



## Utilidad y aplicación en la práctica clínica de los criterios CASPAR

Juan Carlos Torre Alonso

Hospital Monte Naranco, Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo, Asturias, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 13 de diciembre de 2009

Aceptado el 23 de diciembre de 2009

On-line el 12 de febrero de 2010

#### Palabras clave:

Artritis psoriásica  
Criterios de clasificación  
CASPAR

### RESUMEN

Varios criterios de clasificación para la artritis psoriásica han sido propuestos en la literatura, pero no está claro cuál de ellos es el que mejor representa el amplio espectro de la enfermedad. Ninguno de estos criterios de clasificación ha sido unánimemente aceptado. Recientemente se han publicado nuevos criterios de clasificación (CASPAR). Su aplicación es sencilla, rápida y fácil. Además tiene dos aportaciones realmente importantes. La primera es que permite el diagnóstico de artritis psoriásica en ausencia de psoriasis cutánea en el momento del diagnóstico. La otra novedad es que podemos clasificar a un paciente como artritis psoriásica aun con factor reumatoide positivo. Los criterios CASPAR tienen una sensibilidad del 91,4% y una especificidad del 98,7%. Parece, en cambio, que en la artritis psoriásica de reciente inicio la sensibilidad no es tan alta. Se precisa definir mejor lo que es una artritis inflamatoria.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Use and application in clinical practice of the CASPAR criteria

#### ABSTRACT

Several classification criteria for psoriatic arthritis have been proposed in the literature but it is still unclear which one of them best represents the diseases' ample spectrum. None of these classification criteria have been universally accepted. New classification criteria (CASPAR) have been recently published. Their application is simple, fast and easy to perform. In addition, they show two important qualities. One is that they allow for the diagnosis of psoriatic arthritis even when there is no skin disease present at the moment of diagnosis. The other is that it enables us to classify a patient as having psoriatic arthritis in spite of a positive rheumatoid factor. The CASPAR criteria have a sensitivity of 91.4% and a specificity of 98.7%. It seems, in contrast, that it is not as high for recent-onset psoriatic arthritis. Therefore establishing the definition of inflammatory arthritis becomes paramount.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

#### Keywords:

Psoriatic arthritis  
Classification criteria  
CASPAR

### Introducción

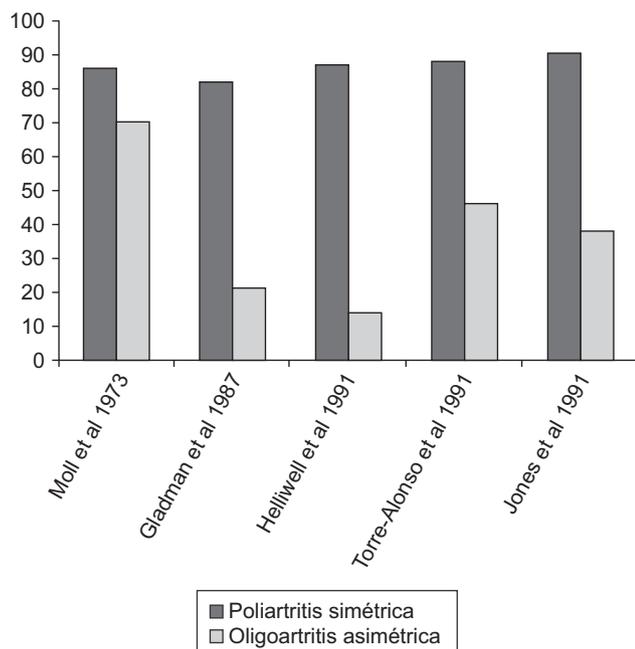
El concepto de artritis psoriásica (APs) como entidad clínica es reciente. A pesar de que las primeras publicaciones que relacionan psoriasis y artritis datan de inicios del siglo XIX, todavía en 1960 Hollander publicaba una clasificación de las enfermedades reumáticas en la que designa a la «artritis con psoriasis» como una «atípica artritis reumatoide». Los numerosos artículos europeos que aparecen en esa época destacando algunos rasgos diferenciales, como la sinovitis de las articulaciones interfalángicas distales, el carácter mutilante, la afeción del esqueleto axial, la agregación familiar, la ausencia de nódulos o la seronegatividad configuran la existencia de una artropatía asociada a la psoriasis y diferente de la artritis reumatoide. A principios de la década de los setenta surge, impulsado por Moll y Wright, el concepto de espondiloartropatía, denominación que incluye, entre otras

enfermedades, la APs<sup>1</sup>. Son precisamente Moll y Wright los que en 1973 acuñaron la actual definición de la enfermedad: artritis inflamatoria seronegativa asociada a psoriasis<sup>2</sup>.

La prevalencia exacta se desconoce y ello se debe en parte a la ausencia de criterios de diagnóstico y de clasificación ampliamente aceptados, como los fijados para otras enfermedades reumáticas. Se trata de una enfermedad de difícil definición, con manifestaciones clínicas muy heterogéneas y, además, de curso remitente e independiente<sup>3-5</sup>. No existe un solo rasgo clínico, patológico (fig. 1) o radiológico que sea único de la APs.

La mayoría de los criterios de clasificación intentan homogeneizar a los pacientes para diferentes series de estudios epidemiológicos, clínicos o terapéuticos. El verdadero objetivo de unos criterios diagnósticos, sin embargo, sería diagnosticar a los pacientes que realmente tienen una APs y, más aún, determinar cuántos pacientes que tienen una artritis precoz efectivamente tienen APs. En la práctica clínica hay diferencias entre los reumatólogos a la hora de instaurar un diagnóstico de APs, e incluso se llega a que, en ocasiones, no se establezca un

Correo electrónico: jctorre@telecable.es



**Figura 1.** Proporción de pacientes en oligoartritis asimétrica y poliartritis simétrica en diferentes series de pacientes con artritis psoriásica.

diagnóstico correcto. Esto es así porque las manifestaciones clínicas que afectan al aparato locomotor y el sistema tegumentario varían en el tiempo tanto en su expresión como en su relación, aspecto muy importante para el diagnóstico de la enfermedad.

Se ha publicado varias propuestas de criterios de clasificación, pero no está claro cuál de ellas es la que mejor representa el amplio espectro de la enfermedad. Ninguno de estos criterios de clasificación ha sido unánimemente aceptado, bien por desacuerdo clínico, bien por lo engorroso que resultaría la utilización de alguno de ellos en la práctica clínica.

Los primeros criterios utilizados fueron la consecuencia de aplicar a la práctica clínica el concepto de APs definido por Moll y Wright<sup>2</sup>. Se basaba, pues, en la presencia de psoriasis cutánea y/o ungueal y artritis pero con la salvedad de no tener factor reumatoide. Estos criterios son sencillos y fácilmente aplicables en la práctica clínica y, de hecho, son los más utilizados en los diferentes estudios. Sin embargo, tienen algunos problemas que no debemos olvidar:

- La psoriasis puede preceder, ser concomitante o aparecer después de la artritis. En este último caso, el paciente puede ser diagnosticado erróneamente de una artritis inflamatoria diferente de la APs.
- La psoriasis puede localizarse en lugares ocultos como cuero cabelludo, surco interglúteo, etc., y pasar inadvertida o restringirse sólo a las uñas, con lo que se puede interpretar como lesión infecciosa o traumática.
- La psoriasis es una dermatosis común que afecta al 2% de la población y puede coincidir con la artritis reumatoide.

Otro de los problemas que nos podemos encontrar al utilizar los criterios de Moll y Wright es la presencia/ausencia de factor reumatoide. Sabemos que el factor reumatoide, a títulos bajos, puede presentarse en un 5 – 10% de la población sana. Algunas series incluyen a pacientes con artritis inflamatorias y psoriasis que tiene factor reumatoide positivo a títulos bajos, aunque excluyen a los que presentan otras características típicas de

**Tabla 1**

Criterios para artritis psoriásica (APs) propuestos por Bennett

Obligatorio	Evidencia clínica de psoriasis (piel o uñas) Dolor e hinchazón en tejidos blandos y/o limitación del movimiento en una articulación, observada por un médico, de al menos 6 semanas de duración
Complementario	Dolor e hinchazón en tejidos blandos y/ o limitación del movimiento en una o varias articulaciones, observado por el médico Presencia de artritis inflamatoria en articulación interfalángica distal. Exclusión específica: nódulos Bouchard y Heberden Dedos en salchicha en manos y pies Distribución de artritis asimétrica en manos y pies Ausencia de nódulos subcutáneos Factor reumatoide negativo en suero Líquido sinovial inflamatorio con normal o aumentado C3 o C4 y ausencia de infección y cristales de urato monosódico y pirofosfato Biopsia sinovial que muestra una hipertrofia de la sinovial predominantemente con un infiltrado de células mononucleares y ausencia de tumor o granuloma Radiografías periféricas con artritis erosiva de las pequeñas articulaciones y una relativa falta de la osteoporosis. Exclusión: osteoartritis erosiva Radiografías axiales con cualquiera de los siguientes: sacroilitis, sindesmofitos, osificación paravertebral

APs definitiva: obligatorio más de 6; APs probable: obligatorio más de 4; APs posible: obligatorio más de 2.

artritis reumatoide como nódulos o manifestaciones extraarticulares.

Finalmente, el diagnóstico basado en la manifestación osteoarticular puede ser erróneo. Si la lesión articular es una entesitis y/o tenosinovitis, ateniéndose a los criterios de Moll y Wright, el diagnóstico de artritis inflamatoria (periférica y/o sacroilitis o espondilitis) no se puede realizar.

En 1979, Bennet<sup>6</sup> propuso unos nuevos criterios basados en la definición de Moll y Wright (tabla 1). La presencia de psoriasis y manifestaciones articulares (dolor, tumefacción y/o limitación de la movilidad) son datos obligatorios para el diagnóstico. Junto con ellos, una serie de manifestaciones clínicas características de la artritis psoriásica, a las que se unen rasgos radiológicos y estudios citológicos e histológicos de líquido sinovial y membrana sinovial respectivamente. La dificultad para obtener estos datos lastró la utilización de los criterios de tal forma que no han sido validados en estudios clínicos.

Vasey et al<sup>7</sup> publicaron en 1984 nuevos criterios de APs basándose en datos clínicos (psoriasis y artritis) y radiológicos, más ausencia de factor reumatoide (tabla 2). Dividieron la manifestación articular en periférica con rasgos clínicos distintivos como la artritis interfalángica, los dedos en salchicha o las imágenes características de lápiz copa, y axial con la sacroilitis unilateral o bilateral. Al igual que los criterios de Bennet, los de Vasey et al no han sido validados ni usados en ningún estudio publicado en MEDLINE.

El grupo canadiense de Gladman publicó<sup>8</sup> varios estudios observacionales de pacientes con APs y propusieron unos criterios modificados de Moll y Wright. El dato diferencial más llamativo es la posibilidad de que los pacientes con APs tengan factor reumatoide positivo, con la peculiaridad de no tener nódulos reumatoides. Contienen además otra serie de exclusiones, como la artritis reumatoide, la artritis microcristalina, la artrosis, la artritis reactiva y la enfermedad intestinal inflamatoria crónica.

En 1991 se publicaron los criterios de clasificación de las espondiloartropatías (SpA) del grupo Europeo de estudio de las SpA (tabla 3)<sup>9</sup>. Aunque el objetivo es clasificar al conjunto de las SpA, entidades nosológicas pertenecientes a este grupo

**Tabla 2**

Criterios para artritis psoriásica propuestos por Vasey y Espinoza (se define por el criterio I más uno de los criterios II o III)

I	Psoriasis en piel o uñas
II	Patrón periférico Dolor e hinchazón en tejidos blandos con o sin limitación de movimiento en las articulaciones interfalángicas distales durante 4 semanas Dolor e hinchazón en tejidos blandos con o sin limitación de movimiento en articulaciones periféricas con un patrón asimétrico al menos durante 4 semanas. Incluye dedos en salchicha Artritis periférica simétrica durante 4 semanas en ausencia de factor reumatoide o nódulos subcutaneous Deformidad en lápiz copa, reabsorción de falanges terminales, periostitis y anquilosis ósea
III	Patrón central Dolor vertebral y rigidez con limitación del movimiento presente durante al menos de 4 semanas Sacroilitis simétrica de grado 2 (criterio de New York) Sacroilitis unilateral de grado 3-4

**Tabla 3**

Criterios del Grupo Europeo para el Estudio de las Espondiloartropatías, modificados para artritis psoriásica

Dolor inflamatorio vertebral o Sinovitis (cualquiera de las formas asimétricas o predominantemente en extremidades inferiores) Y una o más de las siguientes: Antecedentes de psoriasis en la familia Psoriasis
--

(como la APs) pueden ser identificadas utilizando estos criterios. Si analizamos la posibilidad de diagnosticar una APs con estos criterios, nos encontramos con dos hechos importantes. El primero es reconocer una APs en ausencia de psoriasis basándonos en la existencia de antecedentes familiares. El rasgo negativo es que no reconoce la entesitis ni la tenosinovitis como formas clínicas de APs, ya que son criterios jerárquicos que sólo reconocen la sinovitis periférica y el dolor raquídeo inflamatorio. Estamos, pues, ante criterios que, de ser utilizados, tienen una baja sensibilidad.

McGonagle et al<sup>10</sup> recientemente han propuesto un modelo fisiopatológico para las SpA basado en la localización del proceso infamatorio en las entesis utilizando estudios de imagen de resonancia magnética (RM). Los criterios diagnósticos propuestos por McGonagle et al (tabla 4) se basan en la presencia de psoriasis o historia familiar de psoriasis y alguno de los rasgos clínicos y radiológicos distintivos de la enfermedad, como la afección interfalángica distal, la dactilitis, la sacroilitis, etc. Pero sin duda la máxima aportación de estos nuevos criterios diagnósticos es el hecho, no recogido hasta el momento en las diferentes clasificaciones, de reconocer la entesitis como rasgo característico para el diagnóstico de la APs. La dificultad radica en que el modelo de McGonagle et al se basa en estudios de RM y, por lo tanto, la imposibilidad de trasladarlo a la práctica clínica. Posteriormente se modificó el último apartado sustituyéndolo por un estudio radiológico.

En 1999 Fournie et al<sup>11</sup> publicaron un conjunto de criterios diagnósticos basados en análisis estadísticos de los datos clínicos, analíticos, radiológicos y de histocompatibilidad recogidos de pacientes con APs, espondilitis anquilosante y artritis reumatoide (tabla 5). Para establecer el diagnóstico de APs (sensibilidad, 95%; especificidad, 98%), se requieren 11 puntos, que se obtienen de ocho rasgos característicos de la enfermedad (psoriasis, artritis, lesión radiológica, marcadores de histocompatibilidad, etc.); cada uno de ellos tiene diferente valor. La aportación destacable

**Tabla 4**

Criterios modificados para la artritis psoriásica propuestos por McGonagle et al

Psoriasis o historia familiar de psoriasis Además de cualquiera de: Entesitis inflamatoria clínica Entesitis radiográfica (sustituye a las pruebas de resonancia magnética con evidencia de entesitis) Artritis interfalángicas distales Sacroilitis/espondilitis Artropatía (SAPHO, espondilodiscitis, artritis mutilante, onicopauquidermoperiostitis, osteomielitis crónica multifocal recurrente) Dactilitis Monoartritis Oligoartritis
--

**Tabla 5**

Criterios para la artritis psoriásica propuestos por Fournie et al

Criterios	Puntos
1. Psoriasis previa o concomitante con inicio de artritis	6
2. Antecedente familiar de psoriasis (si el criterio 1 es negativo) o psoriasis ulterior al inicio de la artritis	3
3. Artritis de interfalanges distales	3
4. Monoartritis asimétrica u oligoartritis	1
5. Dolor en nalgas, talones, pared torácica anterior, torax o entesitis dolorosa	2
6. Criterio radiológico Erosión de interfalángica distal Osteólisis Anquilosis Periostitis yuxtaarticular Reabsorción de falanges	5
7. HLA-B16 (38,39) o B17	6
8. Factor reumatoide negativo	4

Diagnóstico de artritis psoriásica=11 puntos o más.

**Tabla 6**

Criterios CASPAR (criterios de clasificación para la artritis psoriásica)

Enfermedad inflamatoria (articular periférica, vertebral o entesis) con > 3 puntos de las siguientes cinco categorías: Psoriasis actual (2), antecedente personal de psoriasis (1) o antecedente familiar de psoriasis (1) Típica distrofia psoriásica de uñas (1) Factor reumatoide negativo por cualquier método, excepto látex (1) Dactilitis, ya sea actual (1) o antecedente de dactilitis registrado por un reumatólogo (1) Evidencia radiográfica de formación de nuevo hueso yuxtaarticular (1), excluyendo formación de osteofito en radiografías simples de manos o pies
---

es que permite el diagnóstico de APs en ausencia de psoriasis, ya que la combinación de diferentes ítems radiológicos, de histocompatibilidad o ausencia de factor reumatoide supera con creces los 11 puntos necesarios para el diagnóstico. Algo parecido ocurre con la artritis, cuya presencia no es imprescindible. Se puede dar la paradoja, sin embargo, de clasificar a un paciente como de APs sin que tenga psoriasis ni artritis.

Recientemente se han publicado<sup>12</sup> nuevos criterios de clasificación denominados CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis) basados en estudio prospectivo y multicéntrico en 13 países, con 588pacientes diagnosticados de APs y 536 controles con artritis inflamatorias (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedades de tejido conectivo y artritis indiferenciadas) (tabla 6). Para cumplir los criterios CASPAR, un paciente debe tener artropatía (entendiendo como tal la inflamación articular periférica, axial o de las entesis) y tres puntos de alguna de las

manifestaciones clínicas, serológicas o radiológicas de la enfermedad. El primer apartado se refiere a la presencia de psoriasis cutánea. Tiene a su vez tres subdivisiones: la psoriasis en curso diagnosticada por un reumatólogo o un dermatólogo; antecedente personal de psoriasis; antecedente de psoriasis en familiares de primer o segundo grado. Todos valen 1 punto, menos la psoriasis en curso, que vale 2. Son excluyentes entre sí. El segundo apartado se refiere a la típica distrofia ungueal psoriásica observada en el examen clínico (1 punto). El tercer apartado es la ausencia de factor reumatoide por cualquier método menos el látex (1 punto). El rasgo clínico más distintivo de la APs, la dactilitis, ya sea que esté en curso o recogida en la historia clínica por un reumatólogo, tiene también un valor de 1 punto. Finalmente, el signo radiológico característico de la enfermedad, la neoformación ósea yuxtaarticular (excluidos los osteofitos) en manos y pies tiene un valor de 1 punto. En ese estudio se compararon, además, los diferentes criterios de clasificación para valores de sensibilidad y especificidad, y los de Vasey et al obtuvieron la mayor sensibilidad y los de Bennett et al, la mayor especificidad. Los criterios CASPAR tienen una sensibilidad del 91,4% y una especificidad del 98,7%.

La aplicación de estos nuevos criterios es sencilla, rápida y fácil. Además tiene dos aportaciones realmente importantes. La primera es que permite el diagnóstico de APs en ausencia de psoriasis cutánea en el momento del diagnóstico. Los tres puntos necesarios para clasificar a un paciente se pueden obtener de los restantes apartados o incluso de la historia familiar de psoriasis.

La otra novedad es que podemos clasificar a un paciente como con APs aun con factor reumatoide positivo si cumple otras características definidas para obtener los 3 puntos necesarios.

La gran limitación de este estudio es que se realizó en pacientes con una media de 12 años de evolución. Chandran et al<sup>13</sup>, con posterioridad, publicaron un estudio que aplica estos criterios a pacientes con APs de menos de 2,5 años de evolución y compararon los resultados con los de pacientes con APs de más de 2,5 años de evolución. La sensibilidad de estos criterios en APs precoz era del 99,1 frente al 97,2% en APs tardía. El inconveniente es que los resultados se han obtenido de forma retrospectiva, y llama la atención que todos los pacientes tienen psoriasis o historia de psoriasis. Recientemente, D'Angelo et al<sup>14</sup> han publicado un nuevo estudio de los criterios CASPAR en APs de reciente inicio y encuentran una sensibilidad del 77,3%, que achacan fundamentalmente a la ausencia de signos radiológicos en las APs de reciente inicio.

La otra limitación de los criterios CASPAR es la ausencia de definición de artritis inflamatoria periférica, axial o de entesis. No se incluyen datos característicos de enfermedad (afección de distales, formas mutilantes, etc.), sólo como criterio de entrada; es el diagnóstico de artritis inflamatoria lo que limita su aplicación en la práctica clínica fuera del ambiente reumatológico.

No obstante, la sencillez, la facilidad y la rapidez de aplicación, junto con la posibilidad de clasificar a un paciente como con APs en ausencia de psoriasis y con factor reumatoide positivo, hacen de los CASPAR unos criterios muy interesantes para su aplicación en la práctica clínica diaria.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Wright V, Moll JMH. Seronegative polyarthritis. Amsterdam: North Holland; 1976.
2. Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1973;3:55–78.
3. Torre Alonso JC, Rodríguez Pérez A, Arribas Castrillo JM, Ballina García J, Riestra Noriega JL, López Larrea C, et al. Psoriatic arthritis (PA): a clinical, immunological and radiological study of 180 patients. *Br J Rheumatol.* 1991;30:245–50.
4. Veale D, Rogers S, Fitzgerald O. Classification of clinical subsets in psoriatic arthritis. *Br J Rheumatol.* 1994;33:133–8.
5. Taylor WJ, Fellow DE, Helliwell PS. Case definition of psoriatic arthritis. *Lancet.* 2000;356:2095.
6. Bennett RM. Psoriatic arthritis. En: McCarty DJ, editor. *Arthritis and related conditions*, 9.<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1979. p. 645.
7. Vasey F, Espinoza LR. Psoriatic arthropathy. En: Calin A, editor. *Spondyloarthropathies*. Orlando: Grune & Stratton; 1984. p. 151–85.
8. 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.
9. 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.
10. McGonagle D, Conaghan PG, Emery P. Psoriatic arthritis: a unified concept twenty years on. *Arthritis Rheum.* 1999;42:1080–6.
11. Fournie B, Crognier L, Arnaud C, Zabraniecki L, Lascaux-Lefebvre V, Marc V, et al. Proposed classification criteria of psoriatic arthritis. A preliminary study in 260 patients. *Rev Rheum Engl.* 1999;66:446–56.
12. Taylor WJ, Gladman DD, Helliwell PS, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006;54:2665–73.
13. Chandran V, Schentag CT, Gladman DD. CASPAR Criteria are sensitive in early psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2007;57:1560–3.
14. D'Angelo S, Mennillo GA, Cutro MS, Leccese P, Nigro A, Padula A, et al. Sensitivity of the classification of psoriatic arthritis criteria in early psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2009;36:368–70.