

# Artritis psoriásica:

## Algunos aspectos generales y de su tratamiento

**Especial para Galenus - Revista para los médicos de Puerto Rico**

Adaptado de *National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS)* de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) y de *American Academy of Dermatology (AAD)*

**L**a artritis psoriásica es una afección inflamatoria articular asociada a la psoriasis. Ocurre en personas con psoriasis, pero no todo el que tiene psoriasis presenta artritis psoriásica. Para su diagnóstico, es necesario que no haya factor reumatoide ni otros autoanticuerpos (seronegatividad), y que no haya datos que sugieran artritis reumatoide. Aunque la artritis psoriásica puede dañar las articulaciones y otros sistemas del cuerpo, sus efectos se pueden reducir si se le diagnostica y trata precozmente.

### Epidemiología

La psoriasis tiene una prevalencia del 1 al 3%. De estas personas, entre un 5% y un 30% padecería de artritis, por lo que la población con artritis psoriásica fluctúa entre un 0,05% y un 0,9%. La artritis psoriásica afecta tanto a hombres como a mujeres. Usualmente se desarrolla entre los 30 y 55 años.

### Etiología

Aún se desconoce la causa de la enfermedad. Se cree que en el desarrollo de la enfermedad pueden jugar un papel factores genéticos, un funcionamiento incorrecto del sistema inmunológico, la inflamación articular y el medio ambiente.

### Cuadro clínico y síntomas

El dolor se asocia generalmente con la hinchazón a nivel articular, en especial en rodillas, en tobillos y en los dedos de manos y pies, pero también puede comprometer el cuello y/o la espalda.

En artritis psoriásica pueden presentarse primero tanto los síntomas de la piel como los de las articulaciones, pero las manifestaciones cutáneas suelen aparecer antes que el dolor articular. Ambos síntomas pueden mostrarse al mismo tiempo y fluctuar con episodios de exacerbación.

Se puede presentar de las siguientes formas:

1. Oligoarticular simétrica. Es la presentación más común (hasta el 50% de los casos). Suele comprometer las articulaciones interfalángicas, más frecuentemente en los dedos de los pies;
2. Forma similar a la artritis reumatoide seronegativa. Es simétrica y puede afectar la columna vertebral. Es más benigna y las remisiones son más prolongadas;
3. Forma mutilante. Suele ser grave y es rara;
4. Forma interfalángica distal. Es rara y casi exclusiva de la psoriasis, sobre todo de las uñas.
5. Forma periférica. Se puede asociar a sacroileitis anquilosante; y
6. Sacroileitis o espondilitis anquilosante. Puede estar asociada o no a artropatía periférica.

Síntomas comunes de la artritis psoriásica:

- Dolor e inflamación en una o más articulaciones (muñecas, rodillas, tobillos y/o a nivel distal de manos y pies);
- Hinchazón de los dedos de las manos y/o de los pies;
- Dolor a nivel de tendones y ligamentos, en especial en talón o en la planta del pie;
- Dolor en la espalda baja, el cuello o en los glúteos;
- Manchas secas y escamosas, en el cuero cabelludo, en los codos, en las rodillas y/o en el extremo inferior dorsal; y
- Fóvea, con depresiones diminutas y/o desprendimiento de las uñas.

### Diagnóstico

El diagnóstico es básicamente clínico. Las pruebas de laboratorio son inespecíficas y solo se alteran en casos graves, pero ayudan a descartar enfermedades como la artritis reumatoidea. El análisis del líquido sinovial puede ser inflamatorio, pero no es específico (útil para descartar gota o artritis infecciosa).

Las radiografías o los estudios de imágenes por lo general son normales hasta que el proceso se vuelve avanzado (cuando se observarán cambios en huesos, tejidos o articulaciones).

### Tratamiento

Como la mayoría de las personas con artritis psoriásica también tienen psoriasis, la atención médica debe ser cuidadosamente coordinada ya que se tratan dos enfermedades íntimamente relacionadas.

Para las lesiones de la piel, el tratamiento es el mismo que se usa para la psoriasis (medicamentos tópicos aplicados a la piel, tratamientos con luz solar o UV, fármacos por vía oral para mejorar la piel y fármacos dirigidos al sistema inmunológico).

En casos de artritis psoriásica se deben considerar sugerencias como cambios de estilo de vida (manejo del estrés con ejercicio regular, yoga, meditación y actividades sociales agradables, así como una nutrición balanceada con frutas, verduras y cereales integrales, baja en grasa y con fuentes de proteína magra), descanso para disminuir la fatiga y la inflamación en episodios agudos, actividad física de bajo impacto para fortalecer los músculos y aumentar la flexibilidad.

Para las molestias y síntomas articulares, las metas son reducir la inflamación, aliviar el dolor y retener la función articular.

Se pueden usar las siguientes opciones terapéuticas:

- **Fisioterapia:** ejercicios de postura para mejorar la musculatura extensora de la espalda y mantener la función de las articulaciones importantes, dormir en colchón duro, tratamientos de calor y frío, técnicas de relajación, masajes, entre otros;
- **Tratamientos tópicos** (salicilatos o capsaicina);
- **Antiinflamatorios no esteroideos;**
- **Corticosteroides:** pueden ser necesarios en dosis bajas para controlar la hinchazón, la rigidez y el dolor asociados a la inflamación articular; su potencial de alterar el curso de la enfermedad es bajo y su uso prolongado no es recomendable por sus efectos adversos;

- **Fármacos modificadores de la enfermedad,** como metotrexato, salazoprina (en casos de espondilitis anquilosante periférica), leflunomida, ciclosporina, sulfasalazina, azatioprina, hidroclicloroquina; y

- **Fármacos modificadores de la respuesta biológica** o, simplemente, “biológicos” (inyectables): estos atacan distintas partes específicas del sistema inmunológico para ayudar a bloquear o retardar los factores responsables de la inflamación. En algunos casos, pueden ser de primera elección pero, por lo general, se usan si una enfermedad moderada a severa no se puede controlar con los más simples. Pueden disminuir la actividad de la enfermedad y aplazar o detener el progreso del daño articular, además de funcionar más rápidamente. Como estos fármacos suprimen el sistema inmunológico, puede aumentar el riesgo de infecciones y otras enfermedades serias. Para la artritis psoriásica ya están aprobados por la FDA etanercept, adalimumab, infliximab, golimumab, ustekinumab y alefacept. Además, en 2014, se aprobó apremilast, después secukinumab y últimamente tofacinib, que ya se usaba en artritis reumatoide.

El uso de modificadores de la enfermedad y de los biológicos requiere una evaluación cuidadosa e integral, tomando en cuenta los efectos adversos y los riesgos de los productos. Así, por ejemplo, antes de usar metotrexato, se debe descartar hepatitis ya que este medicamento puede dañar al hígado o, antes de iniciar una terapia con biológicos, se deben efectuar la prueba de tuberculina y exámenes para descartar tuberculosis. También se debe recomendar la vacuna antigripal.

### Comentario

La artritis psoriásica tiene actualmente distintas alternativas terapéuticas que pueden permitir no solo la mejoría de los síntomas, sino también el progreso de la enfermedad. 

### Referencias

- Amherd-Hoekstra A, Näher H, Lorenz HM, Enk AH (May 2010). Psoriatic arthritis: a review. *J German Soc Dermatology*. 8 (5): 332–9.
- Antman EM, Bennett JS, Daugherty A, Furberg C, Roberts H, Taubert KA (2007). Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs: a scientific statement from the AHA. *Circulation*. 115 (12): 1634–42.
- Isaacs D (2013). Infectious risks associated with biologics. *Adv. Exp. Med. Biol.* 764: 151–8.
- Ritchlin, Christopher T.; Colbert, Robert A.; Gladman, Dafna D. (2017-03-08). Psoriatic Arthritis. *NEJM*. 376 (10): 957–970.