



# Artritis gotosa asociada a artritis psoriásica

Arévalo Martínez FG\*

## INTRODUCCIÓN

La psoriasis afecta al 1-3% de la población general. Su inicio varía con la edad pero es más frecuente en la 3<sup>a</sup> década de la vida. Afecta a ambos géneros por igual. De los pacientes con psoriasis un 7 a 42% desarrollan artritis. La etiopatogenia de la enfermedad no es clara y han sido implicados factores genéticos, inmunológicos y ambientales. La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria sistémica con manifestaciones articulares y extraarticulares. Hay cinco patrones clínicos descritos de artritis psoriásica: artritis de articulaciones interfalángicas distales, artritis destructiva o mutilante, poliartritis simétrica, oligoartritis asimétrica y espondiloartropatía. Otros cuadros clínicos de la APs son: entesitis, dactilitis, lesiones distróficas ungueales, iritis o uveítis, inflamación intestinal, incompetencia aórtica y amiloidosis. No hay ninguna prueba de laboratorio diagnóstica para APs. Se han detectado niveles bajos de factor reumatoide, anti-CCP positivos, marcadores de fase aguda elevados como VSG, PCR, amiloide A, hipergammaglobulinemia, incremento de la actividad del complemento e hiperuricemia. El cuadro radiológico incluye distribución articular asimétrica, envolvimiento de articulaciones interfalángicas de manos y pies, erosión y resorción ósea, envolvimiento de sitios de entesis, con desarrollo de espolones o periostitis, sacroilitis y envolvimiento espinal. Para el tratamiento de psoriasis y artritis psoriásica han sido utilizados derivados del ácido retinoico, psoralen más luz ultravioleta, esteroides tópicos e intralesionales, AINE, FARMES (sulfasalazina, meto-

trexato, ciclosporina, leflunomida), biológicos anti-TNF y terapia biológica no anti-TNF (abatacept, ustekinumab, alefacept).<sup>1-12</sup>

## OBJETIVO

Presentar un caso de un paciente con artritis gotosa asociada a artritis psoriásica.

## CUADRO CLÍNICO

Femenino de 43 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares ni antecedentes personales patológicos de importancia. Inicia su padecimiento actual hace 6 meses caracterizado por la aparición de lesiones eritematosas y descamativas en cuero cabelludo y región retroauricular. Acompaña a dicho cuadro artralgia progresiva en dedos de manos, rigidez articular matinal mínima, sin inflamación articular. Acude con médico internista quien prescribe antimicóticos en crema y AINE (diclofenaco), sin mejoría de lesiones cutáneas y mejoría leve de artralgias. Un mes posterior al tratamiento refiere exacerbación de lesiones cutáneas en cuero cabelludo y región retroauricular, aparición de nuevas lesiones en codos y manos, aumento de la rigidez matinal e inflamación articular en interfalángicas distales (IFDs) de manos. Al examen físico se aprecian lesiones eritematoescamosas, descamativas, elevadas, bien delimitadas en cuero cabelludo, región retroauricular y manos, cambios distróficos en uñas de ambas manos (pitting, onicólisis), datos de sinovitis en IFDs (*Figuras 1 y 2*). Se realizan estudios de laboratorio reportando biometría hemática, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, C3, C4, Anti-Sm, Anti-DNA y EGO normales, elevación de velocidad de eritrosedimentación globular (28/20). Ante la sospecha de artritis psoriásica se tomó biopsia de lesiones cutáneas que confirman diagnóstico de psoriasis. Se inicia tratamiento con esteroides tópicos, AINE (diclofenaco 75 mg cada 12 h) y FARMES (metotrexato 7.5 mg por semana y azulfidina 500 mg cada 8 h) con lo que se logra franca mejoría de lesiones cutáneas y de síntomas y signos articulares. El paciente evoluciona bien, sin exacerbación de lesiones cutáneas ni sintomatología articular.

\* Médico Reumatólogo, Hospital Ángeles Metropolitano.

Correspondencia:

Arévalo Martínez FG

Correo electrónico: arevaloguillermo@hotmail.com

Aceptado: 01-12-2010.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en  
<http://www.medicgraphic.com/actamedica>



**Figura 1.** Se aprecian las placas psoriásicas en manos y cambios distróficos en uñas, así como sinovitis en interfalángicas distales.



**Figura 2.** Se aprecian lesiones psoriásicas en área retroauricular y cuero cabelludo.

pero 3 meses posterior al tratamiento acude con cuadro de monoartritis de rodilla derecha, con datos de derrame articular que dificulta la deambulación. Se realiza artrocentesis diagnóstica y terapéutica, se solicita citoquímica, Gram y cultivo de líquido sinovial, detección de cristales y se reporta presencia abundante de cristales de ácido úrico. Se solicitan nuevamente estudios de laboratorio reportando como datos positivos elevación de VSG (30/20), aumento leve de triglicéridos (188/150) e hiperuricemia (10.8/7); se prescribe AINE (indometacina 50 mg cada 8 h) y esteroide intraarticular ante la monoartritis persistente de rodilla, iniciándose dieta baja en purinas y posteriormente hipouricemiantes (alopurinol 300 mg por día), evolucionando bien el paciente sin presentar hasta la fecha datos de inflamación articular. Se realizaron controles de ácido úrico sérico con lo que mejoran niveles del mismo, se solicitó ácido úrico en orina de 24 h que se reporta dentro de rangos normales, las pruebas de funcionamiento renal (BUN, creatinina sérica, depuración de creatinina) resultaron normales. Al momento actual la paciente continúa con AINE (indometacina) sólo en caso de dolor, FARMES e hipouricemante a dosis baja (100 mg por día).

## DISCUSIÓN

La psoriasis es una de las causas de hiperuricemia (secundaria). Ésta se ha atribuido a un aumento en el recambio celular. En algunos estudios la incidencia de hiperuricemia asintomática en pacientes con psoriasis ha sido de hasta un 18.8% y los niveles más elevados de ácido úrico sérico se han asociado a formas más severas de psoriasis (psoriasis exudativa). Niveles elevados de ácido úrico sérico han

sido encontrados hasta en un 40% de pacientes con artritis psoriásica.<sup>13-15</sup> Existen reportes en la literatura degota coexistiendo con artritis psoriásica.<sup>16,17</sup> Los pacientes con psoriasis, hiperuricemia y artritis presentan el diagnóstico diferencial de si esta última es causada por gota *versus* artritis psoriásica. Se presenta el caso de una paciente con artritis psoriásica en quien las manifestaciones cutáneas precedieron a las articulares y cuyo patrón clínico articular de presentación fue afección de interfalángicas distales y quien después de una respuesta adecuada al tratamiento presentó monoartritis de rodilla, detectándose la presencia de cristales de ácido úrico en el análisis del líquido sinovial. En pacientes con psoriasis y artritis psoriásica se deberán de realizar siempre niveles de ácido úrico sérico para detectar aquellos pacientes que están en riesgo de desarrollar gota y detectar otros factores de riesgo (*y* prevenibles) para el desarrollo de la misma y así evitar el ataque inicial y ataques recurrentes de gota.

## REFERENCIAS

1. Lee CS, Li K. A review of acitretin for the treatment of psoriasis. *Expert Opin Drug Saf* 2009; 8(6): 769-779.
2. Soriano ER, McHugh NJ. Therapies for peripheral joint disease in psoriatic arthritis: A systematic review. *J Rheumatol* 2006; 33: 1422-1430.
3. Nash P. Therapies for axial disease in psoriatic arthritis: A systematic review. *J Rheumatol* 2006; 33: 1431-1434.
4. Spadaro A, Riccieri V, Sili-Scavalli A et al. Comparison of cyclosporin A and methotrexate in the treatment of psoriatic arthritis: A one-year prospective study. *Clin Exp Rheumatol* 1995; 13: 589-593.
5. Kaltwasser JP, Nash P, Gladman D et al. Efficacy and safety of leflunomide in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: A multinational, double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 1939-1950.

6. Boehncke WH, Prinz J, Gottlieb AB. Biologic therapies for psoriasis: A systematic review. *J Rheumatol* 2006; 33: 1447-1451.
7. Mease PJ, Kivitz AJ, Burch FX et al. Etanercept treatment of psoriatic arthritis: Safety, efficacy, and effect on disease progression. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 2264-2272.
8. Mease PJ, Gladman DD, Ritchlin CT et al. Adalimumab for the treatment of patients with moderately to severely active psoriatic arthritis: Results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 3279-3289.
9. Gottlieb A, Menter A, Mendelsohn A, Shen YK, Li S, Guzzo C et al. Ustekinumab, a human interleukin 12/23 monoclonal antibody, for psoriatic arthritis: randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *Lancet* 2009; 373: 633-640.
10. Leonardi CL, Kimball AB, Papp KA, Yeilding N, Guzzo C, Wang Y et al. PHOENIX 1 study investigators. Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 76-week results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 1). *Lancet* 2008; 371: 1665-1674.
11. Cañete JD, Celis R, Hernández MV, Pablos JL, Sanmartí R. Synovial immunopathological changes associated with successful abatacept therapy in a case of severe refractory psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2009.
12. Mease PJ, Gladman DD, Keystone EC. Alefacept in combination with methotrexate for the treatment of psoriatic arthritis: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 1638-1645.
13. Golov KG, Ivanov OL, Balkarov IM, Novoselov VS. Clinical significance of hyperuricemia in psoriasis. *Klin Med* 1994; 72(3): 34-36.
14. Bruce IN, Schentag CT, Gladman DD. Hyperuricemia in psoriatic arthritis: prevalence and associated features. *J Clin Rheumatol* 2000; 6(1): 6-9.
15. Prasad PV, Bikku B, Kaviarasan PK, Senthilnathan A. A clinical study of psoriatic arthropathy. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2007; 73(3): 166-170.
16. De Bari C, Lapadula G, Cantatore FP. Coexisting psoriatic arthritis, gout, and chondrocalcinosis. *Scand J Rheumatol* 1998; 27(4): 306-309.
17. Liu M, Li JH, Li B, He CD, Xiao T. Coexisting gout, erythrodermic psoriasis and psoriatic arthritis. *Eur J Dermatol* 2009; 19(2): 184-185.