

SELECCIÓN ARTÍCULOS PSORIASIS

“Artritis psoriásica: consejos prácticos para mejorar la calidad de vida”

Dr. Jordi Gratacós

Reumatólogo del Hospital de Sabadell – Parc Taulí

Artículo publicado en la revista *Psoriasis* n.º 74
Abril/Junio 2013



Artritis psoriásica: la importancia del diagnóstico precoz

Dr. Jordi Gratacós

Reumatólogo del Hospital de Sabadell - Parc Taulí

¿Qué es la artritis psoriásica? Es la presencia de artritis en una persona que tiene psoriasis. Es una enfermedad crónica que afecta a las articulaciones de la que no conocemos la causa concreta. Y al no conocerla, no tenemos un tratamiento curativo, pero sí que tenemos tratamientos muy eficaces que mejoran la calidad de vida del paciente. La artritis psoriásica puede afectar cualquier articulación del cuerpo humano, aunque tiene tendencia a afectar las de las extremidades inferiores: rodillas, talones... y es muy frecuente que sea asimétrica, al contrario que en la artritis reumatoide. La artritis psoriásica puede empezar por una articulación, pero es frecuente que al cabo del tiempo y de forma aditiva se vayan añadiendo otras articulaciones con lo que después de un cierto tiempo, si no se trata, el individuo acaba teniendo varias articulaciones afectadas que pueden limitar mucho su capacidad vital. Por lo tanto, es de especial importancia detectar la artritis psoriásica de forma precoz para evitar complicaciones.

En la fase inicial, existen tratamientos realmente muy eficaces y, en cambio, cuando un paciente nos llega muy avanzado o con lesiones muy importantes resulta difícil mejorar su calidad de vida o su movilidad. En esta tarea de hacer un diagnóstico precoz, juega un papel capital el dermatólogo y los propios pacientes. Los afectados de psoriasis, en el momento de sospechar la posibilidad de tener la enfermedad, y el dermatólogo porque es el especialista más cercano. Actualmente tenemos muy buena relación con los departamentos de dermatología gracias a las unidades multidisciplinarias que existen en muchos lugares que permiten al dermatólogo conocer perfectamente lo que es la artropatía psoriásica para actuar de filtro y derivar hacia el reumatólogo.

La afectación de la psoriasis cutánea en la población general es amplia, entre un 2 y un 5%. De estas personas, las que desarrollan artropatía psoriásica son menos del 20%, es decir, el 0,5% de la población, lo cual no es poco. Esto quiere decir que, de cada 200 personas, hay una que puede estar afectada de artritis psoriásica. Es una de las enfermedades más frecuentes en reuma. Afecta a los dos sexos por igual y puede presentarse a cualquier edad, aunque a partir de los cuarenta

años es un poco más frecuente. También puede aparecer en niños, pero es raro que se manifieste por debajo de los 7 años.

La causa

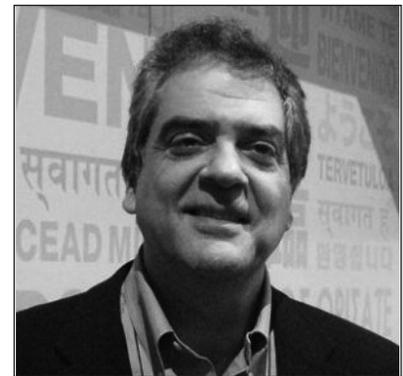
¿Cuál es la causa? No lo sabemos. Es frecuente que el paciente

se dirija al reumatólogo de la siguiente manera: *“No puede ser porque yo antes de ayer estaba bien y ahora se me ha hinchado la articulación. ¿A qué se debe?”* No lo sabemos. Todo el mundo que está enfermo pasa de estar bien a estar enfermo. Pasar a tener una enfermedad crónica es difícil de aceptar por cualquiera. Se trata de que la información que el reumatólogo de en la primera visita sirva para que el paciente conozca más la enfermedad y las alternativas de tratamiento que tenemos. Esto rebajará sin duda su ansiedad y le permitirá afrontar mejor el tratamiento y la enfermedad.

Aunque no sabemos la causa, sabemos que hay una base genética que se traduce en una agregación familiar. Si hemos dicho que en la población general su presencia es aproximadamente del 0,5%, entre familias de gente con psoriasis o enfermedad de la familia de las espondiloartropatías (incluye la enfermedad de Crohn, la espondilitis anquilosante y otras patologías más raras) la posibilidad de desarrollarla aumenta bastante, alrededor del 20-30%. Sobre esta predisposición genética, pensamos que existe un antígeno que podría ser la causa (posiblemente de entrada a nivel cutáneo) que provocaría una respuesta inmunológica anómala y desencadenaría la enfermedad. ¿Se puede prevenir? No, porque no sabemos la causa. Pero al igual que la psoriasis no es contagiosa.

Síntomas

¿Cuáles son los síntomas? En el 75% de los casos, y esto es incluso más alto en las personas en las que la psoriasis aparece antes de los 40 años, la psoriasis se desarrolla antes que la



artropatía psoriásica. Y a veces, muchos años antes, incluso 10-15-20. Este punto es clave para que el dermatólogo esté en contacto con nosotros y actúe como el profesional que detecta la artropatía psoriásica y nos envíe a tiempo al paciente y evite complicaciones. Esto ha mejorado mucho actualmente. Antes, el contacto con los dermatólogos era muy escaso. Y ahora, la relación que tenemos con ellos, especialmente para la psoriasis y la artropatía psoriásica, es muy importante. Este contacto ha aumentado mucho porque los reumatólogos nos dábamos cuenta que nos llegaban enfermos muy evolucionados y que era difícil progresar en el momento en el que llegaban y que la única manera que podíamos mejorar esta situación era que el médico que lo trataba para la piel, muchas veces desde hacía años, lo detectara y nos lo derivara.

También es clave no angustiarse. No todo el mundo que tiene psoriasis desarrolla artritis psoriásica. De hecho, es una pequeña proporción. Desgraciadamente aún conocemos poco sobre los marcadores genéticos que nos permitan distinguirlo. Estamos trabajando actualmente en varios estudios muy importantes en combinación con los dermatólogos para ver si podemos distinguir estos marcadores genéticos que nos permitan saber la predisposición de esta persona a desarrollar artropatía psoriásica.

¿Cómo se manifiesta clínicamente? En las articulaciones de las extremidades se manifiesta en forma de artritis. Se trata de una hinchazón articular muy dolorosa. En general, el movimiento es muy doloroso y limitado. La articulación puede estar más o menos caliente y roja, pero se aprecia claramente que algo pasa porque no es un dolor banal. Es importante recordar que los dolores óseos son mayores en los pacientes con psoriasis cutánea respecto a población general, y que no todos los pacientes que presentan estos dolores tienen una artritis psoriásica. En general, la artritis psoriásica afecta a articulaciones concretas, causa dolor e hinchazón y el dolor es mucho más intenso que los dolores óseos. Ante la duda, el paciente debe consultar a su dermatólogo o médico de cabecera que será el encargado de valorar su posible evaluación por el reumatólogo.

La artritis psoriásica no sólo puede afectar a las articulaciones de las extremidades. Aunque sea la localización más frecuente, también puede afectar a la columna vertebral. En esta zona, se manifiesta generalmente, en forma lumbalgia, dorsalgia o cervicalgia. Aquí tenemos un problema porque ¿quién no tiene lumbagos a partir de los 40-60 años? El 60% de la población tiene lumbalgia a partir de los 40 años. De todas maneras, el reuma psoriásico cuando afecta a la columna también se distingue de un lumbago. Es diferente. Es un dolor intenso y característicamente nocturno, que no te deja dormir y que te obliga a levantarte. Mejora incluso con el



movimiento a diferencia del lumbago. Por lo tanto, se ve que no es normal y esto también puede llevar a ver al dermatólogo y explicarle la situación.

Rasgos diferenciales para detectar la artritis psoriásica

Hay otros rasgos muy específicos y característicos del reumatismo psoriásico, de forma que si el dermatólogo los sabe distinguir, debe derivar al paciente con una artropatía psoriásica al reumatólogo. Entre estos rasgos específicos hay que destacar: la artritis de articulaciones interfalángicas distales, el dolor e hinchazón de los tendones, especialmente de la región aquileo-plantar (entesitis/tendinitis) y el dedo en salchicha (dactilitis), entre otros.

La artritis interfalángica distal. Sólo hay dos enfermedades que afecten a esta articulación de los dedos: la artrosis, que es la más frecuente y la artritis psoriásica. En general, no es difícil de distinguir porque la artritis psoriásica aparece en los enfermos psoriásicos, conjuntamente con la afectación de la uña que coincide con la artritis. En ocasiones, sin embargo, el diagnóstico diferencial es difícil pues la artrosis interfalángica distal por su alta frecuencia en la población, puede coincidir y darse en un enfermo con psoriasis, en estos casos debe ser el especialista (reumatólogo) quien establezca el diagnóstico definitivo.



La tendinitis o la fascitis plantar, es decir, la inflamación de los tendones de la región del pie. Cuando este tipo de inflamación es un síntoma de la artritis psoriásica no tiene nada que ver con el dolor mecánico que puede causar el uso excesivo de esta zona del cuerpo, frecuente en la población general. En el caso de asociarse a la artritis psoriásica se trata en general de un dolor con hinchazón tan intenso que no permite caminar.

La lumbalgia inflamatoria también tiene unas características muy particulares: dolor nocturno, no mejora con el reposo o incluso empeora y responde muy bien a los antiinflamatorios en general.

Dedo en salchicha, que cuando se ve llama mucho la atención porque es un dedo el doble de grueso que el dedo no afectado. Puede presentarse en las manos o los pies.

Antes, el reuma psoriásico se clasificaba según la forma de presentarse. Ahora se ha visto que esto no es realmente así, sino que si lo dejamos sin tratamiento pasa de una forma a la otra con cierta frecuencia. O sea, que son diferentes expresiones de una misma enfermedad en su curso evolutivo. Las únicas formas que se distinguen actualmente son la afectación de columna y la de las extremidades porque son clínicamente diferentes, genéticamente diferentes y responden de forma diferente al tratamiento. El 40% de las perso-

nas que sufren artritis psoriásica presentan una combinación de ambas, de la artritis de las extremidades y de la que afecta a la columna. En estos casos, el tratamiento es combinado.

Pero los especialistas que tratan al paciente con psoriasis no sólo deben tener en cuenta el aparato locomotor y/o la piel. En realidad, la psoriasis es una enfermedad multiorgánica y puede afectar a muchas otras zonas del cuerpo como:

- el ojo, dando **uveítis**, tan o más frecuente según se asocie o no al marcador genético de la espondiloartropatía (HLA-B27).
- el intestino si se asocia con la enfermedad **inflamatoria intestinal**.
- Y además tiene un componente de **enfermedad multisistémica**, con presencia frecuente de diversas comorbilidades entre las que destacan las integrantes de lo que denominamos el síndrome metabólico (tendencia a la obesidad, la hipertensión, la resistencia a la insulina o diabetes y la dislipemia), lo que comporta un aumento del riesgo cardiovascular. Todo ello obliga tanto a médicos como a pacientes a estar atentos e intentar controlar estos posibles problemas añadidos.

La presencia de comorbilidades cardiovasculares no sólo se asocia a la presencia y actividad de la psoriasis, a veces se ve

influida también por los tratamientos. En este sentido, es raro que un enfermo que tenga reuma psoriásico no tome antiinflamatorios y todo el mundo sabe que los antiinflamatorios de forma continuada y crónica pueden producir problemas de aumento de presión de la sangre y cardiovasculares en general... Por otro lado, y aunque es poco frecuente, los pacientes a veces toman bajas dosis de corticoides que están asociados a muchas de estas comorbilidades que hemos comentado. Por lo tanto, la prescripción no es una cosa sencilla en esta patología y a veces se necesita un tratamiento específico para cada persona.

¿Cómo se diagnostica la artritis psoriásica? ¿Quién lo ha de sospechar? Primero el paciente que tiene unos síntomas (que sabe que existen) y luego el dermatólogo que es nuestro aliado para la sospecha diagnóstica y manda al paciente al reumatólogo. No hay una prueba específica. No hay un análisis, como por ejemplo, en la artritis reumatoide. La artritis psoriásica no tiene una prueba de laboratorio y/o una radiografía diagnóstica. El diagnóstico es clínico y por esto debe establecerlo el especialista, o sea el reumatólogo. Se trata de

establecer el diagnóstico de una enfermedad crónica, que requiere un tratamiento crónico en general, complejo y en la mayoría de ocasiones individualizado, atendiendo a los síntomas de cada paciente. Es por ello que es capital que lo establezca un experto con amplia experiencia como es el reumatólogo.

Este artículo constituye la primera parte de las dos en que ha sido dividida la conferencia del Dr. Jordi Gratacós, titulada "Influencia de la psoriasis en las articulaciones". En la segunda parte de la ponencia, hablaremos del pronóstico, calidad de vida, tratamientos y consejos prácticos para el paciente de artritis psoriásica.

XVII Jornadas de Psoriasis. Barcelona – mayo 2013.

*Las palabras subrayadas forman parte del glosario de la página 18

