



Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



Revisiones

Clasificación de la artritis psoriásica

Delia Reina

Servicio de Reumatología, Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de diciembre de 2008

Aceptado el 7 de enero de 2009

Palabras clave:

Artritis psoriásica

Psoriasis

Factor reumatoide

RESUMEN

La artritis psoriásica es un reumatismo inflamatorio incluido en el grupo de las espondiloartropatías. Se define como una artropatía que se manifiesta en pacientes con psoriasis y se caracteriza por la ausencia de factor reumatoide. En 1960 se reconoció como una entidad clínica independiente y diferente de la artritis reumatoide. A lo largo de la historia de la reumatología se ha clasificado de muchas maneras diversas. Es una entidad clínicamente heterogénea y en muchas ocasiones su clasificación es difícil. Varios autores se han esforzado en consensuar criterios comunes de clasificación de la enfermedad, aunque no existe consenso al respecto puesto que la adecuada clasificación de los diferentes subtipos sigue siendo un tema polémico y controvertido. De entre los criterios que se han propuesto destaca los de Moll y Wright, que por su sencillez han sido los más utilizados. Asimismo cabe mencionar, por su enorme sensibilidad y especificidad, los novedosos y actuales criterios de clasificación CASPAR.

© 2008 SER. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados

Classification of psoriatic arthritis

ABSTRACT

Psoriatic arthritis is an inflammatory joint disease, included within the group of spondyloarthropathies. The diagnosis of psoriatic arthritis is made when a patient with psoriasis shows inflammatory arthritis and rheumatoid factor is usually negative. In 1960, psoriatic arthritis was recognized as a distinct entity from rheumatoid arthritis. Throughout the history of rheumatology, classifications of this disease have varied. Classification of this disease is hampered by its clinical heterogeneity. Several authors have attempted to define common classification criteria for psoriatic arthritis but consensus is still lacking, since appropriate classification of the distinct subtypes continues to be controversial. Notable among the criteria proposed are those of Moll and Wright, which, because of their simplicity, have become the most widely used. The latest classification, the CASPAR criteria, is also worth mentioning because of its high sensitivity and specificity.

© 2008 SER. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En el siglo xix, concretamente en 1822, Alibert comunica la asociación de artritis y psoriasis. No obstante, no fue hasta 1956 que Wright¹ definió la artritis psoriásica (AP) como una entidad clínica diferente de otras enfermedades reumatólogicas, como la artritis reumatoide (AR) o la espondilitis anquilosante (EA). Es una enfermedad que todavía hoy plantea dudas diagnósticas por su variada expresión

clínica. Es seguramente la enfermedad más heterogénea de nuestra práctica clínica habitual, y por ello a lo largo de la historia de la reumatología ha habido interés en diversas ocasiones en definirla y en intentar consensuar criterios de clasificación precisos.

Es evidente que la AP es una enfermedad claramente distinta de la AR, tanto clínicamente, como radiológica y patogénicamente²⁻⁵.

La AP se define como la artritis que se asocia a psoriasis, y la mayoría de los pacientes son seronegativos para el factor reumatoide (FR)⁶.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: deliareinasanz@yahoo.com

Este concepto data de 1960, cuando la American Rheumatism Association (ARA) consideró la AP como una entidad independiente y diferente de la AR. La afección de las articulaciones interfalangicas distales (IFD), la distribución asimétrica de la artritis, la presencia de dactilitis y de entesitis, así como la afección axial y la asociación con el antígeno de histocompatibilidad B27 que se describe en la AP, hace que se incluya a ésta dentro del grupo de las espondiloartropatías⁷.

En definitiva, y simplificando, el diagnóstico de AP se realiza cuando un paciente con psoriasis presenta artritis. El diagnóstico es más fácil si el FR es negativo⁸.

La AP es una enfermedad heterogénea y su clasificación en subgrupos es discutida. Se trata del reumatismo inflamatorio más difícil de clasificar debido al enorme abanico de presentaciones clínicas que puede adoptar. Para la práctica clínica y para la realización de estudios biomédicos es preciso intentar consensuar una clasificación de la enfermedad lo más parecida a la realidad asistencial y lo más sencilla posible, descartando técnicas complejas y costosas, y por qué no, incluyendo otras más sencillas, como la ecografía, que permitan detectar pacientes con artritis subclínica.

Recientemente, a partir de una iniciativa mundial se han propuesto criterios para clasificar la AP que suponen un gran paso adelante, pues permiten diagnosticar la AP en pacientes en los que hasta ahora no era posible hacerlo. Se trata de los criterios CASPAR, que luego se comentan, resultado de un arduo trabajo.

Artritis psoriásica

Etiología

El origen de la AP no se conoce, aunque se cree que en la etiología inflamatoria de la enfermedad coinciden factores genéticos, inmunológicos y ambientales⁹.

Hay una clara agrupación familiar tanto en la psoriasis cutánea como en la AP, y hay estudios que concluyen que determinados antígenos del HLA están presentes frecuentemente en los pacientes con AP. Por ejemplo, y entre otros, el HLA-DR7a se encuentra con mucha frecuencia en pacientes con psoriasis y AP¹⁰.

Podría existir una heterogeneidad genética que explicaría la gran cantidad de expresiones clínicas de la AP. El antígeno de histocompatibilidad B27 está asociado a la forma axial de la enfermedad.

Existen cambios histológicos bien conocidos que confirman la naturaleza inflamatoria de la AP. Se describe una hiperplasia de la sinovial, igual que en la AR, pero con menos macrófagos y más vascularización; además, la actividad de los fibroblastos, tanto de la piel como de la sinovial, está aumentada.

Tanto las infecciones como los traumatismos parecen estar presentes en la patogénesis de la AP. La relación temporal entre algunas infecciones y el inicio de la AP hace pensar que ciertos virus o bacterias ejercen un papel patogénico en la AP. La artritis es en ocasiones inducida por un traumatismo, y ello respondería a un profundo fenómeno de Koebner. Dos ejemplos de este posible mecanismo patogénico podrían ser la fascitis plantar o la afectación de IFD¹¹.

Epidemiología

La primera descripción de un paciente con psoriasis que además presentaba artritis data de principios del siglo xix, pero fue Wright el primero en informar de que existía una nueva forma de artritis asociada a una enfermedad cutánea llamada psoriasis¹².

La frecuencia de artritis en los pacientes con psoriasis es más elevada que en la población general y oscila entre el 10 y el 40%, y por otra parte la psoriasis es más frecuente en los pacientes con artritis; la prevalencia de la psoriasis en la población general es del 1-2%, frente al 20% en los pacientes con artritis seronegativa. La incidencia de AP en varones y mujeres es prácticamente la misma. La edad de

inicio de la artritis se sitúa entre los 30 y los 40 años, normalmente de 10 a 20 años después del inicio de la psoriasis.

A pesar de que durante muchos años se ha discutido sobre si la AP era una entidad propia o si por el contrario se trataba de la coincidencia de 2 enfermedades (psoriasis y artritis), hoy se acepta que la AP es una entidad bien diferenciada. Se considera una artritis inflamatoria asociada a psoriasis cutánea seronegativa para el FR, claramente diferente de la AR. Es importante estudiar las diferentes poblaciones en el mundo para obtener datos acerca de la incidencia y la prevalencia de la AP, y para ello es imprescindible que haya criterios de clasificación consensuados, pues hay que cerciorarse de que se habla de la misma enfermedad¹³.

Manifestaciones clínicas

Cualquier forma de psoriasis puede acompañar a la artritis. La AP es una enfermedad inflamatoria articular y extraarticular. La mayoría de pacientes presenta mono, oligo o poliartritis de grandes o pequeñas articulaciones. Normalmente es una enfermedad asimétrica, a diferencia de la AR, y se distingue por la afectación de las articulaciones IFD. Menos del 5% de los pacientes presentan una forma grave, la artritis mutilante (fig. 1).

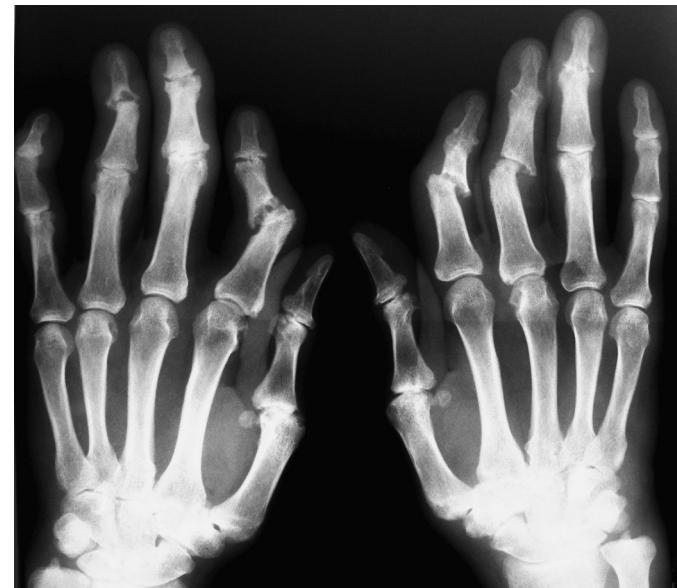


Figura 1
Artritis mutilante.

La dactilitis, la espondilitis y la entesitis son manifestaciones clínicas de la AP. La dactilitis o "dedo en salchicha" es la tenosinovitis de los flexores y es característica de las espondiloartropatías. Según las series, la espondilitis suele ir acompañada de artritis periférica en el 5 al 50% de los pacientes con AP, y se asocia al antígeno de histocompatibilidad B27. La entesitis es muy característica de todas las espondiloartropatías, y en la AP es muy frecuente la entesitis calcánea.

Desde el punto de vista extraarticular la manifestación más frecuente es, obviamente, la psoriasis vulgar. Además se describe onicopatía psoriásica hasta en el 90% de los pacientes con AP. También puede haber afectación ocular en forma de iritis, conjuntivitis o uveítis.

Pronóstico

La evolución de la AP es algo anárquica, con períodos aleatorios de empeoramiento y de remisión. Sólo una minoría de pacientes padece artritis deformante. Las series recogidas en centros monográficos o clínicas especializadas han aportado en muchas ocasiones datos sesgados de la AP. En ocasiones se cree que la AP es una enfermedad grave cuando, observada en su conjunto en nuestro medio, tiene un buen pronóstico^{14,15}.

Las formas poliarticulares y algunas formas axiales son las de peor pronóstico. Probablemente algunos antígenos HLA pueden ser marcadores pronósticos de la enfermedad. En la AP la mortalidad es menor que en la AR¹⁶⁻¹⁷.

Tratamiento

El tratamiento va dirigido a frenar el proceso inflamatorio con la finalidad de evitar el daño derivado de la AP. No se debe perder de vista que hay que sincronizar el tratamiento dirigido a resolver la enfermedad cutánea y articular. Los antiinflamatorios no esteroideos y un tratamiento tópico para la piel suelen bastar en la mayoría de casos leves. Son útiles los glucocorticoides por vía oral y por vía local. Cuando la artritis es persistente se añaden tratamientos modificadores de la enfermedad, como antipalúdicos, metotrexato, sulfasalazina y ciclosporina A. Hoy se dispone además de tratamientos con antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa que se utilizan frecuentemente en casos rebeldes al tratamiento convencional: infliximab, etanercept y adalimumab. Estos tratamientos son también útiles en el tratamiento de la psoriasis cutánea.

Resumen histórico de la clasificación de la artritis psoriásica

La clasificación de la AP en subgrupos se ha debatido en los últimos 30 años por infinidad de autores. El motivo era mejorar los criterios de Moll y Wright, criterios que han sido tan criticados como utilizados.

Todavía hoy no existen criterios diagnósticos precisos para la AP, por lo que suelen utilizarse los criterios de Moll y Wright, con las limitaciones que esto comporta. La realidad es que la lesión cutánea es, en ocasiones, posterior a la afectación articular, o que nos encontramos con formas clínicas diferentes a la artritis: dactilitis o entesitis. La experiencia de cada uno ayuda a establecer el diagnóstico cuando no podemos apoyarnos en los criterios establecidos, y recientemente ha sido muy útil la aparición de los criterios CASPAR debido a su elevada especificidad.

Los criterios de clasificación de cualquier enfermedad tienen que ser capaces de identificar el mayor número posible de enfermos o, lo que es lo mismo, han de tener una elevadísima sensibilidad. Si lo que se pretende es detectar un gran número de casos para un estudio, se requieren criterios de reclutamiento con alta especificidad, para conseguir así una población altamente homogénea. Es importante distinguir entre criterios de clasificación y criterios

diagnósticos: los criterios de clasificación deben ser muy específicos para asegurar una población homogénea, mientras que los criterios diagnósticos requieren una alta sensibilidad para estar seguros de que incluimos a todos los pacientes con una determinada enfermedad.

Taylor et al¹⁸ compararon en un interesante estudio los diferentes criterios de clasificación de la AP. Concluyeron que los criterios con mayor sensibilidad para diagnosticar la AP fueron los de Vasey y Espinoza, los de McGonagle y los de Gladman. La especificidad de todos los criterios estudiados fue alta y estadísticamente similar. Los criterios de Fournie fueron los más difíciles de utilizar, mientras que los de Vasey y Espinoza y los de Moll y Wright resultaron ser los más fáciles de aplicar. Concluyeron que, exceptuando los criterios de Bennett y los del Grupo Europeo (European Spondyloarthropathy Study Group), con una baja sensibilidad, el resto (Vasey y Espinoza, Gladman y McGonagle) son criterios útiles para distinguir la AP de la AR¹⁸.

Criterios según Moll y Wright

En 1973 Moll y Wright definieron la AP como una artritis inflamatoria en pacientes con psoriasis y en ausencia de FR. Definieron 5 patrones clínicos generales que no tienen por qué ser permanentes en el tiempo en un mismo paciente. Estos patrones son:

1. Artritis de las articulaciones IFD.
2. Artritis destructiva o mutilante.
3. Poliartritis simétrica.
4. Oligoartritis asimétrica.
5. Espondiloartropatía.

Seguramente ésta ha sido la clasificación más utilizada por todos los reumatólogos hasta la fecha. Estos patrones, tan diferenciados sobre el papel, no corresponden del todo a la realidad, o mejor dicho son poco aplicables en la práctica clínica, donde con frecuencia nos encontramos con varias de las manifestaciones a la vez y, por supuesto, con cambios en el tiempo. Por ejemplo, todos hemos visitado a un paciente que al inicio de la enfermedad presentaba una forma oligoarticular de la artritis y que al poco tiempo ha evolucionado a una forma poliarticular, pero que además siempre ha tenido afectadas las IFD y que cuando lo hemos querido clasificar para algún estudio nos ha sido imposible etiquetarlo con un único apellido.

Seguramente Moll y Wright, al querer simplificar al máximo la clasificación de una enfermedad tan compleja, no consideraban en su clasificación formas clínicas como la entesitis o la dactilitis.

Con el tiempo estos subgrupos han sido desplazados por 3 sencillas formas clínicas:

1. Oligoarticular.
2. Poliarticular.
3. Espondilitis.

Esto permite simplificar la clasificación propuesta inicialmente por Moll y Wright.

Todas las modificaciones que han seguido a las de Moll y Wright han pretendido ser más específicas que los criterios originales. Helliwell¹⁹ o Veale²⁰ son autores que han intentado proponer modificaciones a los criterios de Moll y Wright.

Torre Alonso²¹ consideró retirar la categoría de afectación de IFD, porque puede estar presente en cualquiera de las demás categorías, manteniendo los otros 4 criterios originales de Moll y Wright.

Ya hemos comentado que los 5 subgrupos no son estables en el tiempo, hecho que dificulta el tratamiento clínico de los pacientes y su pronóstico. Jones et al²² encontraron una frecuente progresión de las formas oligoarticulares en el inicio a formas poliarticulares, hecho corroborado por Marsal²³. Marsal sugirió en un estudio que la clasificación puede apurarse todavía más considerando únicamente 2 formas de AP: la forma periférica y la forma axial (cuando hay sacroileitis, haya o no artritis periférica).

Criterios según Bennett²⁴

Datan de 1979. Se exigen criterios clínicos obligatorios, como la presencia de psoriasis e inflamación articular, y además se añaden criterios complementarios que exigen un análisis del líquido sinovial y una muestra sinovial, por lo que la clasificación resulta complicada.

Criterios según Vasey y Espinoza²⁵

En 1984 se define la presencia de psoriasis como criterio obligatorio, con presencia de afectación articular periférica o central. La sensibilidad de estos criterios es de 0,972, y la especificidad, de 0,960.

Criterios según Gladman⁶

En 1987 se mantienen los criterios de Moll y Wright, pero se añaden criterios de exclusión, como la ausencia de nódulos reumatoideos, osteonecrosis de grado IV, artritis reactiva, artritis enteropáticas, gota y lupus eritematoso sistémico. Además, Gladman consideró ampliar los 5 subgrupos a 7:

1. Afectación de IFD.
2. Oligoartritis.
3. Poliartritis.
4. Espondilitis.
5. Afectación distal con espondilitis.
6. Oligoartritis con espondilitis.
7. Poliartritis con espondilitis.

La artritis mutilante, dada su baja frecuencia, no se proponía como un grupo aparte.

Criterios según el Grupo de estudio europeo para las espondiloartropatías (GEEE)²⁶

En 1991 aparecen los primeros criterios de la historia que permiten una clasificación de la AP sin que haya psoriasis cutánea. En su conjunto tienen tanto una especificidad como una sensibilidad del 87%.

Se quisieron establecer criterios que pudiesen incluir pacientes con artropatía indiferenciada, y para ello se estudiaron 403 pacientes con espondiloartropatía y 674 controles con otras enfermedades reumáticas. Se incluyó a 168 pacientes con EA, 68 con AP, 41 con artritis reactiva, 17 con artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y 109 con espondiloartritis indiferenciada. Según el análisis estadístico realizado, se consensuaron criterios diagnósticos de espondiloartropatía fáciles de aplicar en la práctica clínica (tabla 1).

Criterios según Fournie²⁷

En 1999 se proponen criterios basados en datos clínicos valorados de forma retrospectiva. Se establece un modelo de clasificación ba-

sado en una puntuación. La metodología estadística utilizada resulta problemática. La puntuación recibida para los diferentes criterios no está bien estudiada, de tal forma que un paciente puede alcanzar la puntuación necesaria para el diagnóstico con criterios como: historia familiar de psoriasis, HLA B27 positivo y negatividad para el FR, sin requerir la presencia de psoriasis o artritis.

Criterios según McGonagle²⁸

En 1999 aparecen criterios difíciles de aplicar en la práctica clínica, pues además de exigir la presencia de psoriasis o bien historia familiar de ella, hay otros criterios que hablan de entesitis demostrada mediante resonancia magnética. Posteriormente el autor valida también la utilización de la radiografía simple para valorar la entesitis. El algoritmo clínico para el diagnóstico de la AP propuesto por McGonagle se muestra en la figura 2.

En la tabla 2 se exponen las principales características de los diferentes criterios de clasificación en la AP²⁹.

Figura 2

Algoritmo clínico para el diagnóstico de la AP propuesto por Mc Gonagle.

Tabla 2

Características principales de algunos criterios de clasificación en la artritis psoriásica

	Moll	Gladman	Bennet	Vasey	GEEE	Mc Gonagle	Fournié
Evidencia de psoriasis	+	+	+	+	+	+	+
Artritis periférica	+	+	+	+	+	+	+
Afectación de IFD	-	-	+	+	-	+	+
FR negativo	+	-	+	+	-	+	+
Sacroileítes clínica	+	+	-	-	+	+	+
Espondilitis clínica	+	+	-	+	+	+	+
Dactilitis	-	-	+	-	-	+	+
Características radiográficas	-	-	+	-	-	+	+
HLA	-	-	-	-	-	-	+
Historia familiar de psoriasis	-	-	-	-	+	-	+
Otras características	-	Excluir otras artritis	Ausencia de nódulos/ artritis asimétrica	-	Artritis asimétrica	+	-

GEEE: Grupo de Estudio Europeo para las Espondiloartritis; HLA: antígeno leucocitario humano; IFD: interfalangicas distales; FR: factor reumatoide.

Tabla 1

Criterios diagnósticos de espondiloartropatía según el Grupo de Estudio Europeo para las Espondiloartropatías (GEEE)

Dolor axial inflamatorio o sinovitis asimétrica o de predominio en las extremidades inferiores, con una o más de las siguientes:
Historia familiar de espondiloartropatía
Psoriasis
Enfermedad inflamatoria intestinal
Uretritis
Diarrea
Dolor alternante de nalgas
Entesopatía
Sacroileítes radiológica

Criterios CASPAR

Los criterios de clasificación CASPAR³⁰ para la AP (tabla 3) se basan en datos prospectivos y no en conceptos teóricos, y en un futuro permitirán realizar estudios homogéneos en la AP. La sensibilidad (0,914) no es superior a la sensibilidad de criterios ya existentes, como los de Vasey y Espinoza. La especificidad (0,987) sí es muy alta y permite minimizar el número de pacientes mal clasificados. Además son criterios sencillos, de fácil manejo.

Se trata de una iniciativa mundial que ha querido desarrollar nuevos criterios de clasificación para la AP que incluyen aspectos clínicos y radiológicos. Son criterios altamente sensibles y específicos que permiten diagnosticar una AP con FR positivo, incluso sin psoriasis cutánea.

A falta de demostrar su validez universal, los criterios CASPAR parecen ser una herramienta muy útil que permitirá en un futuro cercano unificar criterios en los estudios sobre la AP. Son criterios diseñados para clasificar a los pacientes con AP y no para valorar a pacientes en fases iniciales de la enfermedad, de tal manera que una de las principales limitaciones de los criterios CASPAR es su aplicabilidad en la AP de reciente comienzo. Cabe destacar que en el estudio que desarrolló los criterios la media de duración de la enfermedad de los casos fue de 12,5 años. La presencia de afectación espinal o entésica son términos incluidos en los criterios de clasificación que deberán definirse mejor para una mayor precisión diagnóstica.

Conclusión

Se puede afirmar que hoy ya nadie discute que la AP es un reumatismo bien diferenciado. En cambio, todavía son muchos los criterios de clasificación utilizados en una de las enfermedades más heterogéneas de la reumatología.

Necesitamos herramientas que nos permitan diferenciar la AP del resto de reumatismos inflamatorios, tanto en la práctica clínica como en la realización de estudios.

Los reumatólogos hemos utilizado mayoritariamente durante los últimos 30 años los criterios de clasificación para la AP de Moll y Wright, criterios simples, pero no válidos en múltiples ocasiones. Durante todo este tiempo han sido muchos los autores interesados en proponer modificaciones a los criterios mencionados, y muchos los esfuerzos en conseguir clasificar una enfermedad tan heterogénea. Puede afirmarse que en la actualidad los nuevos criterios de clasificación CASPAR han permitido dar un gran paso adelante, incluyendo criterios clínicos y radiológicos. Son criterios con una alta especificidad en la práctica clínica y su uso resulta muy sencillo. Los expertos aconsejan que sean, a partir de ahora, los criterios de elección en los futuros estudios clínicos de la AP.

Tabla 3

Criterios CASPAR

Enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal o entésica), con 3 o más de los siguientes:

- Presencia actual de psoriasis, historia personal o familiar de psoriasis
- Onicopatía psoriásica
- Factor reumatoide negativo
- Dactilitis en la actualidad o historia de dactilitis
- Evidencia radiológica de neoformación ósea nueva yuxtaarticular

Especificidad: 0,987; Sensibilidad: 0,914

Bibliografía

1. Wright V. Psoriasis and arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1956;15:348-56.
2. Helliwell PS, Porter G, Taylor WJ. Polyarticular psoriatic arthritis is more like oligoarticular psoriatic arthritis, than rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:113-7.
3. McGonagle D, Conaghan PG, Emery P. Psoriatic arthritis: a unified concept twenty years on. *Arthritis Rheum.* 1999;42:1080-6.
4. Kruithof E, Baeten D, De Rycke L, Vandooren B, Foell D, Roth J. Synovial histopathology of psoriatic arthritis, both oligo- and polyarticular, resembles spondyloarthropathy more than it does rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther.* 2005;7:R569-80.
5. Veale DJ, Ritchlin C, FitzGerald O. Immunopathology of psoriasis and psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2005; Suppl 2: ii26-9.
6. Gladman DD, Shuckett R, Russell ML, Thorne JC, Schachter RK. Psoriatic arthritis (PSA): an analysis of 220 patients. *Q J Med.* 1987;62:127-41.
7. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Dermatol Ther.* 2004;17:350-63.
8. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1995;9:319.
9. Gladman DD. Psoriatic arthritis: recent advances in pathogenesis and treatment. *Rheum Dis Clin North Am.* 1992;18:247-56.
10. Eastmond CJ. Psoriatic arthritis. Genetics and HLA antigens. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1994;8:263-76.
11. Vasey FB. Aetiology and pathogenesis of psoriatic arthritis. En: Gerber LH, Espinoza LR, editors. *Psoriatic arthritis.* Orlando, Florida: Grune & Stratton; 1985. p. 45.
12. Wright V. Psoriasis and arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1956;15:348-56.
13. Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis: a systematic review. *J Rheumatol.* 2008;35:1354.
14. Scarpa R, Oriente P, Pucino A, Torella M, Vignone L, Riccio A, et al. Psoriatic arthritis in psoriatic patients. *Br J Rheumatol.* 1984;23:246-50.
15. Reina Sanz D, del Blanco J, Bonet M, Castaño C, Clavaguera T, Mateo L, et al. Functional impairment in psoriatic arthritis. Multicentric study of 343 patients. *Med Clin (Barc).* 2007;129:201-4.
16. Gladman DD, Farewell VT, Wong K, Huted J. Mortality studies in psoriatic arthritis: results from a single outpatient centre. Prognostic indicators for death. *Arthritis Rheum.* 1998;41:1103-10.
17. Sihvonen S, Korpela M, Laippala P, Mustonen J, Pasternack A. Death rates and causes of death in patients with rheumatoid arthritis: a population-based study. *Scand J Rheumatol.* 2004;33:221-7.
18. Taylor J, Marchesoni A, Arreghini M, Sokoll K, Helliwell P. A comparison of the performance characteristics of classification criteria for the diagnosis of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2004;34:575-84.
19. Helliwell P, Marchesoni A, Peters M, Barrer M, Wright V. A re-evaluation of the osteoarticular manifestations of psoriasis. *Br J Rheumatol.* 1991;30:339-45.
20. Veale D, FitzGerald O. Psoriatic arthritis. "DIP or not DIP? That is the question." *Br J Rheumatol.* 1992;31:430-1.
21. Torre Alonso JC, Rodríguez Pérez A, Arribas Castrillo JM, Ballina García J, Riestra Noriega JL, López Larrea C. Psoriatic arthritis: a clinical, immunological and radiological study of 180 patients. *Br J Rheumatol.* 1991;30:245-50.
22. Jones SM, Armas JB, Cohen MG, Lovell CR, Evison G, McHugh NJ. Psoriatic arthritis: outcome of disease subsets and relationship of joint disease to nail and skin disease. *Br J Rheumatol.* 1994;33:834-9.
23. Marsal S, Armadans-Gil L, Martínez M, Gallardo D, Ribera A, Lience E. Clinical, radiographic and HLA associations as markers for different patterns of psoriatic arthritis. *Rheumatology.* 1999;38:332-7.
24. Bennett R. Psoriatic arthritis. En: Mc Carty DJ, editor. *Arthritis and related conditions.* Philadelphia: Lea and Fabiger; 1979. p. 645.
25. Vasey B, Espinoza L. *Psoriatic arthritis.* En: Calin A, editor. *Spondyloarthropathies.* Orlando: Grune and Stratton; 1984. p. 151-85.
26. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum.* 1991;34:1218-27.
27. Fournie B, Caignier L, Arnaud C, Zabraniecki L, Lascaux-Lefevre V, Marc V. Proposed classification criteria of psoriatic arthritis. A preliminary study of 260 patients. *Rev Rhum Engl Ed.* 1999;66:446-56.
28. McGonagle D, Conaghan PG, Emery P. Psoriatic arthritis: a unified concept twenty years on. *Arthritis Rheum.* 1999;42:1080-6.
29. Fernández Sueiro JL, Pérez Díaz S. Nuevos criterios de clasificación en la artritis psoriásica. *Reumatol Clin.* 2007; 3 Supl 2:S10-5.
30. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, and the CASPAR Study Group. Classification Criteria for Psoriatic Arthritis. Development of New Criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006;54:2665-73.