

Artritis psoriásica

Fecha de la última revisión: 11/11/2010

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Como se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad autoinmune caracterizada por una artritis seronegativa que se puede acompañar de alteraciones cutáneas y/o ungueales.

La APs tiene una prevalencia de 0,3-1% en la población general (Gladman DD, 2005). Del 6 al 42% de pacientes con psoriasis pueden desarrollar artritis (Gottlieb A, 2008; Wilson FC, 2009). Más frecuente cuando existe distrofia ungueal (90% de APs, 40% sin APs), afectación del cuero cabelludo o afectación interglútea o perianal (Wilson FC, 2009).

La APs es mas frecuente entre los 30 y 50 años de edad pero puede aparecer a cualquiera, incluso en la niñez. En un 60-70% de los casos la psoriasis precede al trastorno articular, por lo que es recomendable la búsqueda de signos de artritis en el seguimiento de estos pacientes para iniciar el tratamiento lo mas precozmente posible, inhibir el daño estructural y mejorar la calidad de vida (Gottlieb A, 2008).

En relación a la etiopatogenia de la enfermedad se han descrito 3 tipos de factores:

- a. Genéticos: se ha observado que familiares en primer grado de los pacientes con APs tienen mayor riesgo de padecer psoriasis, artritis psoriásica y otras variedades de espondiloartritis (Taurog JD, 2009).
- b. Inmunológicos
- c. Ambientales: los traumatismos pueden inducir una APs de inicio abrupto y con compromiso asimétrico o monoarticular. También se han implicado infecciones estafilococcicas o estreptococcicas. Se ha descrito una mejoría de la APs en 1/3 de mujeres durante la gestación por lo que se cree que los factores hormonales también pueden jugar un papel importante (Cortes Vera SL, 2003).

Los síntomas de la APs varían desde leves a muy severos, existiendo correlación entre la severidad de la afectación cutánea y la articular. Suele afectar a las articulaciones interfalángicas distales, sacroilíacas y columna.

Aunque a medida que progresa el cuadro clínico varía en las 2/3 partes de casos, hay varios patrones o formas de presentación:

- Oligo o monoartritis asimétrica (30-50% de casos)
- Poliartritis simétrica (hasta el 40% de casos)
- Artritis interfalángica distal (menos del 10%), forma clásica, casi siempre conlleva cambios ungueales en los dedos afectados.
- Espondiloartropatía o predominio axial (5-20% de casos).
- Artritis mutilante (2%), la forma mas agresiva.

Son comunes las manifestaciones extraarticulares de las espondiloartropatias: uveítis (10%) y conjuntivitis (20%) son las mas frecuentes. Complicaciones cardiovasculares del tipo insuficiencia aórtica o trastornos del ritmo también se han documentado. Trastornos renales como glomerulonefritis, nefropatía IgA y amiloidosis se han descrito tanto en pacientes con psoriasis como con APs (Taurog JD, 2009; Cortes Vera SL, 2003; Taurog JD, 2009).

El pronóstico es variable e impredecible oscilando desde formas con monoartritis leve de pronóstico muy bueno hasta formas con afectación poliarticular destructiva con un pronóstico mucho peor. La forma poliarticular (mas de 5 articulaciones afectadas), la historia familiar de APs, el inicio a una edad temprana y la forma cutánea muy extendida pueden predecir peor evolución (Gottlieb A, 2008).

¿Cómo se diagnostica?

En líneas generales el diagnostico de la APs es clínico. Ante la presencia de un paciente con inflamación articular, ausencia de factor reumatoide y presencia de lesiones en piel y uña compatibles con psoriasis, debemos sospechar una APs.

Los criterios diagnósticos de CASPAR (Classification Criteria for PsA) tienen una especificidad de 98,7% y una sensibilidad de 91,4%. Proponen diagnosticar APS cuando exista una artritis inflamatoria (articulaciones dolorosas e inflamadas con rigidez matutina) y al menos un total de 3 puntos de los recogidos en la tabla 1 (Gottlieb A, 2008).

Tabla 1. Clasificación CASPAR.

- Evidencia de psoriasis actual (2 puntos)
- Historia personal de psoriasis, o historia familiar de psoriasis (1 punto)
- Distrofia ungueal (1 punto)
- Factor reumatoide negativo por cualquier método, excepto látex (1 punto)
- Dactilitis, definida como la inflamación total de un dedo, o una historia de dactilitis registrada por un reumatólogo (1 punto)
- Evidencia radiográfica de neoformación ósea yuxta-articular, osificación mal definida cerca de los márgenes de articulación diferente a los osteofitos, en las

radiografías simples de mano o pie (1 punto)

Los criterios CASPAR para artritis psoriásica consisten en enfermedad articular inflamatoria (articulaciones, columna vertebral, o entesis) con >= 3 puntos de las categorías anteriores.

No existen análisis serológicos específicos para esta patología. Pueden ser útiles: HIV (en las formas cutáneas graves), hematimetría (puede haber anemia y VSG elevada), el factor reumatoide (diagnóstico diferencial de artritis reumatoide) ácido úrico suele estar elevado.

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con:

- Artritis reumatoide (AR): presencia de placas psoriáticas o lesiones ungueales en la APs, presencia de nódulos reumatoideos y factor reumatoide elevado en la AR; las articulaciones afectadas en la APs tienen un menor componente inflamatorio y la afectación es más asimétrica en comparación con la AR. La dactilitis, entesitis y afectación de articulaciones IFD orientan a una APs.
- Osteoartritis: aunque en ambas puede verse afectación de las articulaciones interfalángicas distales en la osteoartritis hay nódulos de Heberden mientras que en la APs lo que predomina es la inflamación. A pesar de que la rigidez matutina y la que se produce después de un periodo largo de inactividad física son comunes en la APs, en la osteoartritis la rigidez aparece con la movilización excesiva de la articulación (Gottlieb A, 2008).
- Espondilitis anquilosante. Los pacientes con APs son menos sintomáticos, tienen afectación asimétrica y tienden a desarrollar una enfermedad menos severa.

Tabla 2. Comparativa de Artritis Psoriásica con artritis reumatoide, osteoartritis y espondilitis anquilosante.

	Artritis Psoriásica	Artritis Reumatoide	Osteoartritis	Espondilitis anquilosante
Afectación periférica	Asimétrica	Simétrica	Asimétrica	No
Sacroileitis	Asimétrica	No	No	Simétrica
Rigidez	Matutina y/o limitación de movimientos	Matutina y/o limitación de movimientos	Con los movimientos	Sí
Relación Mujer: Hombre	1:1	3:1	Afectación mano/pie mas frecuente en mujeres	1:3
Entesitis	Sí	No	No	No
Factor Reumatoide elevado	No	Sí	No	No
Asociación HLA	CW6, B27	DR4	No	B27
Lesiones ungueales	Sí	No	No	No
Psoriasis cutáneo	Sí	Poco frecuente	Poco frecuente	Poco frecuente

¿ Como se trata?

El tratamiento de la APs debe incluir medidas fisioterapéuticas, educación sanitaria y tratamiento farmacológico. Para el inicio del tratamiento de esta enfermedad se debe tener en cuenta la sintomatología del paciente y para el tipo de tratamiento la gravedad (leve, moderada y severa) y localización (GRAPPA, 2009).

Tabla 3. Cuadro resumen del tratamiento según gravedad

	Respuesta a la Terapia	Impacto en la calidad de vida
Leve	AINES Infiltraciones intrarticulares de corticoides (AP)	Mínimo
Moderada	DMARD o anti-TNF (AP) Anti-TNF (AA)	Impacto en las actividades diarias y de la función mental/física. Poca respuesta a AINES
Severa	DMARDs + anti TNF (AP) Anti-TNF (AA)	Imposible la realización de actividades cotidianas sin dolor o impotencia funcional. Gran afectación de la función mental y física. Falta de respuesta a DMARDs o inhibidores de TNF como monoterapia.

AP: Artritis periférica; AA: Afectación axial; DMARDs: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad. Anti-TNF: fármacos inhibidores del factor de necrosis tumoral.

En caso de tratarse de una afectación articular leve se debe iniciar tratamiento con AINES. Aunque se ha demostrado su superioridad ante el placebo, no tienen efecto sobre el rash o la VSG que sugiera una modificación de la enfermedad. Si existe afectación oligoarticular se podrían considerar infiltraciones intrarticulares de corticoides. Dos infiltraciones articulares sin mejoría sintomática es requisito para iniciar terapia con anti-TNF. El uso de glucocorticoides en forma sistémica no esta muy aceptado ya que puede provocar un brote pustular a nivel de piel cuando se inicia la pauta descendente de retirada de la medicación.

Los pacientes con APs moderada a severa puede requerir la utilización de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDs). La decisión de iniciar el tratamiento con estos fármacos depende de muchos factores tales como: su relativa eficacia, ventajas en la administración, monitorización de los niveles, costes de la medicación, tiempo que pasara hasta ver los beneficios, y la frecuencia y severidad de las reacciones adversas que pudieran aparecer. En general podrían definirse como fármacos de bajo coste, eficacia limitada y alta toxicidad (Ravindran V, 2008).

El mas estudiado de este grupo de medicamentos es el **Metotrexato** que ha demostrado ser eficaz tanto en el tratamiento de la psoriasis como en la afectación articular acompañante además de ser de bajo coste. Han demostrado también ser eficaces en el tratamiento de la APs: la **Sulfasalazina** y la **Leflunomida**.

En los últimos años se han evaluado la eficacia de los inhibidores del TNF en el tratamiento de la APs, concretamente de adalimumab, etarnecept, infliximab y

golimumab (Rahman P, 1998; Nash P, 2005; NICE, 2006; Jones G, 1997). Las ultimas guías de psoriasis los recomiendan en pacientes con artritis moderada-severa con una naturaleza agresiva y extensa o que provoca gran alteración de la calidad de vida iniciar tratamiento con **Metotrexato**, inhibidores del TNF o ambos. Los inhibidores del TNF se utilizan generalmente en combinación con los DMARDs particularmente con el **Metotrexato**. En general los inhibidores del TNF podrían definirse como fármacos de coste muy alto, mas eficaces que los DMARDs y con menor toxicidad (Ravindran V, 2008; Saad AA, 2008).

Bibliografía

- Cortes Vera SL, Iglesias Gamarra AJ, Restrepo Suárez F. Psoriasis y Artritis Psoriasica. Revista Facultad de Medicina 2003; 51 (4): 220–226 [\[Texto completo\]](#).
- Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. Ann Rheum Dis. 2005 Mar;64 Suppl 2:ii14-7 [\[PMID: 15708927\]](#)
- Gottlieb A, Korman NJ, Gordon KB, Feldman SR, Lebwohl M, Koo JY et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 2. Psoriatic arthritis: overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. J Am Acad Dermatol 2008 May;58(5):851-64 [\[PMID: 18423261\]](#) [\[Resumen NCG\]](#) [\[Texto completo\]](#)
- Jones G, Crotty M, Brooks P. Intervenciones para el tratamiento de la artritis psoriasica; 2000. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Numero 2. [\[Resumen\]](#)
- Jones G, Crotty M, Brooks P. Psoriatic arthritis: a quantitative overview of therapeutic options. The Psoriatic Arthritis Meta-Analysis Study Group. Br J Rheumatol. 1997 Jan;36(1):95-9 [\[PMID: 9117186\]](#) [\[Texto completo\]](#)
- Kavanaugh A, McInnes I, Mease P, Krueger GG, Gladman D, Gomez-Reino J et al. Golimumab, a new human tumor necrosis factor alpha antibody, administered every four weeks as a subcutaneous injection in psoriatic arthritis: Twenty-four-week efficacy and safety results of a randomized, placebo-controlled study. Arthritis Rheum. 2009 ;60(4):976-86 [\[PMID: 19333944\]](#).
- Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Van Voorhees AS, Leonardi CL, Gordon KB et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. J Am Acad Dermatol. 2008 May;58(5):826-50 [\[PMID: 18423260\]](#)
- NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence. Adalimumab for the treatment of psoriatic arthritis. Nice technology appraisal guidance 103. Issue date 2007. Review date 2008 [acceso 29/3/2010]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA125guidance.pdf>
- NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence. Etanercept Efalizumab for treatment of adults with psoriasis. Nice technology appraisal guidance 103. Issue date 2006. Review date 2008 [acceso 29/3/2010]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/TA103>
- Nash P, Clegg DO. Psoriatic arthritis therapy: NSAIDs and traditional DMARDs. Ann Rheum Dis. 2005 Mar;64 Suppl 2:ii74-7 [\[PMID: 15708943\]](#) [\[Texto completo\]](#)
- Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. N Engl J Med. 2009 Jul 30;361(5):496-509 [\[PMID: 19641206\]](#)
- Rahman P, Gladman DD, Cook RJ, Zhou Y, Young G, Salonen D. Radiological assessment in psoriatic arthritis. Br J Rheumatol. 1998 Jul;37(7):760-5 [\[PMID: 9714353\]](#)
- Ravindran V, Scott DL, Choy EH. A systematic review and meta-analysis of efficacy and toxicity of disease modifying anti-rheumatic drugs and biological agents for psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2008 Jun;67(6):855-9 [\[PMID: 17827183\]](#)
- Ritchlin CT, Kavanaugh A, Gladman DD, Mease PJ, Helliwell P, Boehncke WH, de Vlam K, Fiorentino D, Fitzgerald O, Gottlieb AB, McHugh NJ, Nash P, Qureshi AA, Soriano ER, Taylor WJ; Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA). Treatment recommendations for psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2009 Sep;68(9):1387-94 [\[PMID: 18952643\]](#) [\[Texto completo\]](#)
- Saad AA, Symmons DP, Noyce PR, Ashcroft DM. Risks and benefits of tumor necrosis factor-alpha inhibitors in the management of psoriatic arthritis: systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. J Rheumatol. 2008 May;35(5):883-90 [\[PMID: 18381787\]](#)
- Taurog JD. Artritis psoriasica. Cap. 318. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, Eds. Harrison Medicina. 17ª ed. McGraw Hill; 2009.
- Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. Arthritis Rheum. 2009 Feb 15;61(2):233-9. [\[PMID: 19177544\]](#)

Más en la red

Cortes Vera SL, Iglesias Gamarra AJ, Restrepo Suárez F. Psoriasis y Artritis Psoriásica. Revista Facultad de Medicina 2003; 51 (4): 220–226 [\[Texto completo\]](#)

Nash P, Clegg DO. Psoriatic arthritis therapy: NSAIDs and traditional DMARDs. Ann Rheum Dis. 2005 Mar;64 Suppl 2:ii74-7 [\[Texto completo\]](#)

Ritchlin CT, Kavanaugh A, Gladman DD, Mease PJ, Helliwell P, Boehncke WH, de Vlam K, Fiorentino D, Fitzgerald O, Gottlieb AB, McHugh NJ, Nash P, Qureshi AA, Soriano ER, Taylor WJ; Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA). Treatment recommendations for psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2009 Sep;68(9):1387-94 [\[Texto completo\]](#)

Gottlieb A, Korman NJ, Gordon KB, Feldman SR, Lebwohl M, Koo JY et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 2. Psoriatic arthritis: overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. J Am Acad Dermatol 2008 May;58(5):851-64 [\[Resumen NCG\]](#) [\[Texto completo\]](#)

Autores

Gisella Vanina Lavia	Médico residente de medicina familiar y comunitaria
Maria del Mar Terceiro Delgado	Médico especialista en medicina familiar y comunitaria

Servici Gallego de Salud. Centro de Salud de Culleredo. A Coruña (España)

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

