



## CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

### Diez años de experiencia en el abordaje conjunto, dermatología-reumatología, de los pacientes con artritis psoriásica

#### Ten-Year Experience in the Joint Dermatology-Rheumatology Approach to Patients With Psoriatic Arthritis

Sr. Director,

El manejo conjunto de la artritis psoriásica (APs) puede resultar muy efectivo en algunos pacientes, aunque es poca la evidencia en la literatura basada en series amplias de datos clínicos<sup>1-9</sup>.

El objetivo de este artículo es cuantificar los cambios diagnósticos y terapéuticos que experimentan los pacientes debido a su paso por la consulta PAIDER (Programa de Atención Integral del paciente de Dermatología y Reumatología) de un hospital de tercer nivel de referencia en el manejo de enfermedades inmunomediadas, entre 29/06/2012 y 04/07/2023. Este estudio ha sido aprobado por el comité ético del centro. Se definió episodio como el conjunto de visitas realizadas por un paciente hasta ser dado de alta. Paciente complejo fue aquel que presentaba enfermedad psiquiátrica, cardíaca, hepática u oncológica, problemas de comunicación o problemas con el tratamiento. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 28.

La muestra se compone de 970 episodios generados a partir de 732 pacientes que acudieron a la consulta en diferentes ocasiones a lo largo de los años. De ellos fueron mujeres un 53,8% y la media de edad fue de 53,1 años. La duración de la enfermedad, la procedencia, los motivos de consulta detallados por servicios emisores, las comorbilidades y la proporción de pacientes complejos se describen en las tablas 1 y 2.

La mediana de visitas por episodio fue de 1, con un mínimo de 0 (paciente no presentado) y un máximo de 22 visitas, rango intercuartílico (RIC) = (1,0; 2,0).

Los cambios de diagnóstico mostraron un aumento a favor de la APs. Entre los diagnósticos iniciales de los pacientes encontramos: 381 (40,4%) con algún tipo de APs (axial, peri-

férica o mixta) y 378 (40%) con psoriasis. Otros diagnósticos fueron: artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA), SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) e hidrosadenitis supurativa (HS). Los pacientes con los diagnósticos de dactilitis, entesitis y/o monooligoartritis fueron agrupados en el mismo epígrafe. Los diagnósticos finales mostraron que 613 (65,2%) pacientes tuvieron algún tipo de APs (axial, periférica o mixta), 217 (23,1%) psoriasis y el resto mostraron otros diagnósticos (tabla 1).

En 329 episodios de los pacientes remitidos para valoración dermatológica, los diagnósticos fueron: psoriasis en 154 (46,8%), onicopatía psoriásica en 35 (10,6%), onicomiosis en 18 (5,5%) y otros en 122 (37,1%). De todos ellos, 187 (56,8%) sirvieron para confirmar la sospecha de APs. En 432 episodios de los pacientes remitidos para valoración reumatológica, los diagnósticos fueron: artritis en 161 (37,3%), entesitis en 39 (9%), dactilitis en 18 (4,2%), osteoartrosis en 93 (21,5%), artritis cristalina en 20 (23,4%) y otros en 101 (37,1%). De todos ellos, 201 (46,5%) sirvieron para confirmar la sospecha de APs (tabla 3).

Los pacientes pudieron presentar uno o varios diagnósticos procedentes del dermatólogo o reumatólogo, en el mismo episodio o episodios sucesivos.

Los cambios en el tratamiento del paciente se produjeron en 430 episodios (46,3%): se inició tratamiento en 137 (14,7%), se añadió un tratamiento al que ya realizaban en 102 (11%), se realizó un cambio de tratamiento dentro de la misma clase terapéutica en 93 (10%), se realizó un cambio de clase terapéutica en 67 (7,2%) y se paró el tratamiento en 31 (3%).

Hasta donde sabemos esta es la cohorte más numerosa de pacientes en seguimiento conjunto en una consulta dermatología-reumatología. El trabajo describe que más de la mitad experimentan un cambio en el diagnóstico y/o tratamiento. En nuestro caso, el número de nuevos casos de APs se incrementa a partir de pacientes con diagnóstico inicial de psoriasis y en menor medida con otros síntomas musculoqueléticos (oligoartritis, dactilitis, entesitis...), probablemente porque la mayoría de nuestros pacientes iniciaron antes las manifestaciones cutáneas, tal como ocurre en la literatura<sup>10</sup>.

En lo referente a los cambios en el tratamiento, nuestros datos muestran que estos se realizaron en pacientes procedentes de reumatología, indicando que el motivo fue mayoritariamente la afectación cutánea. A esto hay que añadir que los procesos de aprobación de algunos fármacos

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2025.01.009>

0001-7310/© 2025 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: A. López Ferrer, H. Corominas Macias, L. Puig Sanz et al., Diez años de experiencia en el abordaje conjunto, dermatología-reumatología, de los pacientes con artritis psoriásica, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2025.01.009>

**Tabla 1** Características clínicas y demográficas de los pacientes y diagnósticos iniciales y finales en la consulta PAIDER

Características clínicas y demográficas (n = 970)		
Edad (media, años)	53,1	
Mujer, n (%)	522/970 (53,8)	
Varón, n (%)	448/970 (46,2)	
Tiempo medio de evolución - dermatología (años)	16,8	
Tiempo medio de evolución - reumatología (años)	7,5	
Número medio de visitas n (%)	2,2	
Departamento que deriva <sup>a</sup>		
Atención primaria	54/970 (5,6)	
Dermatología	437/970 (45,1)	
Reumatología	434/970 (44,7)	
Otras especialidades	45/970 (4,6)	
Motivo de derivación		
Diagnóstico	430/968 (44,4)	
Tratamiento	253/968 (26,1)	
Ambos	285/968 (29,4)	
Comorbilidades:	509/959 (53,1)	
Dislipemia	280/959 (29,2)	
Diabetes mellitus	124/959 (12,9)	
Hipertensión	268/958 (28)	
Hiperuricemia	105/942 (11,1)	
Obesidad (IMC > 30)	309/918 (33,7)	
Tabaco	249/945 (26,3)	
Enfermedad inflamatoria intestinal	39/206 (18,9)	
Osteoporosis	99/530 (18,7)	
Uveítis	32/917 (3,5)	
Complejidad	523/963 (54,3)	
Disfunción cardíaca	75/963 (7,8)	
Disfunción hepática	178/963 (18,5)	
Trastorno mental	203/963 (21,1)	
Neoplasia	78/963 (8,1)	
Efectos adversos	151/963 (15,7)	
Reacción paradójica	89/963 (9,2)	
Problema de comunicación	60/963 (6,2)	
Diagnóstico, n (%)	Inicial	Final
APs periférica	243 (25,7)	413 (43,9)
APs axial	45 (4,8)	79 (8,4)
APs mixta	93 (9,9)	121 (12,9)
Artritis reumatoide	24 (2,5)	27 (2,9)
Espondilitis anquilosante	48 (5,1)	24 (2,5)
SAPHO	11 (1,2)	12 (1,3)
Hidrosadenitis supurativa	73(0,3)	7 (0,7)
Espondilitis anquilosante	48 (5,1)	22 (2,3)
Dactilitis/entesitis/mono-oligoartritis	99 (10,5)	41 (4,3)
Psoriasis	378 (40)	217 (23,1)

<sup>a</sup> La mayoría de las consultas para diagnóstico proceden de dermatología y reumatología, mientras que las consultas por ambos motivos proceden mayoritariamente de atención primaria y otras especialidades. Las diferencias son estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

91 pueden llevar años de diferencia entre especialidades, con  
92 frecuencia a favor de dermatología, lo cual puede suponer  
93 que los pacientes derivados a estas consultas dispongan de  
94 un mayor arsenal terapéutico.

95 Las limitaciones de este estudio se hallan en el hecho de  
96 que se trata de una cohorte de un único centro, donde enfer-

97 mos procedentes de hospitales más pequeños han podido  
98 ser remitidos debido a su complejidad, lo cual puede pro-  
99 vocar un sesgo de derivación. Sin embargo, este estudio  
100 incluye un tamaño de muestra grande, de pacientes con-  
101 secutivos, derivados a una consulta conjunta y con un  
102 seguimiento prolongado. Estos resultados muestran que la

**Tabla 2** Motivos de consulta según el servicio emisor

	Consulta para diagnóstico, n (%)	Consulta para tratamiento, n (%)	Consulta para diagnóstico y tratamiento, n (%)
Atención primaria	14 (25,9)	11 (20,4)	29 (53,7)
Dermatología	220 (50,3)	79 (18,1)	138 (31,6)
Reumatología	191 (44,0)	152 (35,0)	91 (21,0)
Otros especialistas del hospital	5 (11,6)	11 (25,5)	27 (62,7)

Datos de 968 episodios.

**Tabla 3** Diagnósticos dermatológicos y reumatológicos en la consulta PAIDER

Enfermedad dermatológica en pacientes con artritis n = 329, n (%)	
Psoriasis	154 (46,8)
Psoriasis ungueal	35 (10,6)
Onicomiosis	18 (5,5)
Otros	122 (37,1)
Enfermedad reumatológica en pacientes con psoriasis n = 432, n (%)	
Artritis	161 (37,3)
Entesitis	39 (9)
Dactilitis	18 (4,2)
Osteoartritis	93 (21,5)
Gota	20 (23,4)
Otros	101 (37,1)

103 atención multidisciplinar se asocia a un cambio en el diag-  
104 nóstico, fundamentalmente a favor de la APs y ligado a ello,  
105 a un cambio en el tratamiento, con el fin de mejorar el  
106 pronóstico de la enfermedad.

## 107 Financiación

108 El presente trabajo ha recibido financiación por parte de  
109 UCB Pharma para la elaboración del análisis estadístico de  
110 los datos.

## 111 Conflicto de intereses

112 A. López Ferrer ha recibido pagos u honorarios por eventos  
113 educativos, apoyo para asistir a reuniones y participación en  
114 consejos asesores o consultorías de Abbvie, Almirall, Amgen,  
115 Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb Janssen, Eli Lilly,  
116 Leo Pharma, Novartis, UCB.

117 H. Corominas ha recibido pagos u honorarios por eventos  
118 educativos, apoyo para asistir a reuniones y participación  
119 en consejos asesores o consultorías de Grünenthal, MSD, Bio-  
120 gen, Galapagos, Abbvie, Roche, Bristol Myers Squibb, Gebro,  
121 Sanofi y UCB.

122 L. Puig Sanz ha recibido pagos u honorarios por eventos  
123 educativos, apoyo para asistir a reuniones y participación en  
124 consejos asesores o consultorías de Abbvie, Almirall, Amgen,  
125 Biogen, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Dice,  
126 Janssen, Leo-Pharma, Lilly, Novartis, Pfizer, Sandoz, Sanofi  
127 y UCB.

A. Laiz Alonso ha recibido pagos u honorarios por eventos  
educativos, apoyo para asistir a reuniones y participación en  
consejos asesores o consultorías de Abbvie, Almirall, Amgen,  
Janssen, MSD, Novartis, Pfizer y UCB.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a los miembros de los servicios de  
Dermatología y Reumatología del Hospital de la Santa Creu  
y Sant Pau la participación en el estudio y la derivación de  
pacientes a la consulta conjunta PAIDER y especialmente a  
las Dras. Eva Vilarrasa, Hye Park y Patricia Moya la cola-  
boración estrecha con el manejo conjunto de pacientes de  
nuestra consulta.

## Bibliografía

1. Okhovat JP, Ogdie A, Reddy SM, Rosen CF, Scher JU, Merola JF. Psoriasis and Psoriatic Arthritis Clinics Multicenter Advancement Network Consortium (PPACMAN) Survey: Benefits and Challenges of Combined Rheumatology-dermatology Clinics. *J Rheumatol.* 2017;44:693-4, <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.170148>.
2. Urruticoechea-Arana A, Serra Torres M, Hergueta Diaz M, González Guerrero ME, Fariñas Padron L, Navarro Martín S, et al. Experience and satisfaction with a multidisciplinary care unit for patients with psoriasis an psoriatic arthritis. *Reumatol Clin.* 2019;15:237-41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2017.07.007>.
3. Carubbi F, Chimenti MS, Blasetti G, Cipriani P, Musto A, Fagnoli MC, et al. Association of psoriasis and/or pso-

- 155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177
- riatic arthritis with autoimmune diseases: the experience of two Italian integrated Dermatology/Rheumatology outpatient clinics. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:2160-8, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13170>.
4. Queiro R, Coto P, Joven B, Rivera R, Navío Marco T, de la Cueva P, et al. Current status of multidisciplinary care in psoriatic arthritis in Spain: NEXUS 2.0 project. *Reumatol Clin.* 2020;16:24-31.
5. Cañete JD, Puig L. Multidisciplinary teams for psoriatic arthritis: on aims and approaches. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:325-7.
6. Gratacós J, Behrens F, Coates LC, Lubrano E, Thaçi D, Bundy C, et al. A 12-point recommendation framework to support advancement of the multidisciplinary care of psoriatic arthritis: A call to action. *Joint Bone Spine.* 2021;88:105175.
7. Luelmo J, Gratacós J, Moreno Martínez-Losa M, Ribera M, Romani J, Calvet J, et al. A report of 4 years of experience of a multidisciplinary unit of psoriasis and psoriatic arthritis. *Reumatol Clin.* 2014;10:141-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.01.004>.
8. Velez NF, Wei-Passanese EX, Husni ME, Mody EA, Qureshi AA. Management of psoriasis and psoriatic arthritis in a combined dermatology and rheumatology clinic. *Arch Dermatol Res [Internet].* 2012;304:7-13, <http://dx.doi.org/10.1007/s00403-011-1172-6>.
9. Von Ahnen JA, Gross G, Lull C, Blauth M, Kraemer B, Olsavszky V, et al. The Effect of an Interdisciplinary Dermatological-Rheumatological Consultation on the Outcome of Patients with Psoriasis with Musculoskeletal Pain: A Prospective, Single-Center Cohort Study. *Adv Ther.* 2023;40:5243-53, <http://dx.doi.org/10.1007/s12325-023-02667-y>.
10. Karmacharya P, Wright K, Achenbach SJ, Crowson CS, Ogdie A, Bekele D, et al. Time to transition from psoriasis to psoriatic arthritis: A population-based study. *Semin Arthritis Rheum.* 2022;1:52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2021.12.013>.
- 178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188

A. López Ferrer<sup>a,\*</sup>, H. Corominas Macias<sup>b</sup>, L. Puig Sanz<sup>a</sup> **Q1**  
y A. Laiz Alonso<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Reumatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alopezfe@santpau.cat](mailto:alopezfe@santpau.cat)  
(A. López Ferrer).

189  
190  
191