

Artritis Psoriásica



Sociedad Española de
Reumatología



Fundación Española de
Reumatología

¿QUÉ ES?

La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad de las articulaciones que se presenta en el 10-20% de los enfermos que padecen psoriasis en la piel, lo que le confiere unas características peculiares en cuanto a evolución y pronóstico. La lesión articular es inflamatoria, es decir, con dolor, hinchazón, calor, dificultad de movimiento de la articulación inflamada y a la larga posibilidad de deformación. La gravedad de la artritis no tiene relación con la extensión de la lesión de la piel. Es una enfermedad crónica, que evoluciona irregularmente a lo largo de la vida, con épocas de inactividad y épocas de inflamación y dolor.

La forma de manifestarse es diferente para cada individuo, habiéndose establecido cinco formas:

- **Artritis oligoarticular asimétrica**, que afecta a unas pocas articulaciones de las extremidades. Es la forma más frecuente.
- **Artritis** que afecta principalmente a las **interfalángicas distales** de las manos.
- Artritis simétrica similar a otra enfermedad articular llamada **artritis reumatoide**.
- **Artritis mutilante**, que es muy rara aunque destructiva y deformante.
- Artritis que afecta a la columna y articulaciones de la pelvis o sacroilíacas de forma similar a otra enfermedad reumática llamada **espondilitis anquilosante**.

En muchos pacientes se superponen síntomas de las diversas formas. En ocasiones, la artri-

tis psoriásica puede afectar a otras partes del cuerpo diferentes de las articulaciones como pueden ser el ojo o el hueso. En este último, las lesiones aparecen principalmente en la inserción de los tendones y de los ligamentos. Es frecuente la inflamación de la inserción del tendón de Aquiles en el hueso calcáneo (talón).

¿A QUÉ SE DEBE?

No se sabe. La causa de la artritis psoriásica se cree que es la consecuencia de una suma de factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Los factores genéticos o hereditarios, pueden influir en la aparición de la enfermedad en unos enfermos y no en otros, pero se desconoce exactamente cuál es el elemento determinante para que unas personas desarrollen la artritis y otras con la misma herencia, no lo hagan. En cualquier caso, un 40% de los pacientes tienen familiares cercanos afectados. La importancia de los factores inmunológicos parece incuestionable, de modo que cuando hay un déficit inmunológico, acostumbra a haber un empeoramiento de la actividad de la artritis. Algunos factores como una infección o un trastorno psicológico grave pueden actuar como desencadenantes de la enfermedad en personas susceptibles por su carga genética. No se han descrito otros factores ambientales (clima, alimentación, tipo de vida...) específicos asociados a la aparición de la enfermedad. Es una enfermedad frecuente ya que si consideramos que la psoriasis afecta a un 2% de la población y la artritis a un 10% de ellos, en España, sobre una población de unos 40 millones, habría 80.000 personas con artritis psoriásica. El inicio de la artritis psoriásica suele ocurrir entre los 30 y los 50 años, y puede afectar a personas de cualquier edad y sexo, incluso a niños.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

La artritis psoriásica se inicia lentamente. La psoriasis acostumbra a aparecer años antes que la artritis y sólo un 15% de los artríticos presentan antes la lesión articular que la lesión de la piel o de las uñas.

Los síntomas dérmicos (de la piel) son característicos y consisten en placas de piel enrojecida bien delimitadas, cubiertas de escamas blancuecinas y que frecuentemente se distribuyen de forma bilateral afectando a zonas de roce como los codos o las rodillas. También es frecuente la aparición de lesiones en el cuero cabelludo, pero en general la psoriasis puede afectar a toda la superficie cutánea. Las placas descamativas de la psoriasis suelen producir pocos síntomas salvo un discreto picor. Es muy característica la presencia de pequeños puntos hemorrágicos que se producen tras el rascado de la lesión. Es frecuente la afectación de las uñas (Figura 1), que puede variar, desde un fino piqueteado (como si se hubiese clavado un alfiler), a un despegamiento de la uña de su lecho con cambios de color y aumento de grosor de la misma. Las lesiones son a veces descubiertas por el reumatólogo, al observar con detenimiento detrás de las orejas, en el ombligo, en el cuero cabelludo, en las uñas y en el pliegue entre las nalgas.



Figura 1. "Piqueteado" ungueal, sugestivo de psoriasis

Los síntomas articulares son comunes a cualquier tipo de artritis: Dolor, calor, enrojecimiento, incapacidad de movilizar la articulación y, en ocasiones, deformación de la misma. Cualquier articulación puede estar afectada, desde la de la mandíbula hasta la del dedo pequeño del pie (ambas muy frecuentes). Tres cosas la diferencian del resto de las artritis: 1) La afectación articular acostumbra a ser asimétrica, es decir si se afecta una rodilla no acostumbra a estar lesionada, simultáneamente, la otra rodilla, aunque sí puede presentar inflamación en otro momento de la evolución de la enfermedad. 2) El segundo carácter diferencial con el resto de las artritis es la lesión de las articulaciones interfalángicas distales (las que hay junto a las uñas). La artritis reumatoide y el resto de las artritis raramente lesionan esta articulación, que sólo se suele afectar en otra enfermedad muy frecuente que es la artrosis. 3) La inflamación conjunta de las articulaciones y de los tendones de los dedos, conocida como "dedo en salchicha" o dactilitis (Figura 2).



Figura 2. Artritis asimétrica de pies con el dedo en "Salchicha" típico de la artritis psoriásica (4º dedo de pie izquierdo)

Si la inflamación ha tenido lugar en la columna, preferentemente en la unión lumbar con la pelvis (las articulaciones sacroilíacas), uno de los síntomas más dominantes es el dolor nocturno, en la región de las nalgas, que hace levantar al paciente de madrugada, tras haber dormido 4 o 5 horas. También es frecuente el dolor en los talones al levantarse y dar los primeros pasos, así como el dolor punzan-

te en tórax con la respiración profunda. Otra manifestación articular es la rigidez de más de media hora de duración al levantarse por la mañana. Es difícil abrir y cerrar las manos; con el movimiento, las articulaciones parece como si estuviesen oxidadas y cuesta hasta coger el cepillo de dientes.

Además de los síntomas dérmicos y articulares, existen síntomas generales y de otras localizaciones:

- **Afectación del estado general:** en un brote inflamatorio es frecuente que se asocie cansancio, fatiga, e incluso fiebre si la inflamación de las articulaciones es muy aguda.
- **Atrofia muscular:** 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.
- La **artritis psoriásica** no suele afectar a órganos internos. En algunos pacientes puede presentarse dolor y enrojecimiento en el ojo debido a iritis o uveítis.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Primero, demostrando que hay psoriasis en el paciente o en sus familiares de primer grado; En segundo lugar, demostrando que hay artritis; y finalmente confirmando que las características clínicas y radiológicas corresponden a la artritis psoriásica.

Para un diagnóstico cierto, las lesiones de la piel o de las uñas han de ser confirmadas como psoriásicas. Un enfermo con psoriasis y

dolores articulares (artralgias) sin inflamación articular (artritis) no debe ser diagnosticado de artritis psoriásica. En los análisis se encuentran pocos datos anormales, destacando alteraciones inespecíficas de la inflamación: la velocidad de sedimentación globular (VSG), la proteína C reactiva (PCR) y otras, están ligeramente elevadas. Puede haber una ligera anemia, mientras que el nivel de ácido úrico en sangre puede estar alto. El factor reumatoide y los anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados son negativos. El líquido articular contiene abundantes células (líquido sinovial inflamatorio).

Por tanto, no existe una única prueba para llegar al diagnóstico. Este viene dado por las características especiales de la artritis (asimétrica, articulaciones interfalángicas distales, etc.) en un paciente con psoriasis. Las radiografías cuando ya hay lesión articular son diferentes de las de otros tipos de artritis pero al principio no se diferencian.

¿QUÉ INFLUYE EN EL PROCESO?

A nivel de conversación de calle circula una lista enorme de factores que pudieran influir positiva o negativamente en la evolución de la artritis: el clima, los nervios, el ajo, el tomate, el magnesio, el magnetismo, etc. Ninguno está confirmado ni parece tener relación con la actividad, la aparición o la remisión de la enfermedad. Las situaciones de estrés y ansiedad empeoran la sintomatología de la psoriasis y a veces se relaciona el primer brote de artritis con un impacto psicológico severo, como la muerte de un familiar o similar.

SÍNTOMAS IMPORTANTES QUE SE DEBEN REFERIR AL MÉDICO

El enfermo que sufre psoriasis y nota que un dedo se inflama, se pone rojo y adquiere la forma de "salchicha" aunque no duela, debe contarlo a su reumatólogo, ya que frecuentemente es una de las primeras manifestaciones y en ocasiones la única de la artritis psoriásica. Otro síntoma importante en un enfermo psoriásico, es la aparición de una lumbalgia (dolor en la parte baja de la espalda) que le puede llegar a despertar por la noche. El 90% de la población sufre lumbalgias a lo largo de su vida que acostumbran a ceder en menos de diez días, pero mientras que estas lumbalgias mecánicas (que no son por inflamación sino por alteración de la estructura) mejoran en reposo, la lumbalgia inflamatoria de la artritis psoriásica persiste aún estando el paciente acostado.

¿CONSEJO GENÉTICO?

Los pacientes con artritis psoriásica pueden tener hijos normalmente. Si está considerando tener un hijo es conveniente advertirlo al médico. Algunos tratamientos, como el metotrexato, están prohibidos en ese caso. Durante el embarazo la artritis suele mejorar, mientras que tras el parto puede empeorar. Los hijos de padres o madres con artritis psoriásica tienen una probabilidad baja de tener en el futuro la enfermedad.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la lesión de la piel es habitualmente realizado por un dermatólogo el cual aplica las diferentes terapéuticas en función de la gravedad de las lesiones.

MEDIDAS GENERALES

El paciente con artritis psoriásica ha de tener los cuidados propios de toda persona enferma:

- Evitar la posible depresión o desánimo frecuente, que puede aparecer en personas jóvenes que se encuentran limitadas y piensan que no tienen curación.
- Considerar en su justa medida los trastornos sociales que rodean a un enfermo crónico tales como la pérdida del trabajo, la repercusión económica de la enfermedad, los problemas de pareja, los problemas de los hijos y de la familia, el aislamiento social, etc.
- El médico encargado del paciente con artritis psoriásica ha de tener cuidado con las enfermedades asociadas a la misma como son la osteoporosis por inmovilidad, los problemas gástricos, los déficit alimentarios, etc. Como norma general, también es recomendable abandonar los hábitos de fumar o tomar alcohol, así como mantenerse en el peso ideal.
- El médico ha de atender al dolor, reducir la inflamación articular y lograr detener la evolución de la enfermedad, lo que no significa que desaparezca el dolor. Asimismo, se debe realizar un programa de rehabilitación para dar la mayor calidad de vida posible al paciente.

ALIVIO SINTOMÁTICO

Cuando una articulación está inflamada requiere reposo. El reposo alivia el dolor y ayuda a bajar la inflamación. En ocasiones se ponen férulas de material elástico para inmovilizar la articulación. Las férulas de yeso consiguen un reposo absoluto, con alivio considerable del dolor, si bien pueden provocar atrofia muscular que, a veces, es de lenta y difícil recuperación. Otra medida física para el alivio sintomático, es la aplicación de frío sobre la articulación caliente. Aplicar hielo o bolsas térmicas fabricadas con tal fin, durante unos 10 minutos (no más ya que el frío también provoca quemaduras en la piel), puede aliviar el dolor con relativa rapidez. La electroterapia (microondas, ultrasonidos, láser...), es poco útil, mientras que el masaje y la quiropraxia o la osteopatía no son eficaces, pudiendo incluso empeorar la sintomatología articular. Pueden ser empleadas para aliviar la contractura muscular que generalmente se asocia a la artritis; aún así se desaconsejan por el riesgo de daño articular irrecuperable que puede provocar la movilización brusca de una articulación dañada.

REPOSO-EJERCICIO

Como hemos comentado, una articulación inflamada requiere reposo, pero también es necesaria la actividad muscular y el ejercicio físico diario para evitar la atrofia. La musculatura protege la articulación y permite su movimiento. La atrofia de la misma facilita la deformación y la incapacidad articular. La fisioterapia y la recuperación funcional serán imprescindibles para lograr conseguir este objetivo. Los ejercicios isométricos (contracciones musculares sin movilizar la articulación), que ayudan a no perder fuerza y soslayan el movimiento de la articulación, son los más adecuados para las articulaciones dolorosas e

inflamadas. En las articulaciones no inflamadas se deben hacer ejercicios activos y contra resistencia, siempre valorando la capacidad de cada cual. Se recomienda hacer ejercicio diario, unos 20 a 40 minutos, repartidos en dos veces al día. El hecho de tener una articulación inflamada no debe hacernos olvidar realizar gimnasia de las otras articulaciones. El ejercicio (como la natación) es particularmente importante en personas con artritis de la columna vertebral (espondilitis).

TERAPIA OCUPACIONAL

Consiste en adaptar o adaptarse lo mejor posible a la enfermedad y sus consecuencias en la vida cotidiana. La terapia ocupacional juega un importante papel en instruir al paciente sobre cómo proteger las articulaciones y evitarles lesiones, de cómo usar las férulas de muñecas y manos así como las plantillas y el tipo de calzado. Se ha de incidir en el área sensorial a fin de disminuir el dolor y las alteraciones sensitivas. Se ha de cuidar el área cognitiva manteniendo las capacidades intelectuales y aplicar técnicas de cuidado articular. Se ha de trabajar en el área psicológica socio-familiar, en el área de las actividades de la vida diaria para lograr una independencia del enfermo, en el área de la productividad para que pueda realizar su profesión y en el área del ocio como medio de expresión, distracción, socialización y mantenimiento de la autoestima.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Muchos medicamentos utilizados en la artritis psoriásica también se emplean en otras formas de artritis como la reumatoide. Inicialmente la artritis se trata con antiinflamatorios no esteroideos, es decir sin cortisona, la cual mejoraría la inflamación articular pero podría empeorar la psoriasis. Son muchos los antiin-

flamatorios que pueden ser eficaces. La dosis y el tipo de fármaco pueden ser diferentes para cada individuo, pero siempre hay que buscar el que cause menos efectos adversos. Cuando se trata de una artritis dolorosa e invalidante el antiinflamatorio ha de tomarse todos los días y a las dosis indicadas por el médico.

En caso de no mejorar, puede entonces recurrirse a pequeñas dosis de corticoides, especialmente en aquellas artritis que afectan a las articulaciones de las manos, aunque lo ideal es evitar los corticoides en comprimidos. En muchos casos es preferible la aplicación de los mismos en forma de infiltraciones intraarticulares, especialmente cuando una articulación o la vaina de un tendón están muy inflamadas.

En la afectación articular periférica Si la artritis no es controlada con el antiinflamatorio, se recurre a fármacos llamados modificadores de enfermedad (FME), que por mecanismos diferentes a los antiinflamatorios, interfieren en la cascada de la inflamación, logrando en un porcentaje significativo de pacientes una importante mejoría de la enfermedad. Estos fármacos actúan lentamente y, en ocasiones, su eficacia no es evidente hasta 3-4 meses después de iniciado el tratamiento. Lo habitual es administrarlos conjuntamente con los antiinflamatorios. Sus efectos adversos son más complejos que los de los antiinflamatorios y pueden ser severos, por lo que requieren una vigilancia clínica y analítica frecuente. Entre los fármacos modificadores de enfermedad están el metotrexato, la sulfasalazina, la leflunomida, las sales de oro, la azatioprina y la ciclosporina A. El metotrexato, la ciclosporina y la leflunomida también pueden mejorar las lesiones de la piel. Los antimaláricos como la cloroquina o la hidroxicloroquina pueden ser eficaces pero, en algunos pacientes, empeoran las lesiones cutáneas.

Cuando la enfermedad articular periférica no se controla con uno o varios FAMES, fundamentalmente el metotrexato, o cuando la afectación de las columnas o las articulaciones sacroilíacas no se controla con dosis plenas de antiinflamatorios no esteroideos, se pueden usar agentes biológicos, que son proteínas específicamente diseñadas para unirse a diferentes proteínas implicadas en el desarrollo de la enfermedad e inhibir su actividad, como el TNF (adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab o infliximab links respectivos), la interleucina 23 (ustekinumab link) o la interleucina 17 (secukinumab link), así como inhibidores de la señalización intracelular como el apremilast link.

CIRUGÍA

La cirugía generalmente no es necesaria en la artritis psoriásica, pero una articulación dañada se puede sustituir por una articulación artificial o prótesis. La indicación será en aquellos casos en los que la articulación sea incapaz de realizar su función, no por la deformidad. Es decir, no se realizará por estética. Las articulaciones que habitualmente se recambian son la cadera y la rodilla, menos frecuentemente las de los dedos de las manos y los hombros y en alguna ocasión extraordinaria la de los tobillos. El resto no acostumbran a realizarse. Otro tipo de cirugía es la extirpación de la membrana sinovial inflamada (sinovectomía), que se realiza cuando se afectan vainas de los tendones, que da lugar a rotura de los mismos, o bien cuando hay inflamación articular crónica que no se resuelve con los tratamientos médicos ni con infiltraciones.

Las lesiones de la piel no parecen aumentar el riesgo de infección ni contraindican la intervención.

EVOLUCIÓN

La mayoría de los enfermos tienen buena evolución. En muchos pacientes, la artritis no acostumbra a limitar la actividad laboral ni las relaciones sociales. Una pequeña proporción de pacientes necesita tratamiento continuado y son muy pocos los que padecerán deformaciones articulares que les limite alguna de sus funciones. El curso es muy difícil de predecir, ya que es irregular y variable en cada individuo.

COMENTARIO

El reumatólogo es el médico con mayor experiencia para establecer el diagnóstico de artritis psoriásica en sus diversas variantes y diferenciarla de las otras enfermedades articulares, así como para instaurar el tratamiento óptimo según el estado y momento de actividad de la enfermedad. El reumatólogo le remitirá a otros especialistas cuando sea necesario y le aconsejará en su momento acerca de la conveniencia de la cirugía.