

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **14**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2005**

Artículo:

Artritis psoriásica: cómo identificarla

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Artritis psoriásica: cómo identificarla

Dra. Sonia Torres-González,* Dra. Ángela Aquino Ruíz**

RESUMEN

La artritis psoriásica (PsA) se define como una artropatía inflamatoria que se manifiesta en pacientes con psoriasis y se caracteriza por ausencia de factor reumatoide. Un 25% de estos pacientes tienen incapacidad laboral, mientras un 10%, incapacidad absoluta. En la actualidad se dispone de tratamientos capaces no sólo de mitigar los síntomas, sino de intervenir en los procesos inflamatorios de las articulaciones y otras manifestaciones para que la enfermedad no progrese. Un diagnóstico temprano de artritis psoriásica provee la oportunidad de intervención oportuna para mejorar la función, calidad de vida y sobre todo la progresión lenta de la enfermedad. Dado que el dermatólogo a menudo está en contacto con pacientes portadores de psoriasis antes del inicio de las manifestaciones articulares se tiene la oportunidad de diagnosticarla en etapas tempranas, y sugerir la terapia inicial ya que se dispone de medicamentos y tratamientos biológicos que mejoran la calidad de vida de nuestros pacientes, sensibilizándonos a emplearlos tempranamente. Se realiza una revisión sobre cómo distinguirla de otras artropatías y qué fármacos poseen eficacia demostrada.

Palabras clave: Artritis psoriásica, espondilitis psoriásica, sacroileítis, entesis, dactilitis, artritis mutilans.

ABSTRACT

Psoriatic arthritis (PsA) is defined as an inflammatory arthropathy that is pronounced in patients with psoriasis and it is characterized by absence of rheumatoid factor. A 25% of these patients have work incapacity, while a 10%, absolute incapacity. At the present time it is had treatments able to mitigate the symptoms, but not only to take part in the inflammatory processes of the joints and other manifestations so that the disease does not progress. On early diagnosis of psoriatic arthritis provides the opportunity with opportune intervention to improve the function, quality of life and mainly the slow progression of the disease. Since the dermatologist often is in contact with the enemy with carrying patients of psoriasis before the beginning of the manifestations you will articulate has the opportunity to diagnose it in early stages, and to suggest the initial therapy already has drug and biological treatments that improve the quality of life of our patients, to sensitize to use them early. A revision is made on how distinguishing it of other arthropathies and what drugs have demonstrated effectiveness.

Key words: Psoriatic arthritis, psoriatic spondylitis, sacroiliitis, enthesopathy, dactylitis, arthritis mutilans.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha presentado, recientemente el primer registro de pacientes afectados por este tipo de patologías. Se calcula que hasta un 15% de los pacientes que acuden a los servicios de reumatología lo hace por una espondiloartritis. Un 25% de estos pacientes tienen incapacidad laboral, mientras un 10%, incapacidad absoluta. Son algunos de los datos del primer registro de estos pacientes que existe en ese país y que fue presentado el pasado 19 de febrero 2005.

En la actualidad se dispone de tratamientos capaces no sólo de mitigar los síntomas, sino de intervenir en los

procesos inflamatorios de las articulaciones y otras manifestaciones para que la enfermedad no progrese. Pero para que el paciente se beneficie del tratamiento precoz, es imprescindible disponer de herramientas útiles capaces de detectar y clasificar a un paciente con espondiloartritis en el primer año de evolución de la enfermedad,¹ debe ser interés del dermatólogo el conocimiento y diagnóstico oportuno de esta entidad e interactuar en equipo multidisciplinario para obtener el manejo óptimo de la citada enfermedad.

CONCEPTOS GENERALES

La artritis psoriásica (PsA) se define como una artropatía inflamatoria que se manifiesta en pacientes con psoriasis y se caracteriza por ausencia de factor reumatoide. Este concepto actual de la enfermedad no se aceptó

* Dermatooncóloga Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente 2º año de Dermatología CDP.

hasta el año 1960, cuando la Asociación Americana de Reumatología (ARA) clasificó la artritis psoriásica como una entidad clínica independiente y diferente de la artritis reumatoide. Dos hechos avalan su individualidad: la frecuencia de artritis en los pacientes con psoriasis es más elevada que en la población general y oscila entre el 10 y 40% (Variable: 5-7% en USA y prevalencia del 7-42%); por otra parte la psoriasis es más frecuente en los pacientes con artritis, así la prevalencia de psoriasis en la población general es de 1 a 2% frente al 20% en los pacientes con artritis seronegativa.^{2,3} En USA la incidencia es de 6 por 100,000 personas. La edad de comienzo frecuentemente es de 30 a 55 años, puede presentarse también en la edad pediátrica, aunque es muy poco frecuente. La artritis psoriásica afecta por igual a ambos géneros, la espondilitis psoriásica tiene un predominio hombre a mujer de 2.3 a 1.⁴

ETIOPATOGENIA

Las causas y patogénesis de la artritis psoriásica es de naturaleza multifactorial; factores genéticos, ambientales y sobre todo inmunológicos juegan un importante papel en el desarrollo de esta enfermedad. En contraste con la artritis reumatoide (AR), la artritis psoriásica tiende a la afección de articulaciones en forma asimétrica (*Cuadro I*) y no muestra mayor frecuencia en el sexo femenino como sucede en AR. Dactilitis es una afección que se presenta hasta en el 30% de pacientes con artritis psoriásica y hace referencia a inflamación digital en toda su extensión; otra característica diferencial contra el resto de artropatías en la afección de articulaciones interfalángicas distales, artritis reumatoide y resto de artropatías raramente lesionan dicha articulación que sólo suele afectarse en otra enfermedad muy frecuente que es la osteoartritis. Espondilitis, sacroileítis u otros elementos de enfermedad inflamatoria vertebral incluyendo entesis, también se presentan comúnmente, sin embargo cuando existe evidencia de espondiloartropatía, ésta suele ser unilateral, en contraste con la afección invariablemente bilateral observada en espondilitis anquilosante.

La severidad del involucro cutáneo en pacientes con psoriasis parece estar en relación con el tiempo de inicio o severidad de la artropatía. La artritis psoriásica (PsA) se presenta después del inicio de la psoriasis en aproximadamente 70% de los pacientes. En promedio se presenta 10 años después de los primeros signos de psoriasis, pero puede atrasarse hasta 20 años.

Existen evidencias que sugieren susceptibilidad genética en artritis psoriásica de modo significativo: En

1975 se realizó un estudio que incluyó más de 100 familias, el riesgo relativo de presentarse artritis psoriásica en hijos de primer grado fue 50 veces mayor que en la población general. Además se ha observado una amplia asociación a ciertos eventos inmunológicos como su fuerte asociación con muchos antígenos leucocitarios humanos (HLAs), estudios recientes recalcan la asociación de HLA B27 a sacroileítis y enfermedad espinal en pacientes con psoriasis. También se ha encontrado relación entre artritis psoriásica (PsA) y HLA-B17, B13, Bw57, Cw6, DR4 y DR7, muchos de éstos presentes en familias con inicio temprano de artritis psoriásica. El HLA-Cw*0602 es una variante asociada a psoriasis de inicio a edades tempranas. Otros locus demostrados incluyen el gen MICA (class I MHC Cañ-related) y polimorfismo en gen promotor del factor de necrosis tumoral (FNT). HLA-B17 se ha relacionado a una aparición temprana y más grave de la enfermedad que en quienes carecen de dicho antígeno.⁵⁻⁷

De los *Factores inmunológicos* existen evidencias que demuestran el incremento de la respuesta humoral y celular en pacientes con PsA como depósitos de inmunocomplejos, altos niveles séricos de inmunoglobulinas (IgA, IgG) e infiltrados celulares, característico de artritis psoriásica. También se han reportado anticuerpos antinucleares, anticitoqueratinas y antiqueratinas epidérmicas, lo cual demuestra el componente inmunológico de la enfermedad. Estudios *in vitro* han demostrado que las citoquinas producidas por células T activadas inducen activación y proliferación de queratinocitos y presumiblemente de fibroblastos sinoviales y evidencias más directas demuestran la presencia de células T CD8 activadas así como niveles elevados de FNT y sus receptores en la piel como en las articulaciones y membranas sinoviales de pacientes con psoriasis.⁷⁻⁹

Factores ambientales: Infecciones virales y bacterianas han sido implicadas como factores disparadores de la enfermedad aunque no en forma contundente.⁶ La psoriasis y la artritis asociada tienen una prevalencia incrementada en los pacientes infectados con el virus HIV, la cual varía entre el 1 y el 20%. La aparición de psoriasis y de artritis psoriásica puede preceder, ocurrir simultáneamente o suceder a las manifestaciones clínicas de inmunodeficiencia. El patrón de compromiso articular es generalmente poliarticular y asimétrico, de articulaciones distales de dedos de manos y pies, con menor frecuencia de articulaciones sacroilíacas y de la columna. El curso clínico puede variar, especialmente por el uso de agentes antirretrovirales, especialmente zidovudina (AZT), ya que se ha observado un efecto beneficioso, no sólo en el componente dérmico, sino

también en el articular. Algunos pacientes tienen una evolución tórpida, rápidamente progresiva, destructiva, con erosiones graves y deformaciones articulares.

Diversos estudios han demostrado una mayor frecuencia de manifestaciones reumáticas en poblaciones infectadas con HIV, comparadas con poblaciones no infectadas. La prevalencia de manifestaciones musculoesqueléticas ha sido demostrada por diferentes autores. En un estudio prospectivo que incluyó 101 pacientes infectados con HIV se encontró que el síndrome de Reiter estuvo presente en un 9.9%, artritis psoriásica en el 1.9%, artritis asociada con HIV en el 11.9% y la polimiositis y la vasculitis en el 2.8%. Al comparar dos poblaciones con factores de riesgo similares, una de ellas infectada con el virus HIV, se observó que la frecuencia y el espectro de manifestaciones reumáticas fueron significativamente superiores en el grupo HIV positivo. Estos hallazgos fueron confirmados por otros autores.

Recientemente, Worawit, sobre un total de 95 pacientes infectados con HIV y manifestaciones reumáticas, describe artritis asociada en 36, artritis séptica en 28, artritis psoriásica en 9, síndrome de Reiter en 8, miositis infecciosa en 3, síndrome articular doloroso en 2 y artritis por cristales de pirofosfato de calcio (CPPD) en 1 caso.^{10,11} Otro estudio reciente realizado en Zambia (región altamente endémica para infección por HIV) donde se incluyeron 702 pacientes con artropatía inflamatoria recién diagnosticada, se demostró seropositividad para HIV en 27 de 28 pacientes en quienes se confirmó artritis psoriásica.^{12,13} Un hallazgo importante es que ninguno de los alelos HLA encontrados en artritis psoriásica en poblaciones no infectadas por HIV (como Cw6, B13 ó B17) se encontró en pacientes HIV +.¹²

LOS SÍNTOMAS DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

La artritis psoriásica puede empezar muy gradualmente, con síntomas leves, o bien sobrevenir bruscamente, la mayoría de los pacientes padecen de artritis leve a moderada manejable, pero algunos exhiben artritis progresiva, erosiva o incapacitante. Generalmente pueden encontrarse uno o más de los siguientes síntomas físicos: la mitad de los pacientes sienten rigidez, presentándose sobre todo en la noche o al levantarse (matutina, llega a interferir el sueño), que dura más de 30 minutos, acentuándose con inmovilización prolongada y aliviada por actividad física,^{1,5} edema pulsátil en una o muchas articulaciones; debilidad y reducción de la movilidad de cualquier articulación; las articulaciones con mayor tendencia a sufrir los síntomas son

la interfalángica distal, de manos y los pies, muñecas, rodillas, tobillos; los dedos afectados, tanto de manos como de pies, se edematizan sugiriendo el aspecto de una "salchicha". Pueden aparecer cambios en las uñas, por ejemplo es posible observar onicomadesis y hoyuelos (pits), en algunos casos se puede también acompañar de conjuntivitis.

La enfermedad también puede aparecer en una articulación después de haber sufrido algún tipo de daño físico. El dolor muscular o articular pueden presentarse también sin que haya ninguna evidencia de inflamación. Puede haber un brote inflamatorio frecuente asociado a cansancio, fatiga, e incluso fiebre si la inflamación de la articulación es muy aguda.

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 o al mal estado general y al cansancio.^{1,5}

La aparición de artritis precede a psoriasis de 14 a 21% de casos (de 10-15 años antes) y ocurre simultáneamente.

CUADRO I. ARTRITIS PSORIÁSICA.

Tipo	% de todas las artritis psoriásicas	Características
Artritis asimétrica (1 o más articulaciones)	60-70%	Articulaciones de dedos de mano y pies ("dedos en salchicha")
Poliartritis simétrica	15%	Clínicamente semeja a la artritis reumatoide. Factor reumatoide negativo.
Enfermedad articular interfalángica distal	5%	Crónica, benigna, asociada con enfermedad de las uñas
Poliartritis destructiva (artritis mutilante)	5%	Osteólisis de los huesos pequeños de manos y pies
Espondilitis anquilosante	5%	Gran deformidad; subluxación de las articulaciones con o sin enfermedad articular periférica

(Adoptado de Moll JMH. The Clinical spectrum of Psoriatic arthritis. *Clin Orthop* 1979; 143: 66).¹⁷

neamente en el 11 a 15% de los pacientes. La gran mayoría de pacientes con artritis psoriásica presentan la forma clínica de psoriasis en placa, pero algunos presentan otras formas (Ej. Guttata y pustulosa).¹⁴ Los síntomas de esta enfermedad son similares a los de la artritis reumatoide, que se caracteriza por inflamación articular. Sin embargo, la artritis psoriásica suele afectar a un menor número de articulaciones y no produce los anticuerpos típicos de la artritis reumatoide. La artritis asociada a psoriasis se presenta en cinco formas diferentes, cuya frecuencia de presentación se cita en el *cuadro I*.

- Artritis que afecta a las pequeñas articulaciones de los dedos de las manos y/o dedos de los pies (estrecha asociación con lesiones ungueales).
- Poliartritis simétrica, un tipo de artritis parecida a la artritis reumatoide pero que carece de nódulos y F.R.⁵
- Oligoartritis asimétrica de las articulaciones de las extremidades (acompañada de dactilitis: "dedos en salchicha") (*Figura 1*).
- Artritis mutilans, un tipo raro de artritis que destruye y deforma las articulaciones, generalmente poliarticular y con frecuencia lleva a deformidad y discapacidad.
- Espondilitis psoriásica, que afecta articulación sacroilíaca y de la columna vertebral, de la cual el 50% de los pacientes son HLA-B27(+) y se presenta frecuentemente asociada a artritis periférica.^{5,15}



Figura 1. Psoriasis artropática con compromiso ungueal.^{17,31}
Figura cortesía Dr. Virgilio Santamaría.

Larroudé y cols. reportaron el compromiso a columna cervical en alrededor del 35% de pacientes con artritis psoriásica en un grupo de estudio de 37 individuos con dicha entidad.¹⁶ Otro síntoma importante en un enfermo psoriásico, es la aparición de lumbalgia 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 las lumbalgias mecánicas mejoran en reposo, la lumbalgia inflamatoria de la artritis psoriásica persiste aun manteniéndose en reposo.

Se ha descrito un sexto subgrupo de presentación clínica de esta entidad:

La Asociada a VIH. La severidad de la artritis psoriásica parece que aumenta por la coexistencia con la infección VIH. Los pacientes frecuentemente tienen psoriasis cutánea agresiva, grave artritis pauci o poliarticular, notable entesitis y una escasa correlación con el recuento de linfocitos CD4. Rara la espondilitis y la uveítis.

Los anteriores subgrupos están evidenciando que la artritis psoriásica es heterogénea, con rasgos típicos de espondiloartropatía en muchos pacientes, en otros con características de AR; estos subgrupos plantean dificultad para diferenciar la artritis psoriásica (PsA) de la artritis reactiva y de la espondilitis anquilosante; la espondilitis psoriásica tiene como característica la psoriasis cutánea o ungueal⁵ y que en comparación con otras espondiloartropatías la PsA frecuentemente compromete articulaciones pequeñas. Los subgrupos más específicos de PsA son la artritis distal y la artritis mutilante, pero son los menos frecuentes. En aras de simplificar los anteriores subgrupos de PsA y que un subgrupo puede evolucionar a otro, Marsal⁵ propone dos patrones clínicos de compromiso articular en la PsA:

1. Periférico: mono/oligo o poliartritis
2. Axial: con o sin artritis periférica asociada.

Fenotipias clínicas de estos dos subgrupos: 1. El periférico ocurre 3 veces más frecuente que el axial (71 a 88.7% vs 29 a 11.3% respectivamente); 2. El patrón axial además de la sacroileítis se caracteriza por la positividad del HLA-B27 en el 43%. Considerando que la mayoría de las formas periféricas evolucionan con el tiempo a poliartritis, comentan que la descripción de otros subgrupos de PsA no es apropiado. Si la anterior clasificación simplifica los 5 en 2 subgrupos que se vienen planteando hace unos años, es porque los análisis clínicos, Rx y de RM, están consolidando a la PsA como una patología entesopática, sugeridas por las siguientes distinciones: 1. Entesitis periférica; 2. Artritis de la

interfalángica distal; 3. Inflamación axial; 4. Mono/oligoartritis/dactilitis; 5. Evidentes cambios Rx entesopáticos; 6. Edema puntiforme distal inflamatorio remitente (síndrome RS3PE) ocasionado por PsA en el 21% (39 de 183).

Otras manifestaciones musculoesqueléticas de la PsA (no comprendidas en la clasificación de Moll y Wright) presentes en otras artritis seronegativas comprenden: 1. Entesopatía del tejido aquiliano, fascia plantar y los huesos pélvicos; 2. Tenosinovitis en los tendones flexores de las manos, el extensor lunar del carpo o, en otros sitios; 3. Dactilitis, caracterizada por una inflamación difusa total del dedo ("dedos en salchicha"). Otro rasgo que la PsA ostenta con otras espondiloartropatías, es la inflamación intestinal activa en la mucosa colónica que se encontró en 16 de 16 pacientes con PsA y en 6 de 6 pacientes con psoriasis cutánea, permitiéndonos entender porqué en la clasificación de Moll y Wright, hay subgrupos con distintivos de artritis reactiva y espondiloartropatías. Como epítome a lo anterior, concluimos que la PsA es una artropatía seronegativa y el porqué de los síntomas musculoesqueléticos inespecíficos en la psoriasis.⁵

DIAGNÓSTICO

Si se ha diagnosticado psoriasis antes de, o simultáneamente a la detección de otros síntomas de artritis psoriásica, el diagnóstico de este trastorno puede confirmarse fácilmente. Sin embargo, cuando los síntomas de la artritis psoriásica preceden a los de la psoriasis, el diagnóstico resulta más difícil. Si bien la artritis psoriásica puede producir una velocidad de sedimentación globular elevada, anemia leve y niveles elevados de ácido úrico en sangre, estos síntomas también están relacionados con otras enfermedades reumáticas, entre las que se incluye la gota.¹⁰ No existe una prueba diagnóstica específica. El diagnóstico primario puede realizarse en base a la historia clínica, examen físico, la usual ausencia de factor reumatoide y hallazgos radiográficos. El examen físico deberá incluir: gravedad, número, localización y distribución de las articulaciones afectadas asociadas a presencia de lesiones cutáneas de psoriasis.¹² Los signos y síntomas cardinales de artritis psoriásica incluyen: artritis asimétrica, entesis (inflamación de áreas en las que los ligamentos, tendones o fascias se encuentran fijadas al hueso), dactilitis, enfermedad articular interfalángica distal (*DIP*) y proximal así como compromiso vertebral.

Para un diagnóstico certero, las lesiones cutáneas o ungueales, deben ser confirmadas como psoriásicas.

Un enfermo con psoriasis y artralgiás sin inflamación articular (artritis) no puede ser diagnosticado de artritis psoriásica.¹

Las manifestaciones extraarticulares incluyen onico-distrofias, iritis, úlceras bucales, uretritis y talalgia. La iritis suele tener un curso benigno y frecuentemente se asocia a sacroileítis o espondilitis. Las características específicas de entesis pueden observarse por IRM en secuencia T2 y explican las manifestaciones clínicas de artritis psoriásica no observadas en artritis reumatoide: dactilitis, *DIP* y afección a columna vertebral. McGonagle et al.¹⁸ argumentaron que existen mecanismos subyacentes que explican la aparición de entesis en las espondiloartropatías que pueden estar determinados por numerosos factores, entre ellos trauma mecánico, dicha hipótesis propone que factores biomecánicos pueden tener influencia tanto en las lesiones cutáneas como articulares debido a liberación de citoquinas proinflamatorias por los queratinocitos y células inflamatorias en las entesis. Esta teoría está sustentada clínicamente por muchos años de observación del fenómeno Koebner, placas en superficies extensoras expuestas a mayor estrés se asocian a mayor aparición de artritis o entesis post-trauma.

Los pacientes con artritis psoriásica son usualmente seronegativos para factor reumatoide (FR), sin embargo FR es detectado en 5 a 9% de los pacientes.⁶ El FR tiene un alto porcentaje de falsos positivos, de tal modo que los hallazgos clínicos son determinantes en el diagnóstico y por lo tanto pacientes con artritis psoriásica y FR positivo o negativo reciben el mismo tipo de tratamiento. Otros parámetros de laboratorio en el estudio de pacientes con artritis psoriásica incluyen: VSG (elevada en cerca del 40% de los pacientes) entre otros reactantes de fase aguda, en especial proteína C reactiva; mediante estos exámenes más que establecer un diagnóstico, se tiene la posibilidad de obtener una medida del proceso inflamatorio y por lo tanto de la actividad de la enfermedad, es por ello que la proteína C reactiva es considerada como el de mayor correlación con el grado de afección articular de esta enfermedad

CAMBIOS RADIOGRÁFICOS

Una cuarta parte de pacientes con psoriasis presentan erosiones óseas demostradas por radiografías en manos o pies al momento de la primera evaluación y más del 40% de ellos tienen enfermedad erosiva durante los 5 años posteriores, más evidentes en manos que en pies.¹⁸

Las radiografías de pacientes con psoriasis cuando ya existe lesión articular son diferentes de las de otros

tipos de artritis pero al principio no se diferencian.¹ Los pacientes con artritis psoriásica tienen cambios radiográficos característicos que se presentan en los estadios III y IV según los criterios de la ARA modificados²³ e incluyen osteólisis, deformidad en "punta de lápiz" (erosión central de las superficies articulares de las falanges proximales metacarpales, metatarsales o ambas), anquilosis, calcificaciones en sitios de entesis, erosiones paramarginales, y cambios sugestivos de entesis¹⁶ así como muchas características de espondiloartropatías como sacroileítis y formación de sindesmófitos tienden a ser asimétricas (Figura 2).

La entesopatía psoriásica (hiperproliferación de ligamentos e inserciones tendinosas) ocurre en aproximadamente el 19% de pacientes con artritis psoriásica usualmente observada en los sitios periarticulares de miembros pélvicos, cuando esto se presenta acompañado de erosiones óseas puede ser un auxiliar diagnóstico para distinguir a la artritis psoriásica de la artritis reumatoide. La resorción ósea (osteólisis) con destrucción articular observada en los "dedos en punta de lápiz" comprometen la movilidad digital.

TRATAMIENTO

El tratamiento efectivo de la artritis psoriásica (PsA) requiere ser dirigido tanto a la psoriasis como a la afección articular de forma inmediata. Muchos tratamientos para PsA son usados en artritis reumatoide; fármacos antiinflamatorios no esteroideos (**AINES**) constituyen el principal apoyo para reducir la inflamación y el dolor. Son muchos los AINES que pueden ser eficaces, la dosis y tipo de fármaco puede ser diferente para cada individuo, pero siempre debe elegirse el que ocasione menos efectos adversos. Cuando no se obtiene respuesta, puede entonces recurrirse a pequeñas dosis de **corticosteroides**, principalmente en aquellas artritis que afectan las articulaciones de las manos. En muchos casos es preferible la aplicación de los mismos en forma de infiltraciones intraarticulares. Si la artritis no es controlada con el antiinflamatorio, se recurre a fármacos de segunda línea, que por mecanismos diversos y no muy bien definidos interfieren en la cascada de la inflamación, logrando en un porcentaje significativo de pacientes una remisión de la enfermedad. Estos fármacos son de acción lenta y en ocasiones su eficacia no es evidente hasta 4 meses después de iniciado el tratamiento. Sus efectos adversos pueden ser graves, por lo que requieren una vigilancia clínica y analítica frecuente. El más eficaz y rápido es el **metotrexate**, que en la actualidad es el fármaco de elección, debiendo vigilar

principalmente la función hepática. Recientemente AJAD¹⁹ reportó una asociación entre metotrexate y reducción en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en pacientes de edad avanzada con psoriasis o artritis reumatoide (**AR**); dado que la inflamación juega un papel central en la aterogénesis, inestabilidad de placas de ateroma y trombosis; psoriasis y artritis reumatoide son entidades que cursan con inflamación crónica y niveles altos de proteína C reactiva, ambos factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como EVC, enfermedad vascular periférica y coronariopatías, Mallbris y cols. Observaron una mortalidad debido a causas cardiovasculares en 1,257 pacientes de un total de 2,225 hospitalizados por psoriasis moderada o severa. El estudio antes citado demostró que a largo plazo dosis altas de metotrexate puede promover hiperhomocisteinemia en pacientes con psoriasis o **AR** y por lo tanto aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, sin embargo dosis acumuladas bajas a moderadas de metotrexate tienen importantes efectos vasculoprotectores.¹⁹

La **ciclosporina** a dosis bajas es muy eficaz tanto para la psoriasis como para la artritis, debiéndose en este caso vigilar la función renal y la tensión arterial. La **leflunomida**, un inhibidor de la síntesis de pirimidina que se administra por VO para el tratamiento de artritis reumatoide ha demostrado eficacia en el manejo de psoriasis y artritis psoriásica y es una buena estrategia terapéutica para pacientes con manifestaciones cutáneas y articulares de psoriasis. En general, metotrexate, ciclosporina y más recientemente leflunomida son agentes bien tolerados en pacientes con lesiones cutáneas de la enfermedad y previenen más futuras erosiones óseas demostradas por métodos radiográficos, lo cual representa un avance en el tratamiento de la artritis psoriásica, no siendo claro aún este beneficio en pacientes con psoriasis que presentan ya tanto manifestaciones cutáneas como articulares.¹² Existen evidencias sugerentes de que el tratamiento tradicional para artritis reumatoide como esteroides, AINES y metotrexate están asociados a ciertas desventajas, por ejemplo: los AINES pueden desencadenar lesiones cutáneas de psoriasis, mientras que dosis bajas de corticosteroides sistémicos pueden ocasionar resistencia a otros tratamientos efectivos. Los antimaláricos como la **cloroquina** o la **hidroxicloroquina** pueden ser eficaces, pero algunos pacientes presentan también un nuevo brote de psoriasis.^{1,6} Las **sales de oro** también han sido usadas en el tratamiento de PsA, pero su alta toxicidad (rash, eosinofilia y estomatitis) y su relativamente baja efectividad limitaron su uso.⁶

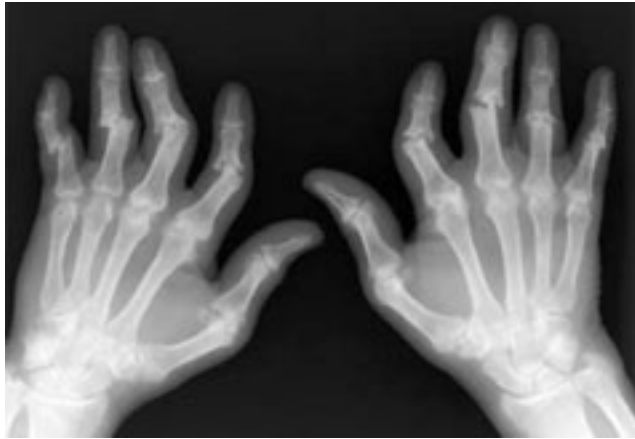


Figura 2. Cambios radiológicos con osteólisis y deformidad en punta de lápiz.

Las metas terapéuticas en pacientes con compromiso articular leve a moderado están enfocadas al control de la inflamación y al mantenimiento de la función y rangos de movilidad con fisioterapia, así como evitar la sobrecarga articular con el fin de excluir el daño repetido a las articulaciones. En la mayoría de los casos la enfermedad es progresiva y el compromiso articular severo, por lo tanto requieren la adición de fármacos modificadores de la enfermedad como metotrexato o ciclosporina e incluso terapia combinada de AINES + modificadores de la enfermedad, cuando estos últimos son indicados desde etapas tempranas son capaces de prevenir el daño articular a largo plazo.⁶ El uso de retinoides sistémicos como **acitretina** en artritis psoriásica provee una moderada efectividad en sólo algunos pacientes y sus efectos adversos como la elevación de los niveles séricos de lípidos y cambios mucocutáneos suelen ser significativos. Heydendael, Spuls y cols., reportaron en el 2003 un estudio aleatorizado-controlado que comparó eficacia, efectos secundarios y tolerabilidad con el uso de metotrexato y ciclosporina en 88 pacientes con psoriasis moderada-severa, tratados durante 36 semanas, el cual no demostró diferencias significativas entre un fármaco y otro.²⁹ También pueden ser útiles la **sulfasalazina** y la **azatioprina**.

Recientemente *The Cochrane Library*, 2005³⁰ publicó un metaanálisis donde se evaluaron los efectos de la salazopirina, la auranofina, el etretinato, el ácido fumárico, el oro IM, la azatioprina, el efamol marino y el metotrexato en la artritis psoriásica. Se consideraron todos los ensayos aleatorios que compararon la salazopirina, la auranofina, el etretinato, el ácido fumárico, el oro IM, la azatioprina y el metotrexato en la artritis psoriásica.

Conforme a lo establecido en el protocolo publicado a priori, las medidas de resultado principales incluyeron variables de componentes individuales derivados de las Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials (Medidas de Resultado en Ensayos Clínicos de Reumatología [OMERACT]). Estas variables incluyen los reactantes de fase aguda, la incapacidad, el dolor, la evaluación global realizada por el paciente, la evaluación global realizada por el médico, el recuento de articulaciones tumefactas, el recuento de articulaciones dolorosas a la palpación y los cambios radiográficos de las articulaciones en cualquier ensayo con una duración de un año o más [Tugwell 1993] y el cambio en el índice de enfermedad (IE) combinado. Solamente se incluyeron en la revisión los ensayos en inglés. Se identificaron 20 ensayos aleatorios, de los cuales 13, que aportaron datos de 1,022 sujetos, se incluyeron en el análisis cuantitativo. Aunque todos los agentes demostraron mejores resultados que el placebo, el metotrexato parenteral en dosis altas (no incluido), la salazopirina, la azatioprina y el etretinato fueron los agentes que alcanzaron significación estadística en un índice global de actividad de la enfermedad (aunque debe señalarse que sólo se dispuso de una variable constitutiva para la azatioprina y que sólo se dispuso de un ensayo para el etretinato, lo que sugiere que estos resultados deben interpretarse con cierta cautela). El análisis de la respuesta en los indicadores individuales de actividad de la enfermedad demostró mayor variación: se observaron diferencias considerables entre los diferentes fármacos y las respuestas. En todos los ensayos, el grupo placebo mejoró con respecto al valor inicial (mejoría combinada de 0.39 unidades en el IE; IC del 95%: 0.26; 0.54). No hubo datos suficientes para estudiar la toxicidad.^{29,30}

Una relativamente nueva clase de fármacos inmunogénicos sintetizados por tecnología ADN recombinante que actúan a un primer nivel de la reacción antígeno-anticuerpo, que parecen de gran futuro para evitar la progresión de la artritis,^{3,20} son agentes capaces de modificar la respuesta biológica tales como **etarnecept**, **infliximab**, **alefacept**, **adalimumab** y **efalizumab**. Estos bloqueadores del factor de necrosis tumoral (FNT) proveen una nueva opción terapéutica para pacientes con psoriasis y manifestaciones articulares de la enfermedad.^{6,8,21}

Etarnecept (Enbrel; Immunex), fue el primer modificador de la respuesta biológica aprobado por la FDA para el manejo de psoriasis y artritis psoriásica, así como artritis reumatoide y espondilitis anquilosante, es un fármaco que bloquea selectivamente la interacción entre

FNT y sus receptores celulares de superficie neutraliza los efectos de esta potente citoquina proinflamatoria. Un estudio doble ciego aleatorizado comparado contra placebo demostró mejores resultados clínicos en pacientes con artritis psoriásica refractarios a tratamiento con AINES, los pacientes incluidos en el estudio tuvieron una mejoría evaluada por PASI (Psoriasis Area and Severity Index) de 46.2% después de 12 semanas de tratamiento el grupo que recibió etarnecept contra un 8.7% promedio en el grupo placebo. Otro estudio que evaluó la eficacia de la terapia combinada de etarnecept y metotrexate 10 de 12 pacientes experimentó una resolución completa de la psoriasis incluyendo el compromiso ungueal y articular y los pacientes pudieron retomar sus actividades habituales. En el 2004 J. Am Acad Dermatol publicó que psoriasis y artritis psoriásica pueden exacerbarse por interferón alfa y otros tratamientos contra la infección por virus de hepatitis C, se concluyó que fármacos hepatotóxicos e inmunosupresores están relativamente contraindicados en pacientes con hepatitis C.

El riesgo de exacerbación de la hepatitis secundario a la inhibición del FNT-alfa es desconocido, sin embargo el estudio demostró que alfa interferón y ribavirina administrado con etarnecept en pacientes con hepatitis C durante periodos cortos de tratamiento disminuyó la carga viral y mejoró las pruebas de función hepática, no obstante han sido pocos los estudios reportados respecto a la seguridad de etarnecept en pacientes con hepatitis C concomitante, se requieren más estudios con mayor número de pacientes y evaluar su seguridad durante periodos terapéuticos más extensos.⁸ Otro agente encargado de neutralizar el FNT es **infiximab**, existen varias publicaciones que reportan buenos resultados en pacientes con manifestaciones cutáneas y articulares de la enfermedad pero no discuten el perfil de seguridad de este fármaco; algunos otros sólo reportan mejoría sintomática de la artritis, pero no así de las lesiones cutáneas, así como presencia de reacciones alérgicas en algunos pacientes.⁶ En lo que respecta a **adalimumab** (Humira; Abbot laboratories) también se ha reportado mejoría en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica refractarios a tratamiento convencional,²²⁻²⁴ pero igual que **infiximab**, **alefacept** y **efalizumab** sólo se cuenta con reportes de casos y su perfil de seguridad no es claro.

CIRUGÍA

Las articulaciones afectadas pueden ser sustituidas por prótesis. La indicación será en aquellos casos en los

que la articulación sea incapaz de realizar su función, no por la deformidad. 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 acostumbra a realizarse. Otro tipo de cirugía es la sinovectomía, que se realiza cuando se afectan las vainas tendinosas, que da lugar a ruptura de los mismos o bien cuando hay inflamación crónica refractaria a los tratamientos convencionales. Las lesiones cutáneas no aumentan el riesgo de infección ni contraindican la intervención.²⁵

EVOLUCIÓN

El curso es muy difícil de predecir, ya que es irregular y variable en cada individuo, pero en general la artritis psoriásica no tiene una evolución benigna, comparada con otras espondiloartropatías, PsA tiene poca probabilidad de remisión clínica y suele tener un comportamiento más agresivo.⁹

CONCLUSIÓN

La artritis psoriásica tiene el potencial de ser una enfermedad extremadamente severa que puede llevar a una importante limitación funcional en un porcentaje significativo de pacientes. El impacto de esta entidad en la función y calidad de vida es acrecentado por la presencia de psoriasis; un diagnóstico temprano de artritis psoriásica provee la oportunidad de intervención para mejorar la función, calidad de vida y sobre todo la progresión lenta de la enfermedad. Para llegar al diagnóstico de la citada enfermedad no debemos perder de vista en primer lugar demostrar que hay psoriasis, después identificar que hay artritis y finalmente confirmar que las características clínicas y radiológicas corresponden a la artritis psoriásica. Dado que el dermatólogo a menudo está en contacto con pacientes portadores de psoriasis antes del inicio de las manifestaciones articulares, tiene la oportunidad de diagnosticarla en etapas tempranas y sugerir la terapia inicial ya que se dispone de medicamentos y tratamientos biológicos que mejoran la calidad de vida de nuestros pacientes, sensibilizándonos a emplearlos tempranamente como en AR.

En pacientes con PsA, los nuevos fármacos que dan al blanco del proceso inflamatorio como los bloqueadores de FNT y aquellos agentes que impiden la activación de células T, ofrecen una esperanza terapéutica de mayor efectividad y menor toxicidad, sin embargo, etarnecept es el único antagonista del FNT con eficacia y

seguridad demostrada en pacientes con artritis psoriásica evaluada en estudios clínicos aleatorizados particularmente en pacientes con enfermedad refractaria, además de reducir la corticodependencia.²⁰ Infliximab sólo ha demostrado efectividad en pequeños estudios no controlados.⁶

El metotrexato parenteral en altas dosis y la salazopirina son los únicos dos agentes con eficacia publicada bien demostrada en la artritis psoriásica. La magnitud del efecto observado con la azatioprina, etretinato, metotrexato oral en bajas dosis quizás la colchicina sugiere que pueden ser eficaces, pero se necesitan más ensayos clínicos multicéntricos para establecer su eficacia. Además, la magnitud de la mejoría observada en el grupo placebo indica firmemente que los ensayos no controlados no deben ser utilizados para tomar decisiones de tratamiento en este cuadro clínico.³⁰

Idealmente pacientes con artritis psoriásica moderada a severa debe ser tratada por un equipo multidisciplinario conformado por dermatólogos, reumatólogos, fisioterapeutas y ortopedistas.¹²

BIBLIOGRAFÍA

1. La mayoría de casos de espondiloartritis no se diagnostican antes de los cinco años. I Simposio de Espondiloartritis, de la Sociedad Española de Reumatología (SER). 22 feb. 05. ceoma. Confederación Española de Organizaciones de Mayores.
2. Nyfors A, Lemholt K. Psoriasis in children. *Br J Dermatol* 1975; 92: 437-442.
3. Torre AJC. Manual SER de las enf. reumáticas, 4ª Ed. Sociedad Española de Reumatología, Panamericana. 2004; 49: 274-279.
4. Artritis psoriásica, Instituto Ferran de Reumatología, S.L. Última Modificación 2005.
5. Medina QLF. *Artritis psoriásica: ¿Una artropatía seronegativa?* Universidad del Valle Cali.
6. Galadari, Fuchs, Leibold. Newly available treatments for psoriatic arthritis and their impact on skin psoriasis. *The International Journal of Dermatology* 2003; 42: 231-237.
7. Yamamoto, Yokoseki, Nishioka. Clinical analysis of 21 patients with psoriasis arthropathy. *The Journal of Dermatology* 2005; 32: 84-90.
8. Magliocco, Gottlieb. Etanercept therapy for patients with psoriatic arthritis and concurrent hepatitis C virus infection: Report of 3 cases. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 580.
9. Michet CJ. Update on psoriatic arthritis. *The International Journal of Dermatology* 2004; 43: 479.
10. Berman A, Reboredo G, Spindler A et al. Rheumatic manifestations in populations at risk for HIV infection. *J Rheumatol* 1991; 18: 1564-1567.
11. Berman A, Spindler A, Lucero E. Manifestaciones reumáticas asociadas a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Avances en medicina*. Sociedad Argentina de Medicina: 1999: 97-105.
12. Mease, Goffe. Diagnosis and treatment of psoriatic arthritis. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52: 1-19.
13. Buskila D, Langevitz P, Gladman DD et al. Patients with rheumatoid arthritis are more tender than those with psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1992; 19: 1115.
14. Olsen C, Stein M. New drugs for rheumatoid arthritis. *NEJM* 2004; 350: 2167.
15. Franklin FN. 2001. La artritis psoriásica: Recursos en la red de la artritis y otras enfermedades reumáticas pediátricas.
16. Larroudé M, Capuccio A, Bovea G y cols. La columna cervical en artritis psoriásica. Hospital Francés, Buenos Aires.
17. Burstein ZA. Psoriasis, afección dermatológica frecuente: conducta terapéutica. *Diagnóstico* 2004; 43(4).
18. Michet CJ. Update on psoriatic arthritis. *The International Journal of Dermatology* 2004; 43: 479.
19. Prodanowich, Fangchao, Taylor et al. Metotrexate reduces incidence of vascular diseases in veterans with psoriasis or rheumatoid arthritis. *J Am Acad Dermatol* 2004; 52: 262.
20. Magliocco, Gottlieb. Etanercept therapy for patients with psoriatic arthritis and concurrent hepatitis C virus infection: Report of 3 cases. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 580.
21. Hsin-Su Yu. Psoriatic patients with arthropathy show significant expression of free HLA class I heavy chains on circulating monocytes: a potential role in the pathogenesis of psoriatic arthropathy. *British Journal of Dermatology* 2004; 151: 24-31.
22. Bennett, Barker, Kirham. Successful treatment of severe psoriatic arthritis with adalimumab. *British Journal of Dermatology* 2004; 151: 492.
23. Verazaluce, Morales. Artritis Psoriásica. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1998; 7: 155.
24. Berman A, Spindler A, Lucero E. *Manifestaciones reumáticas asociadas a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Avances en medicina. Sociedad Argentina de Medicina: 1999: 97-105.
25. ¿Qué es artritis psoriásica? *Sociedad Española de Reumatología* 2004: 91-96.
26. Ortiz-Santamaría V. Manifestaciones reumatológicas en pacientes VIH+. Unidad de Reumatología/Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Granollers, Barcelona, Fuente: tmed.com
27. Schön MP, Boehncke WH. "Psoriasis". *NEMJ* 2005; 352: 1899.
28. Calamia K. Agentes AntiTNF y otras patologías autoinmunes. Departamento de Reumatología, Mayo Clinic Jacksonville, Florida, Estados Unidos. Medwave. Año 3, No. 8, Edición Septiembre 2003.
29. Heydendael, Spuls, Opmeer C et al. Methotrexate versus cyclosporine in moderate-to-severe chronic plaque psoriasis. *NEJM* 2003; 349: 658.
30. Jones G, Crotty M, Brooks P. Intervenciones para la artritis psoriásica, La Cochrane Library plus 2005; núm 2.
31. Fry L. *An atlas of Psoriasis*. New Jersey, Parthenon Publishing Group, 1992.
32. Berman A, Espinoza LR, Díaz JD et al. Rheumatic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Am J Med* 1988; 85: 59-64.