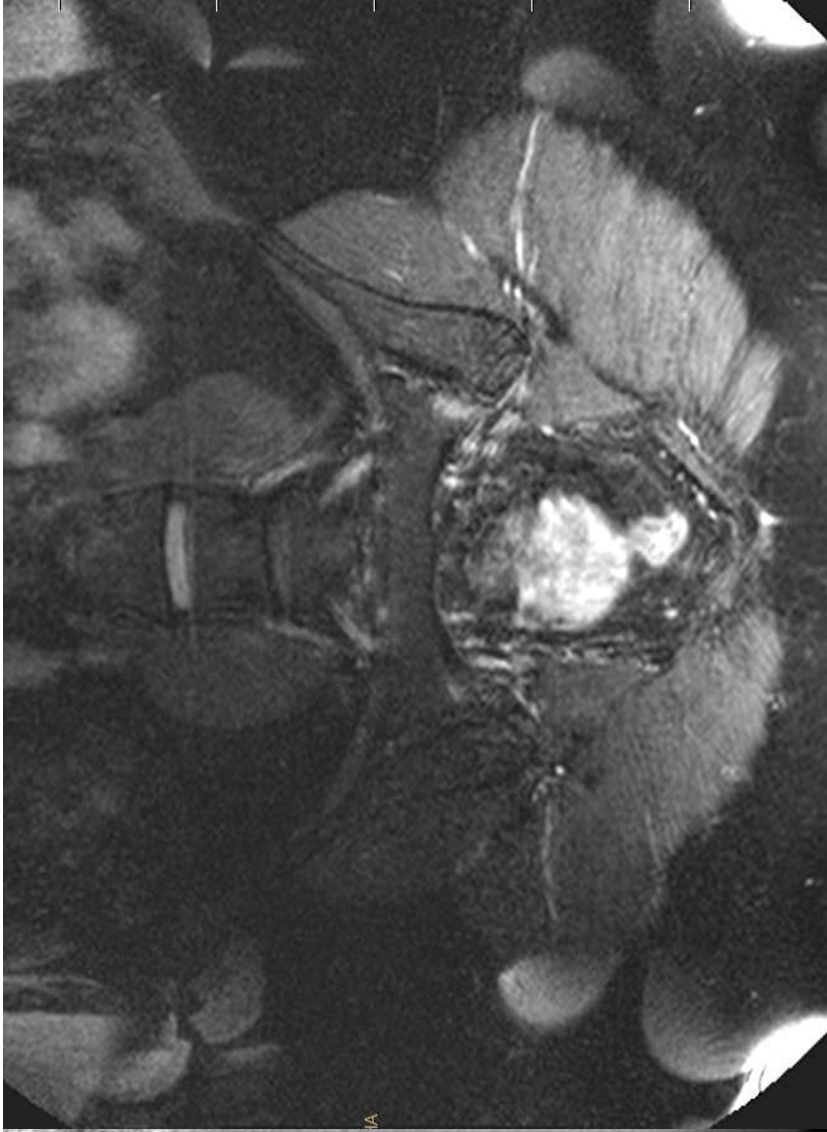
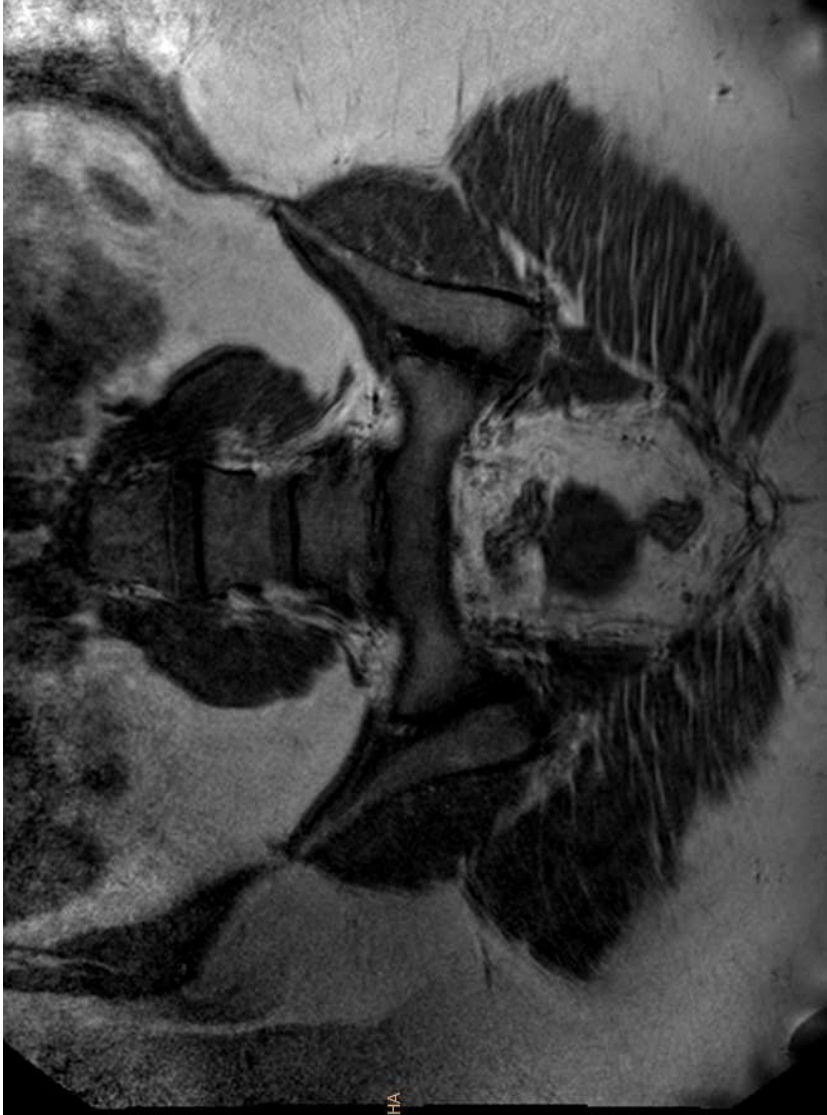
Tendón de Aquiles izdo
longitudinal

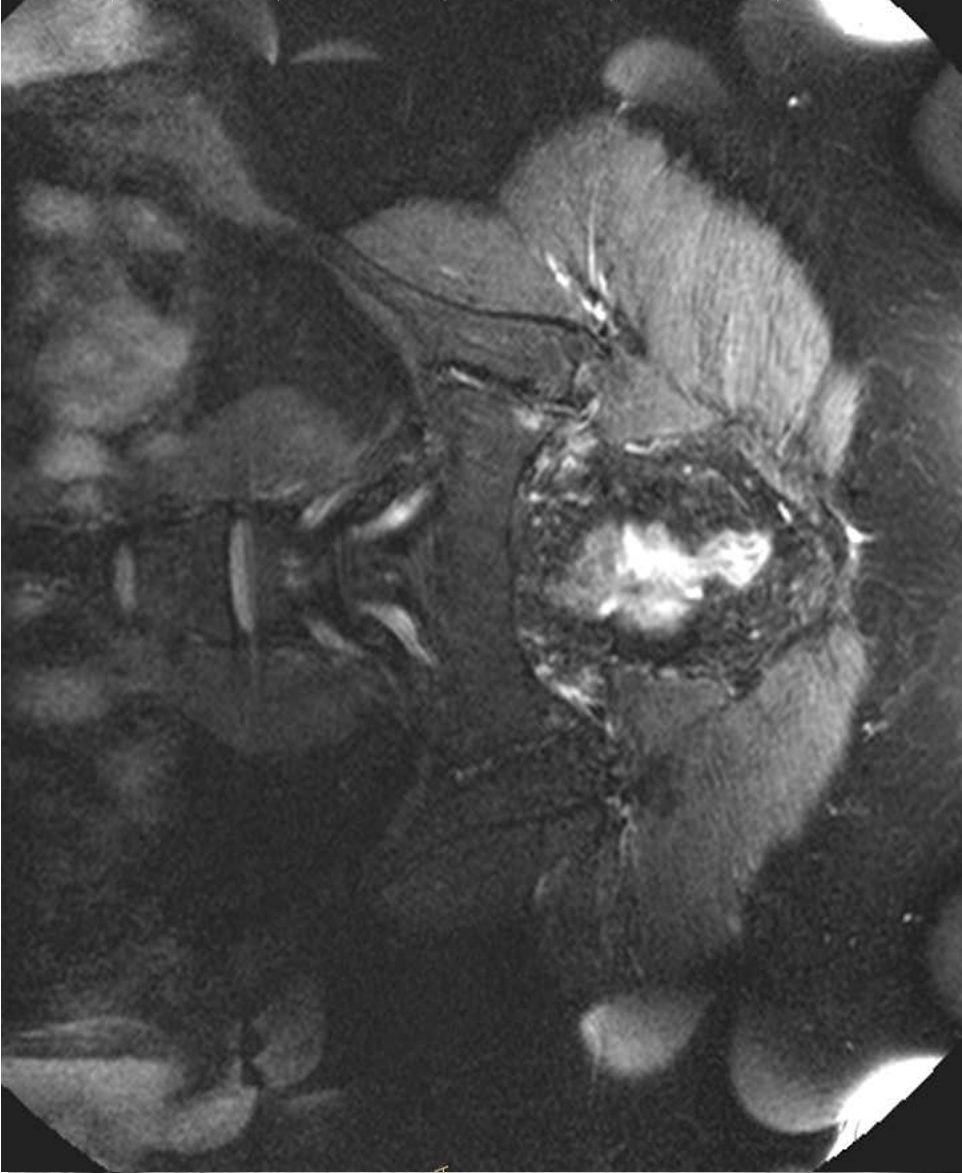


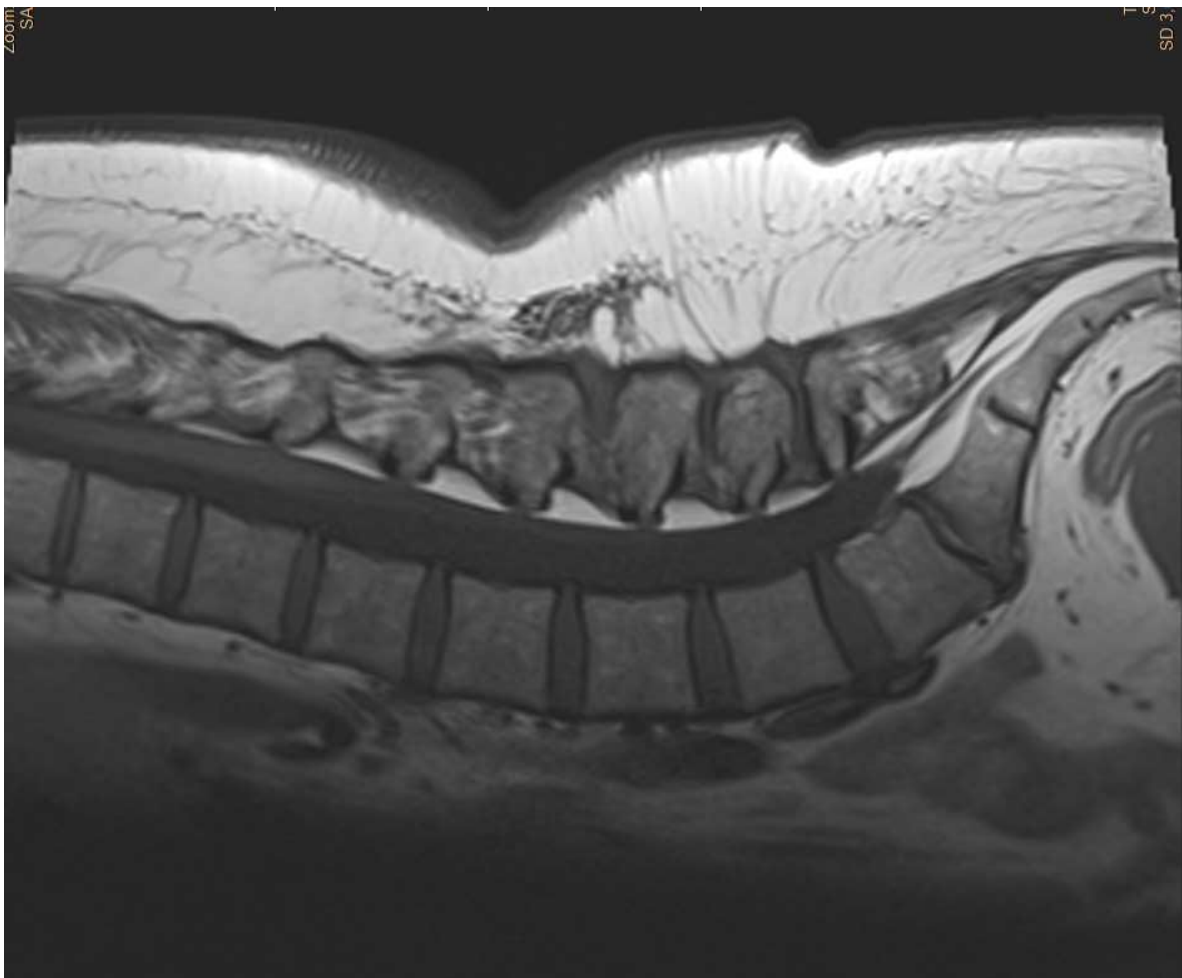
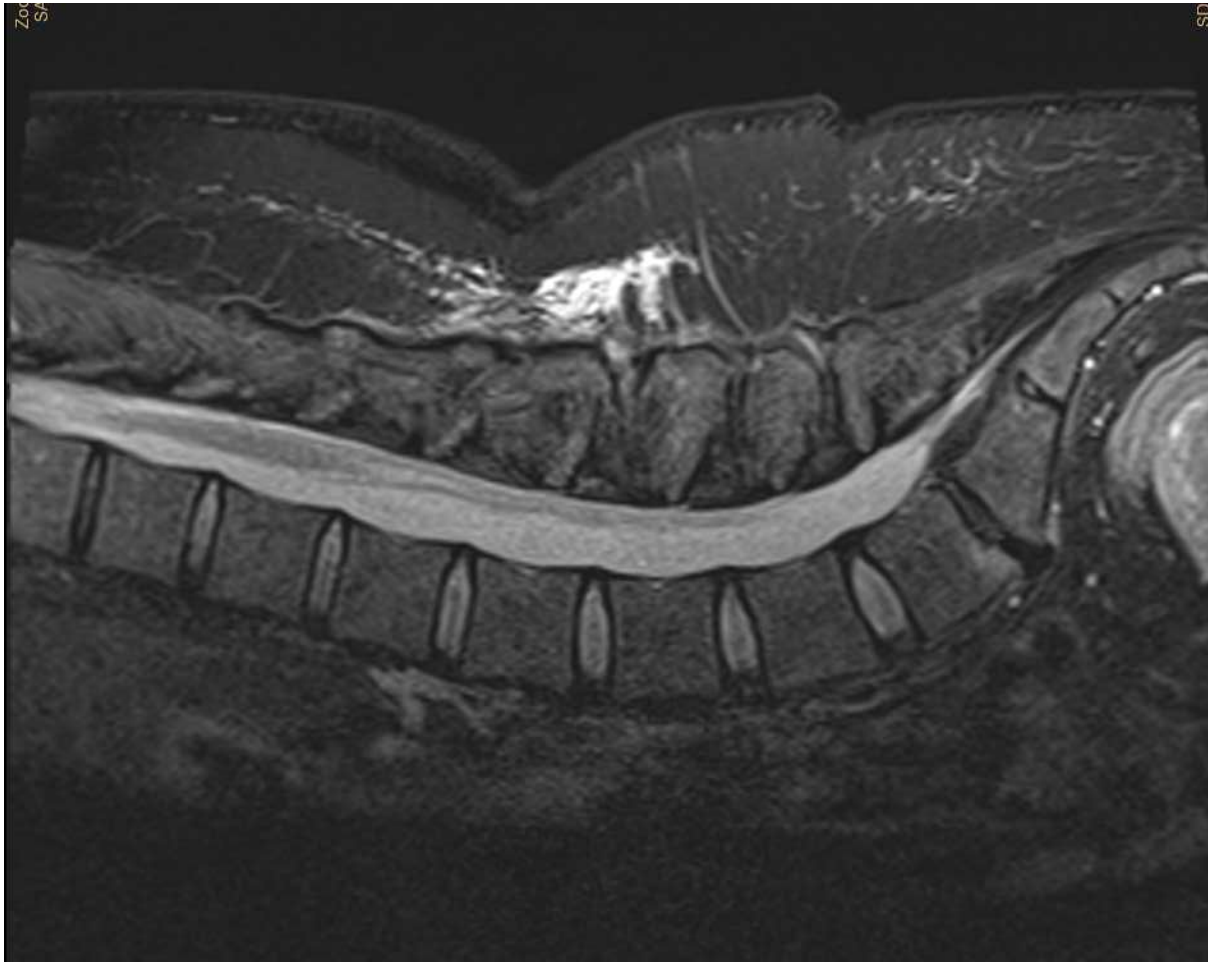
Fascia plantar izda
Longitudinal

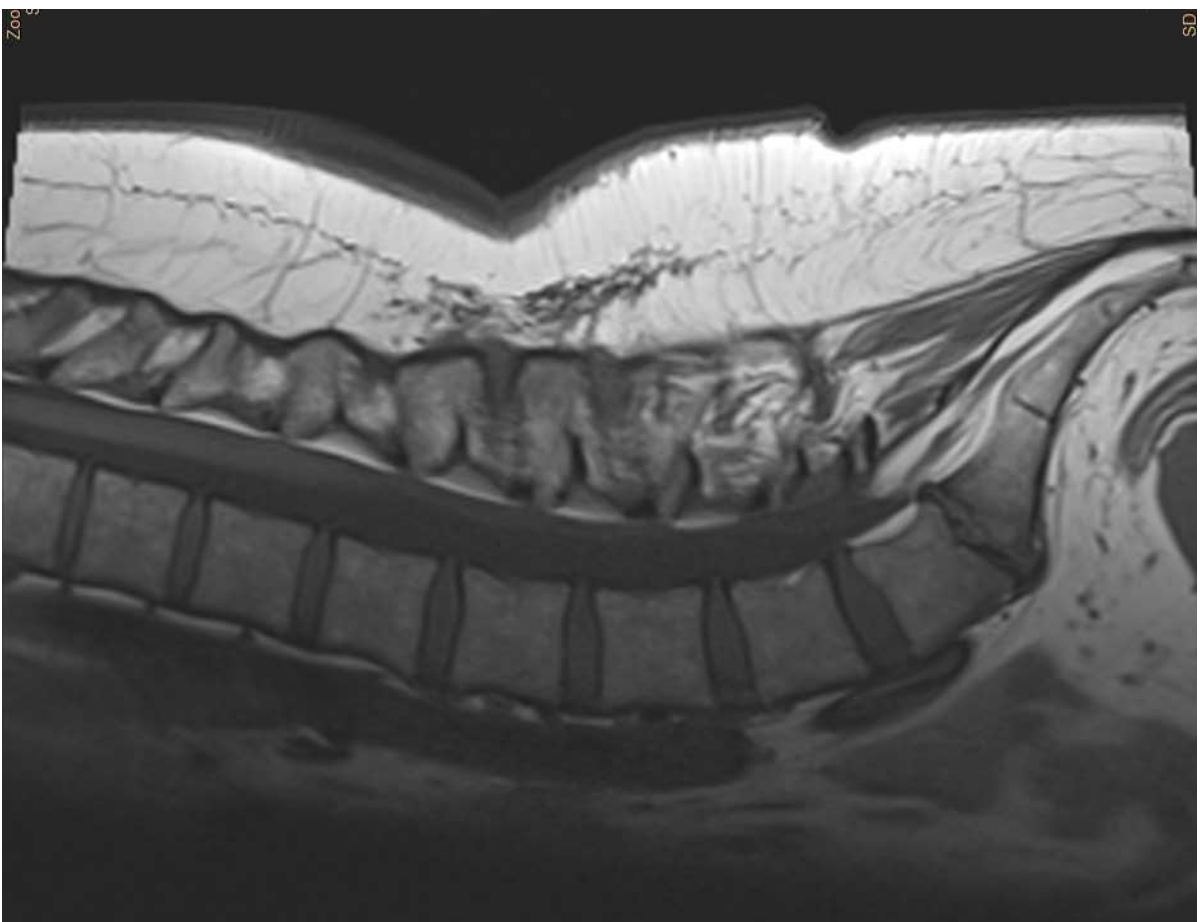
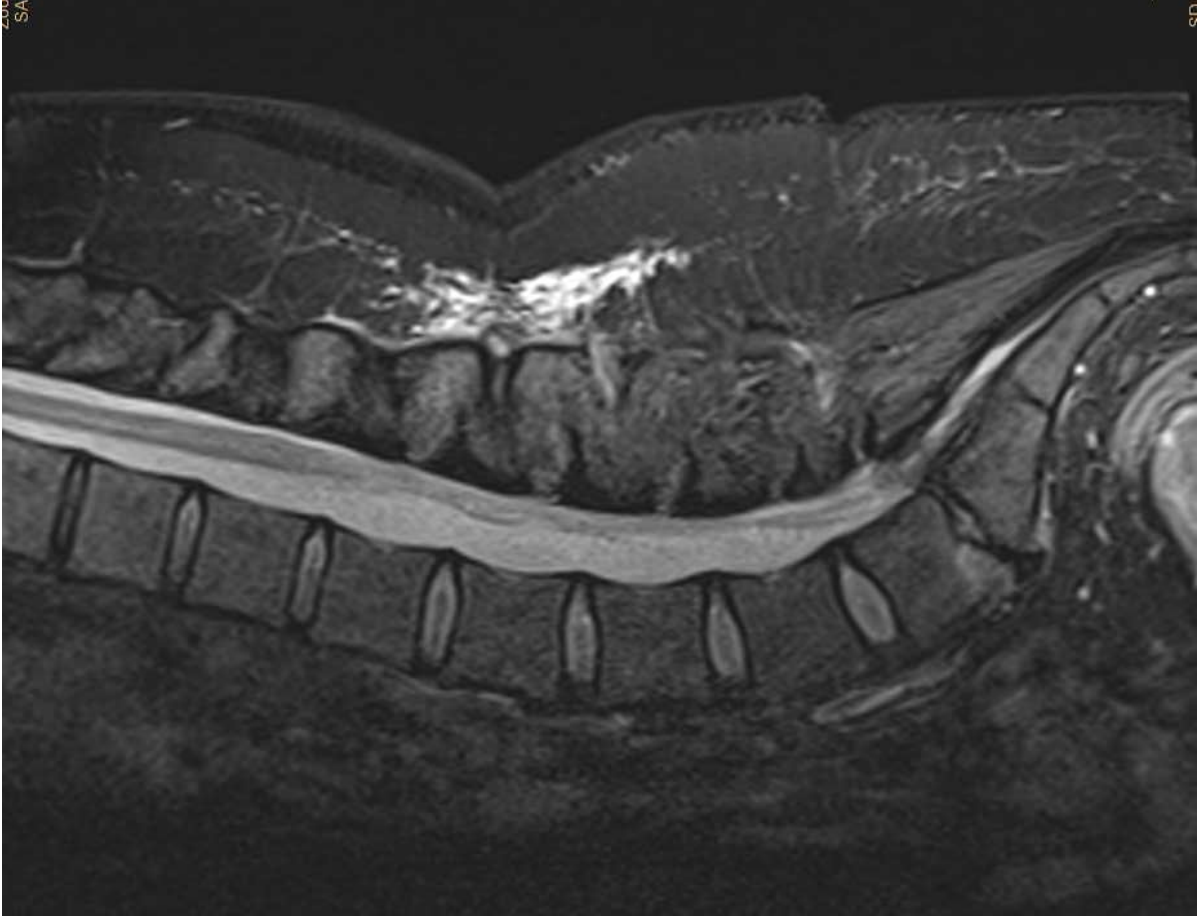


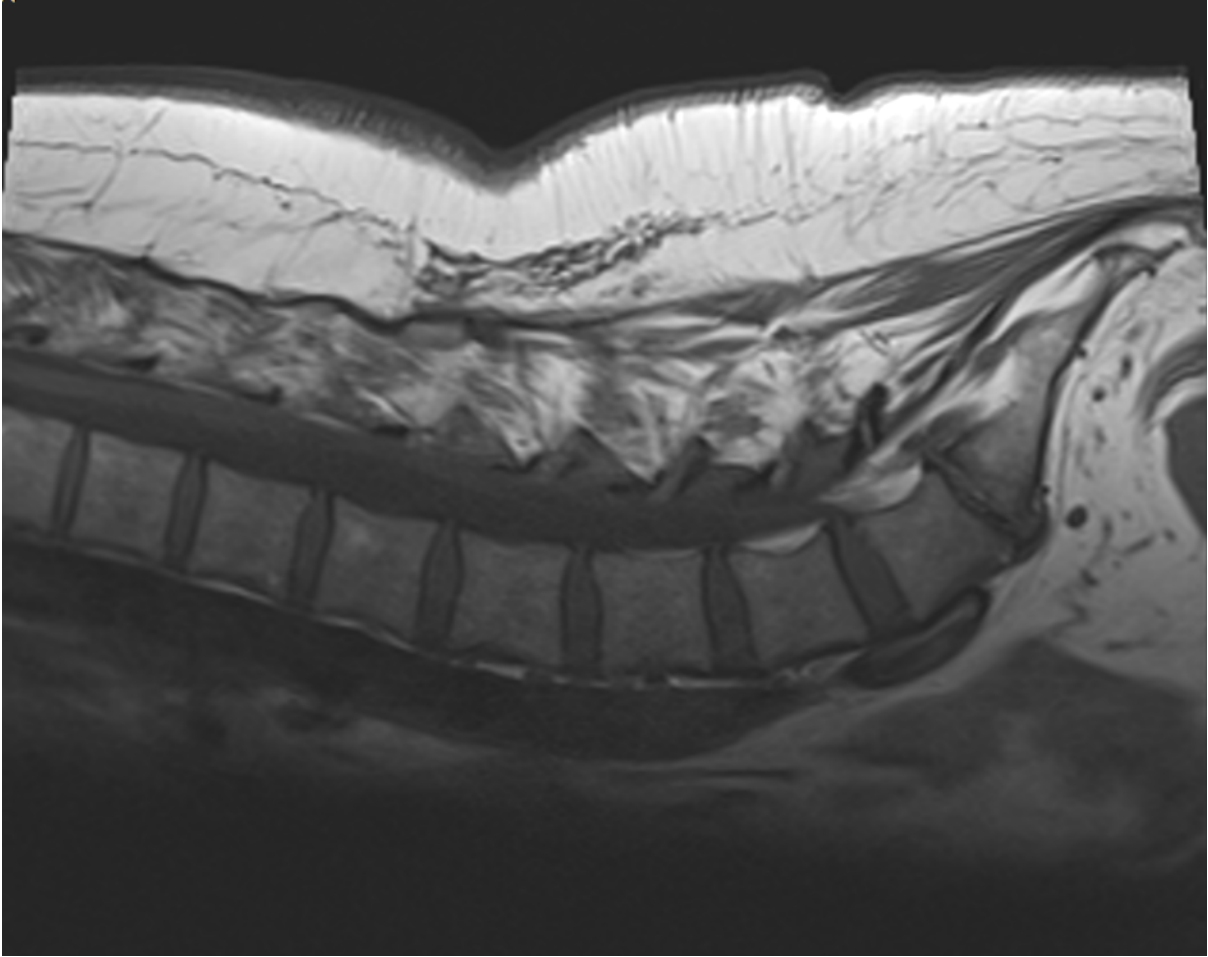
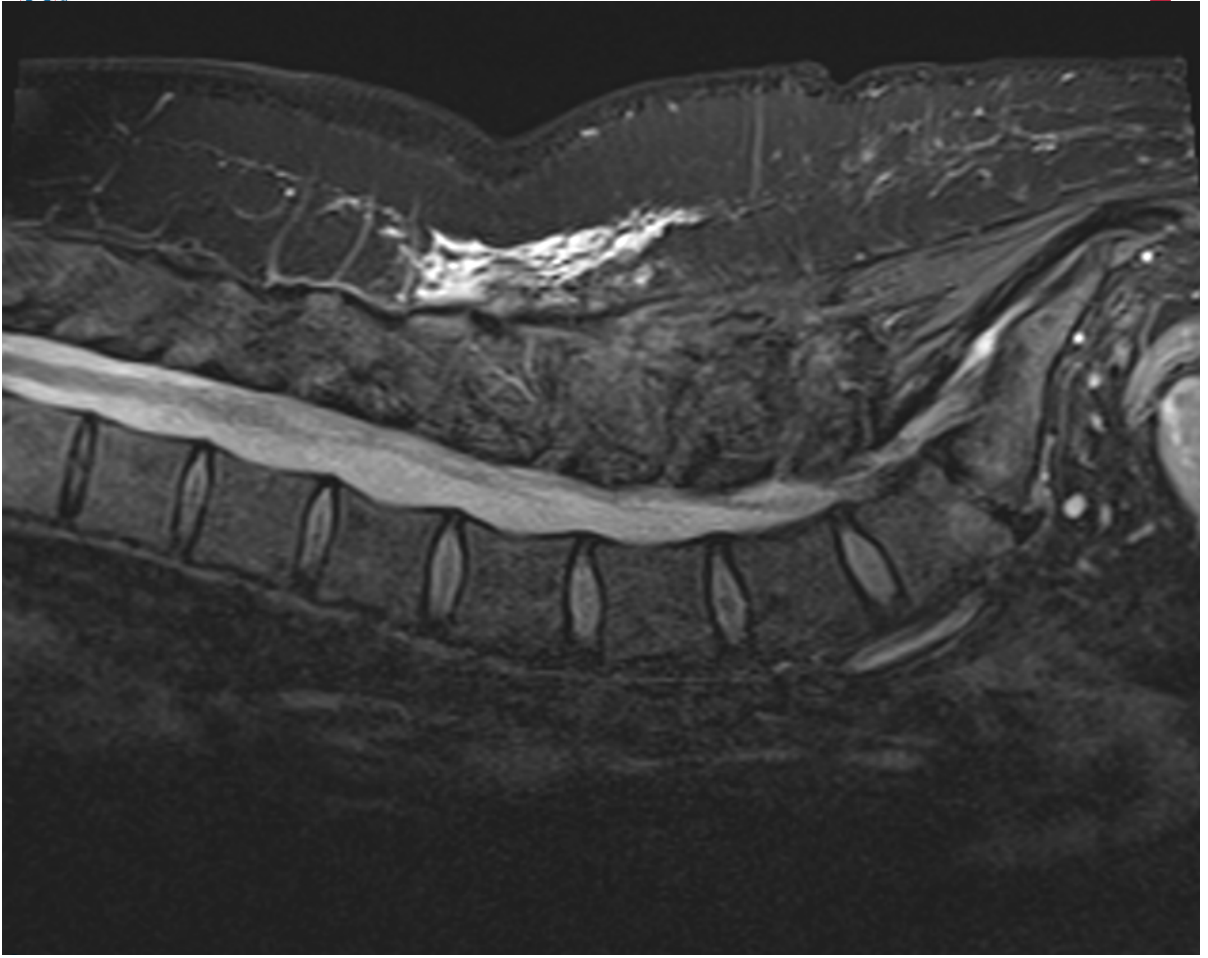


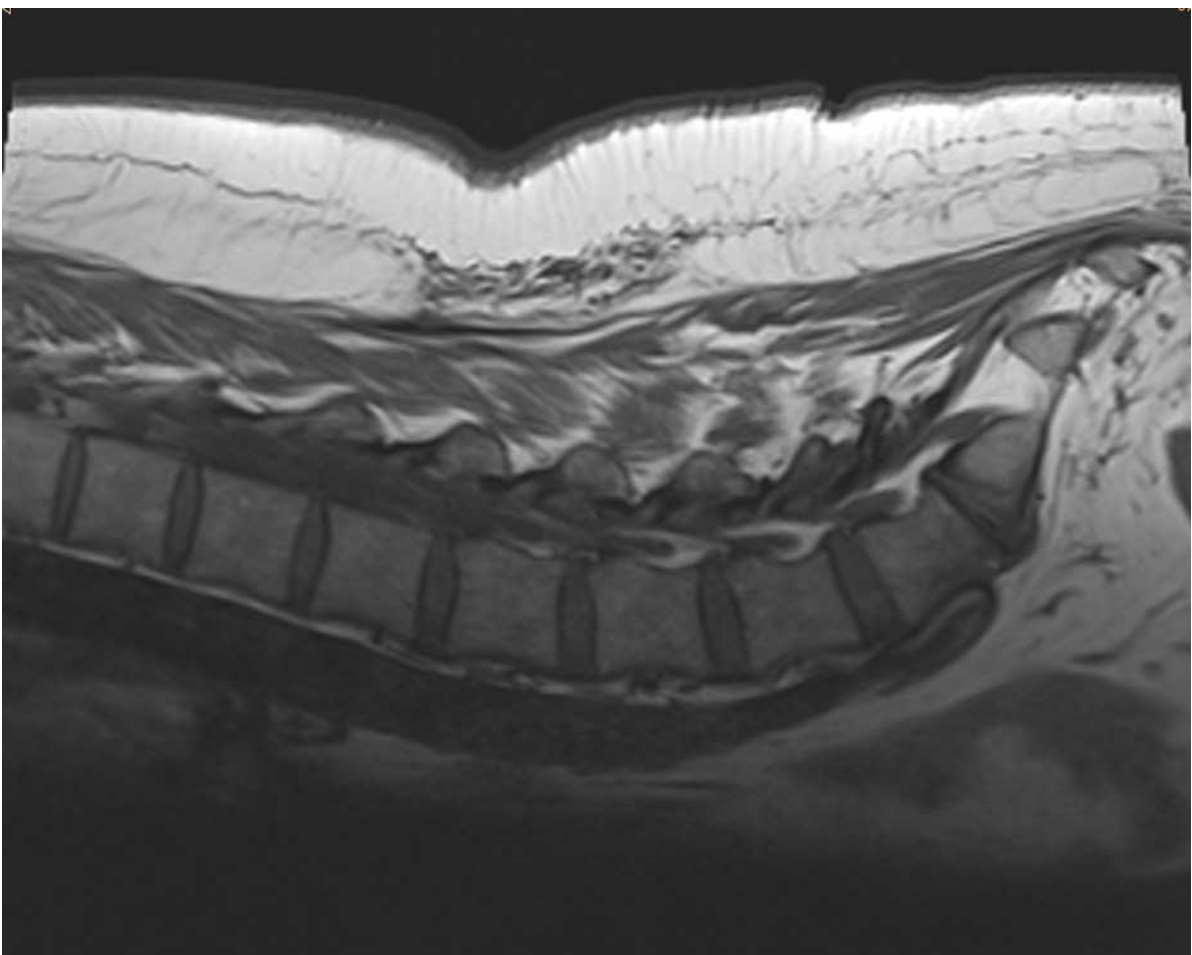
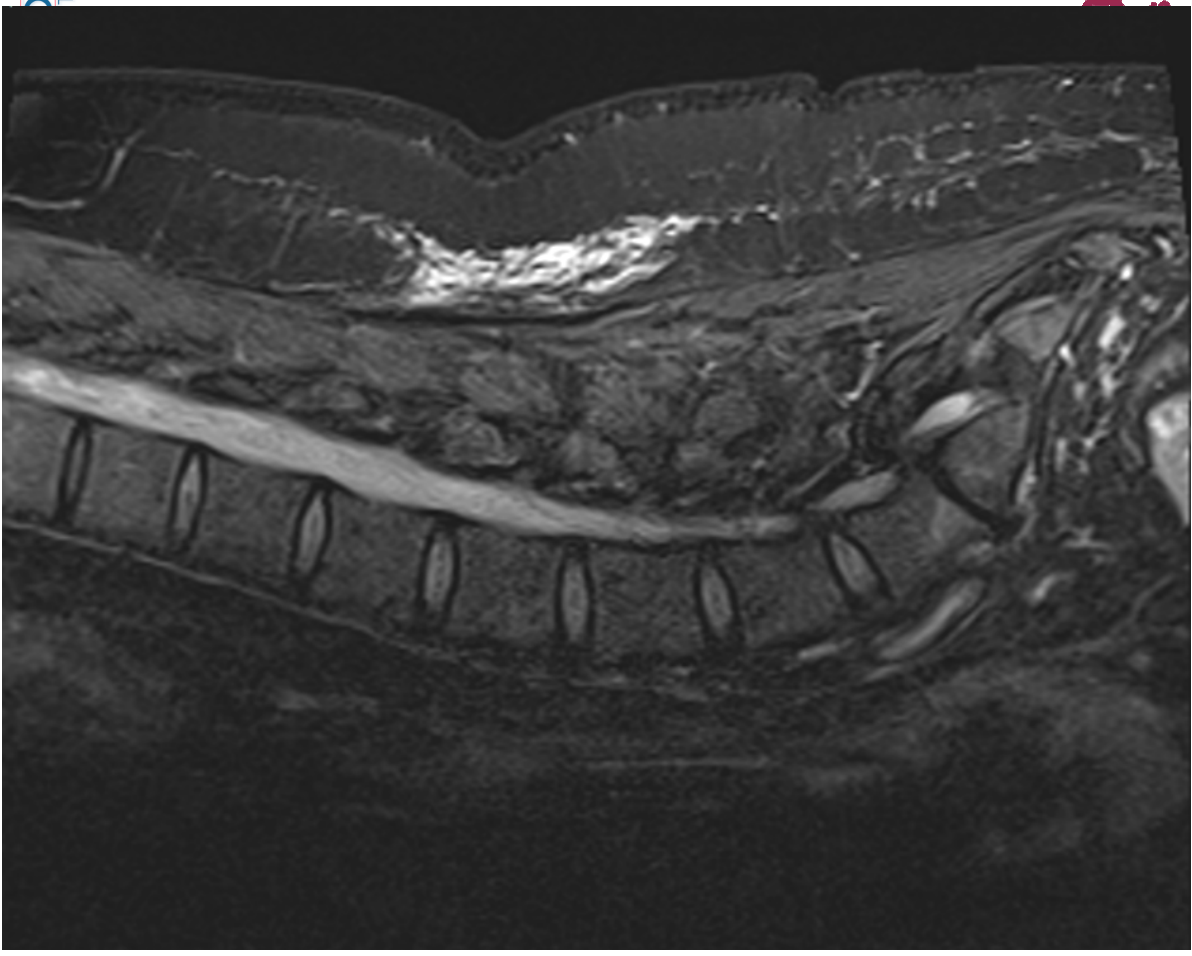












Artritis psoriásica mixta:

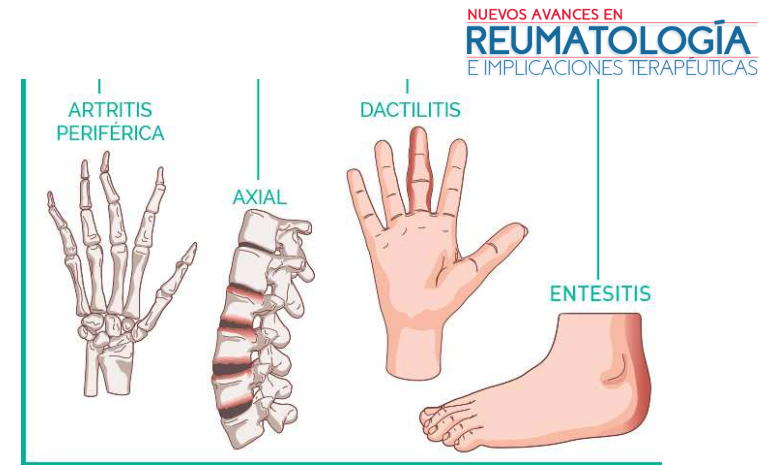
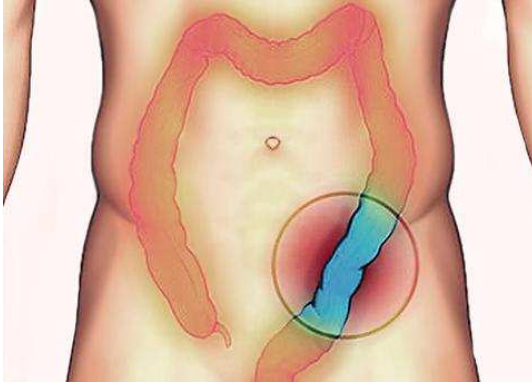
- periférica : BROTE EN FORMA DE ENTESITIS en talón izdo
- axial HLAB27+ : BROTE AXIAL O PERSISTENCIA DE INFLAMACIÓN EN SACROILÍACA IZDA

Psoriasis :

- cutánea: sin placas
- ungueal: en mancha de aceite y onicolisis en manos y pies

Colitis Ulcerosa :

- proctosigmoiditis: buena respuesta y sin datos de actividad



¿ Qué opción de tratamiento haríamos ?

1. Añadimos infiltraciones y celecoxib y mantenemos antiTNF
2. Cambiamos a otro antiTNF
3. Cambiamos de diana : IL12/23, IL17, Jaki

USTEKINUMAB

+

Infiltración de las entesitis

+

Celecoxib

Artritis psoriásica mixta:

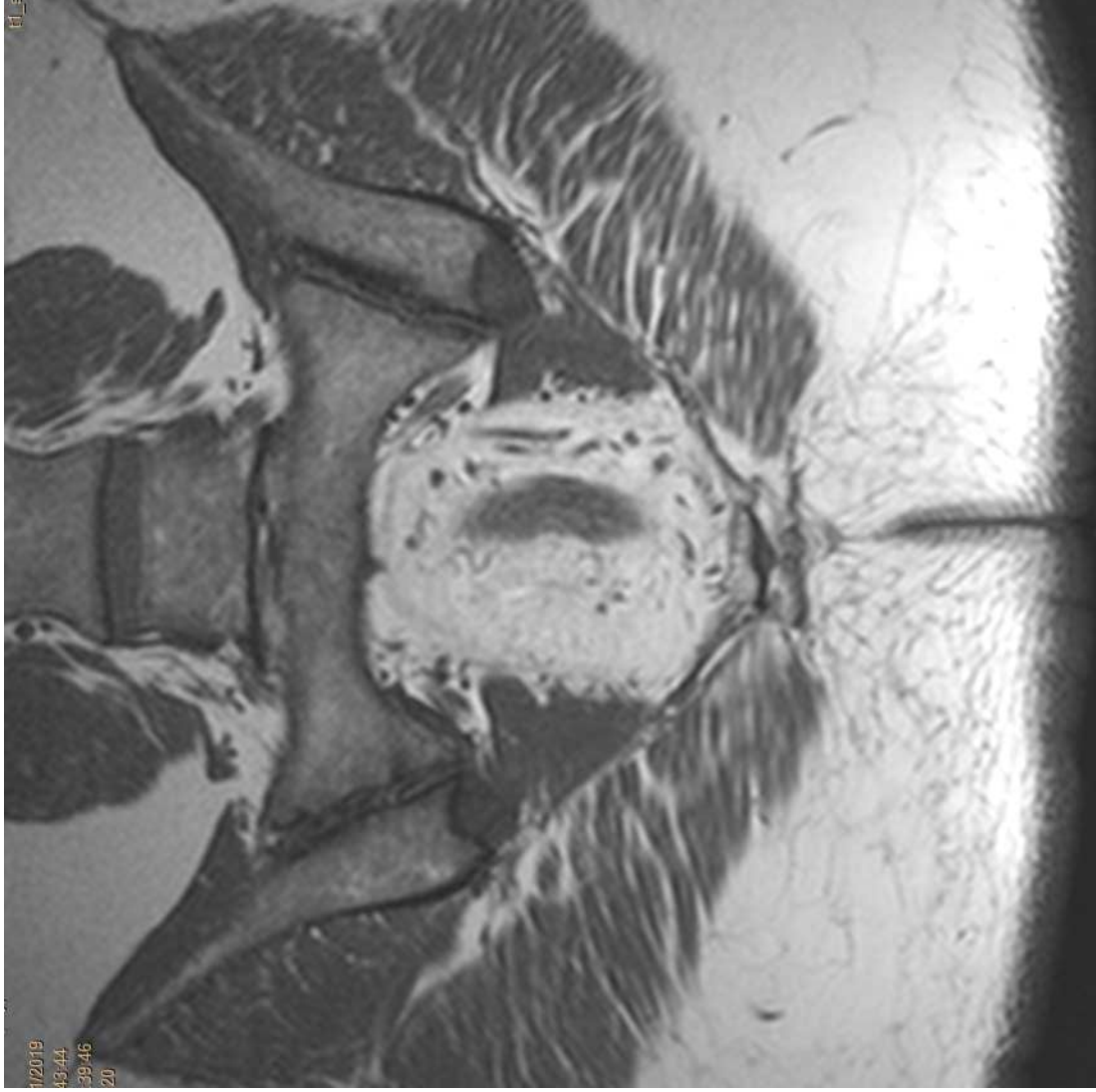
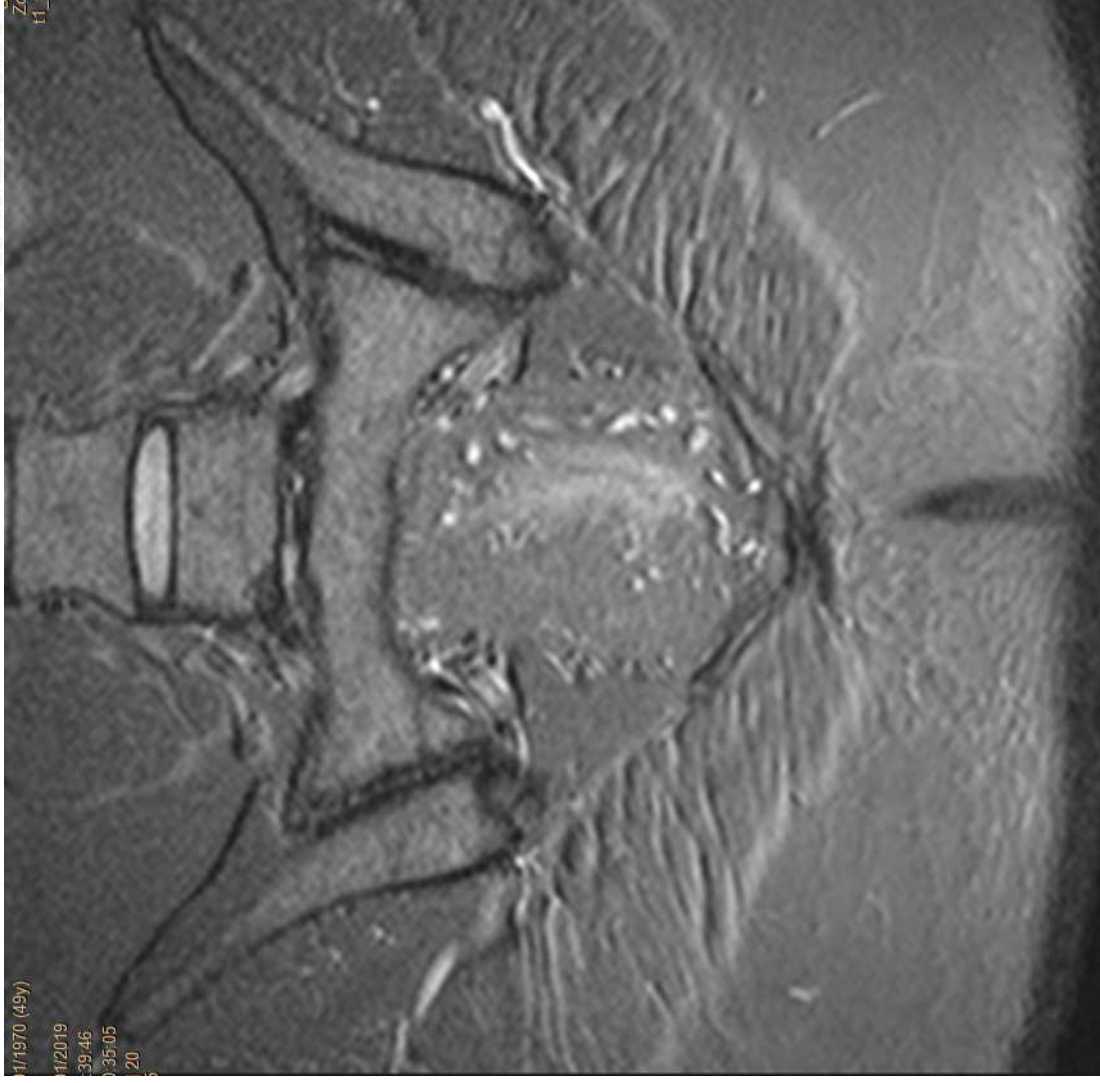
- periférica : DAPSA entre 0-14 (remisión y baja actividad)
- axial HLAB27+ : ASDASPCR baja actividad y sin edema en RM

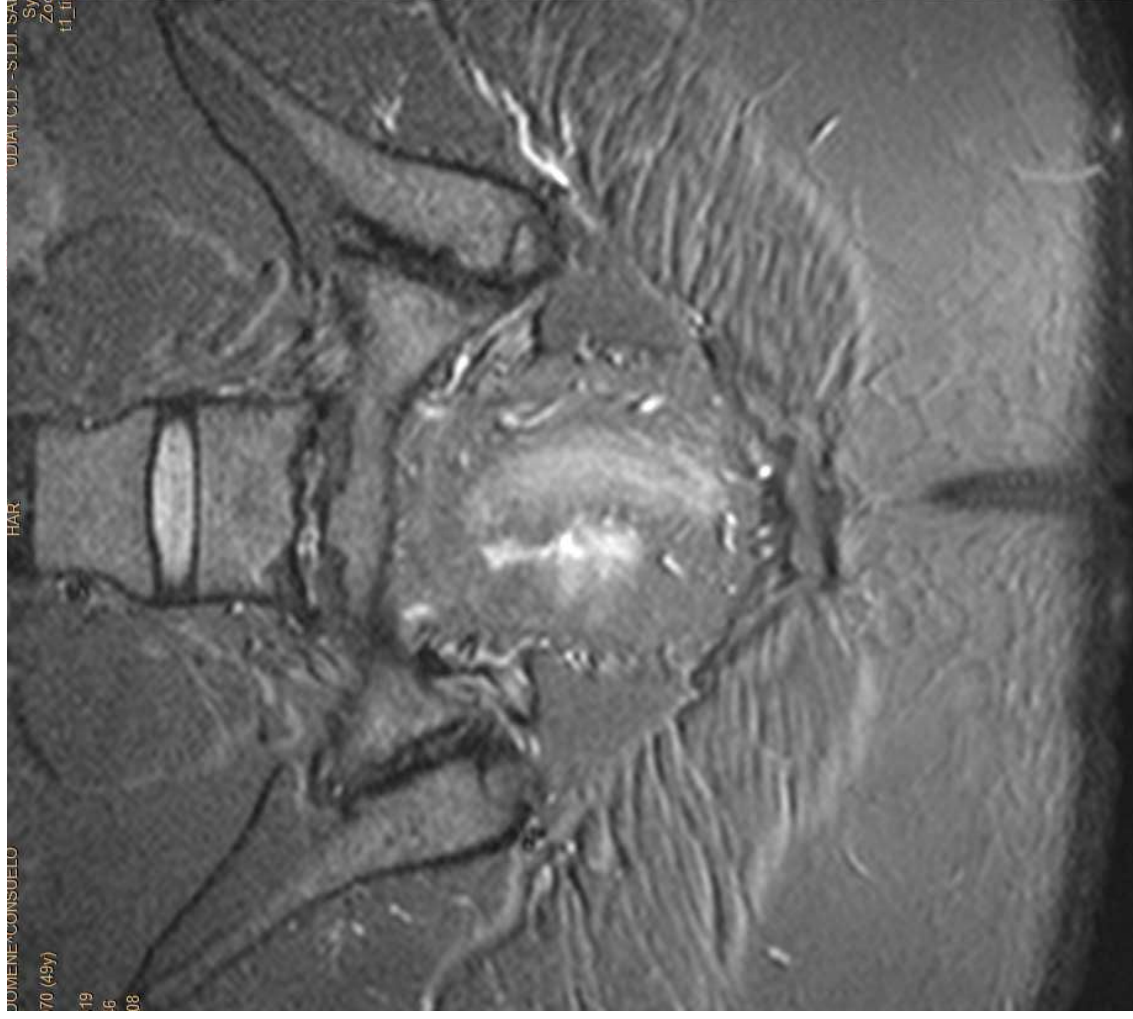
Psoriasis :

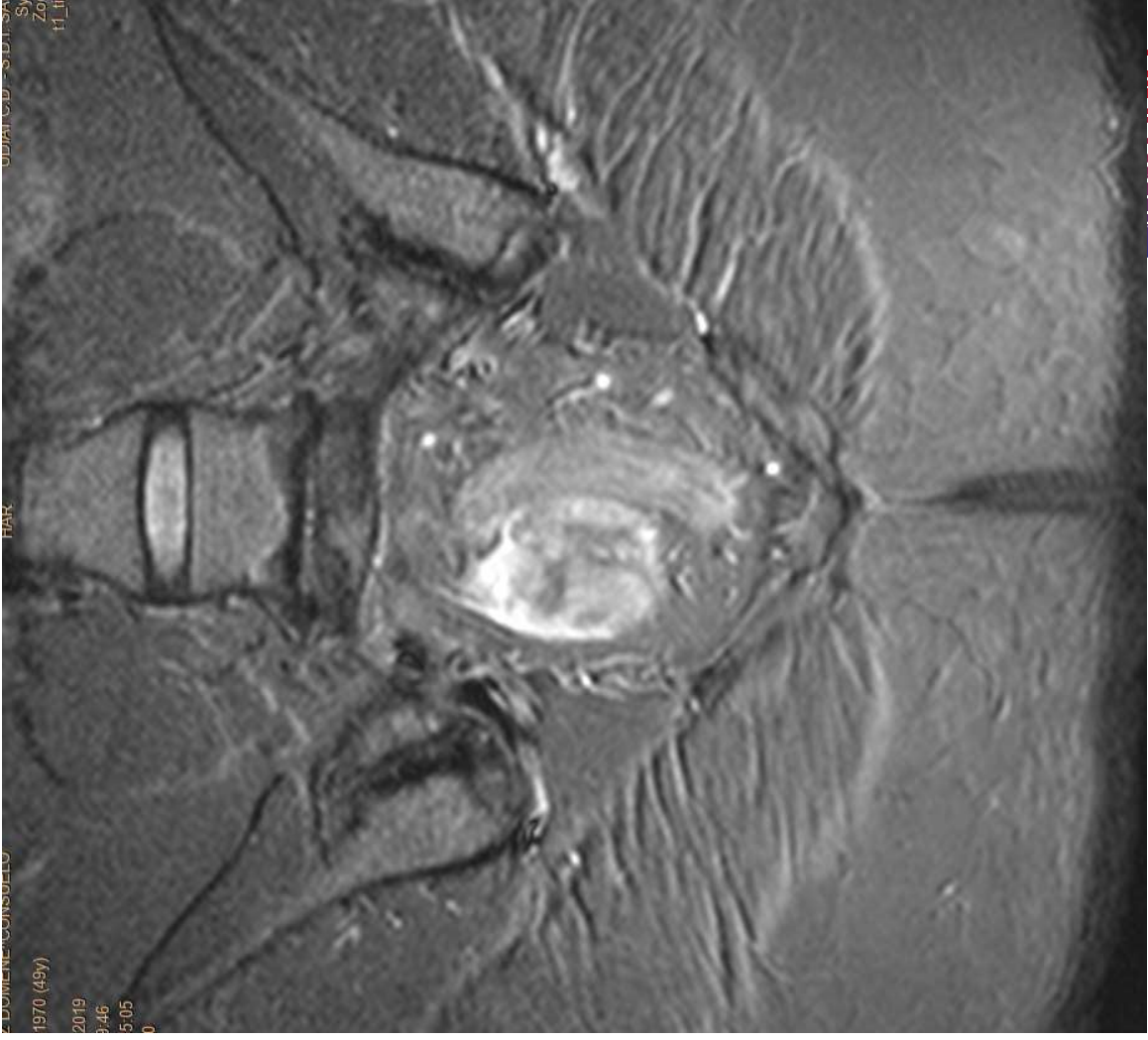
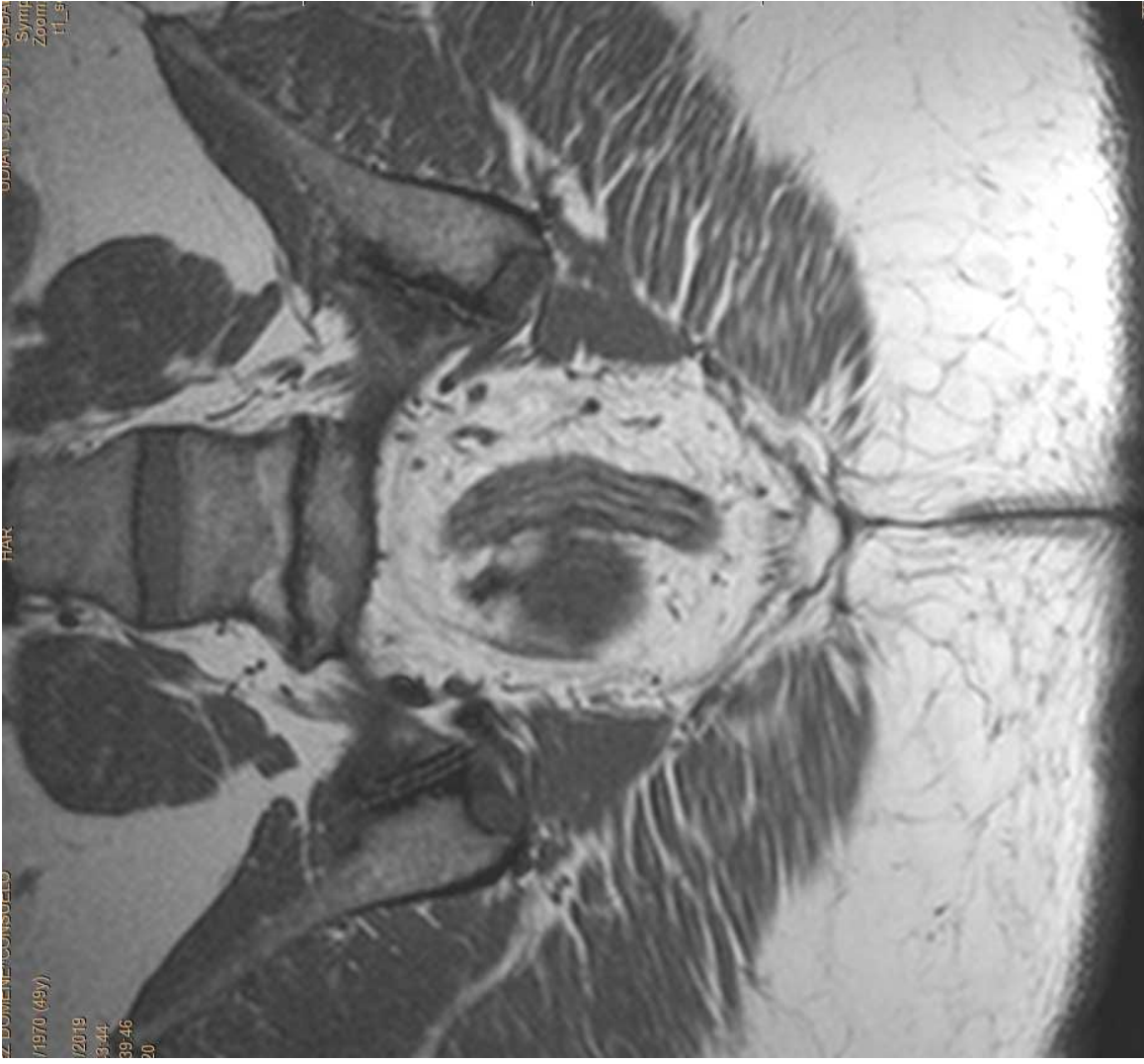
- cutánea: sin placas
- ungueal: en mancha de aceite y onicolisis en manos y pies

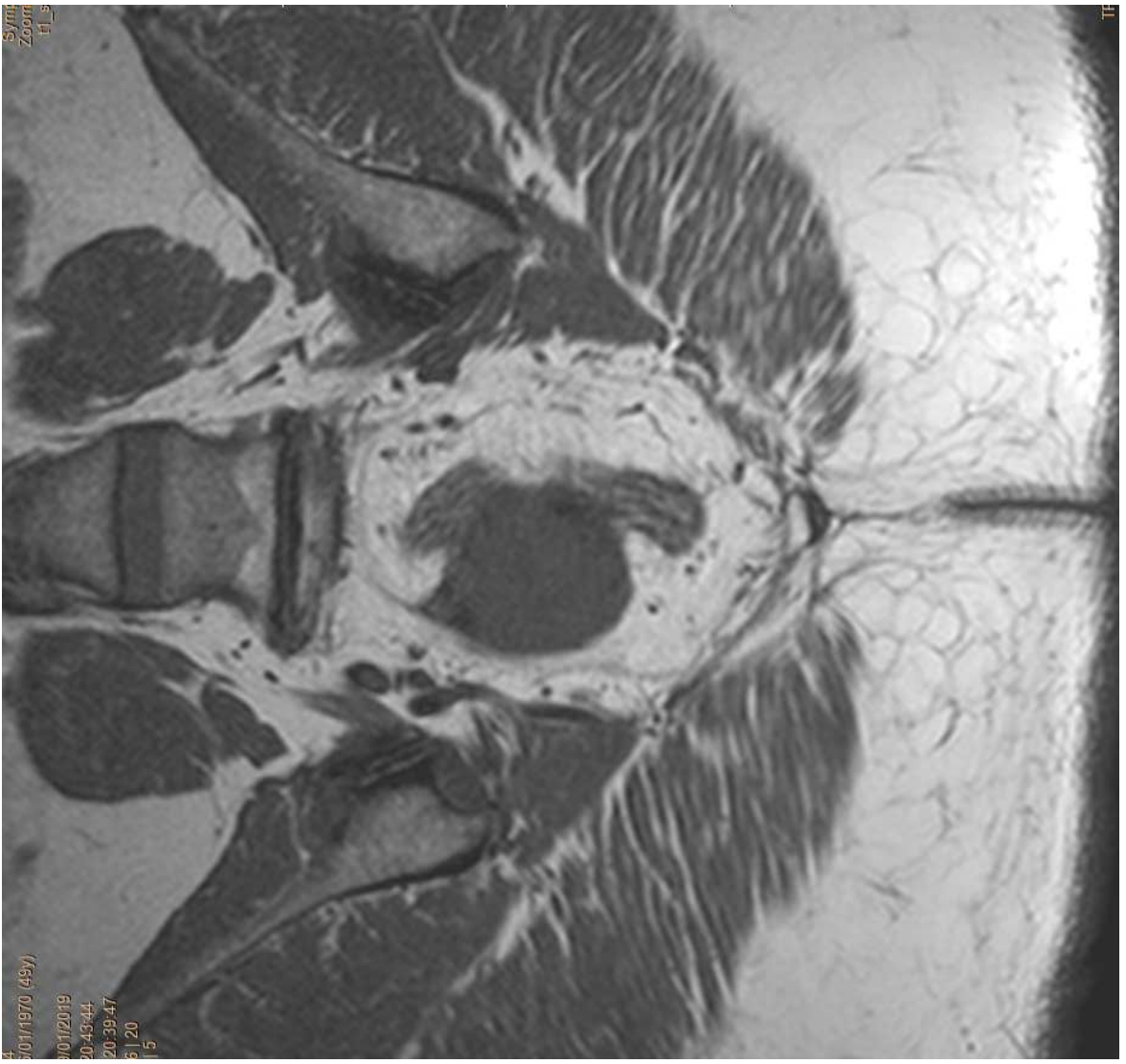
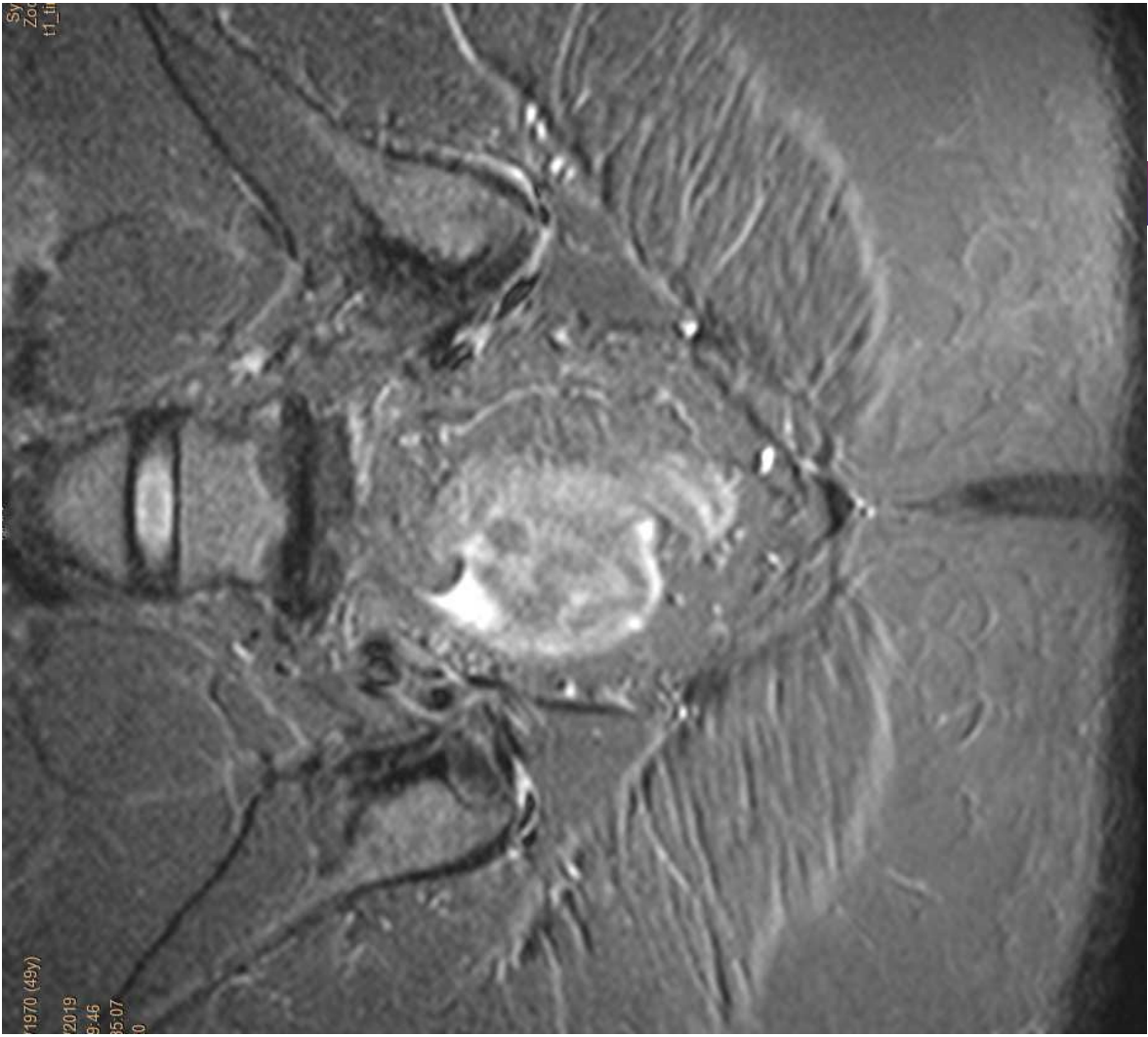
Colitis Ulcerosa :

- proctosigmoiditis: controlada









SYN
Zoo
t1_in

1970 (49y)

2019
9:46
85:05
0

SYN
Zoo
t1_in

1970 (49y)

2019
20:43:44
20:39:46
7:1:20
1:5

SD

T
SD 3

3
Head.n

