



ARTRITIS PSORIÁSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Antonio Plazas Miñarro, CS Antonio García (Molina de Segura). Marcela González Camacho. Sara Carrasco Claros. Sergio Méndez Platas. Nerea García Soria. Pablo Madrigal Laguía. Jaime López Díez. Carmen Celada Roldán. Jorge Aurelio López Díez. Rocío Luján Martínez. Marta Caballero Muñoz

INTRODUCCIÓN

La artritis psoriásica puede afectar a mujeres y hombres por igual y puede acontecer a cualquier edad, siendo más habitual que comience entre los 20-50 años. La APso tiene una prevalencia de hasta 1%, siendo en España del 0,58%, según el estudio EPISER de la Sociedad Española de Reumatología. El cuadro clínico varía en la forma de presentación, pudiendo afectar de inicio con artritis, entesitis o dactilitis; la enfermedad suele tener un inicio insidioso.

La mayoría de los cuadros (hasta un 70 % según distintas publicaciones) conllevan afectación oligoarticular asimétrica (interfalángicas proximales y metatarsofalángicas, siendo frecuente la dactilitis.). Otras formas de presentación son: poliarticular simétrica (15%), forma espondilítica (a veces difícil de distinguir de una espondilitis anquilosante primaria), artritis exclusiva de interfalángicas distales y artritis mutilante (con acortamiento de los dedos, sobre todo en manos). La psoriasis puede no aparecer o hacerlo después que la clínica articular lo que puede dificultar el diagnóstico.

Respecto al diagnóstico, no existen pruebas específicas. El factor reumatoide y los ANA suelen ser negativos; puede haber aumento de VSG y PCR que se correlacionan con el grado de actividad de la enfermedad; el líquido sinovial de articulaciones afectas es de tipo inflamatorio.

DESCRIPCION DEL CASO

Mujer de 33 años con antecedentes personales de síndrome de intestino irritable y asma intrínseca. No alergia fármacos. No recibe tratamiento crónico.

La paciente acude a consulta en su centro de salud por síntomas de dolor en espalda lumbar de casi un año de evolución, de perfil mecánico y con irradiación a miembro inferior derecho; tras una exploración física anodina y ante el tiempo de evolución se solicita un estudio por RMN donde se aprecia una protusión discal L4-L5 lateralizada a la derecha y con moderada repercusión sobre el saco dural. Se prescribió tratamiento fisioterápico



con mejoría. Al cabo de seis meses la paciente vuelve a consultar de nuevo por dolor lumbar, irradiado a cadera izquierda y de predominio nocturno, así como dolor y tumefacción digital en ambos miembros superiores; en la exploración física no presenta dolor a la movilización de la columna, no tiene apofisalgias y no se reproduce el dolor que describe la paciente, que tiene un claro componente inflamatorio con empeoramiento con el descanso; al explorar otras localizaciones se apreciaba tumefacción fría en todos los dedos de ambas manos, compatible con dactilitis (ver foto), con artritis en articulaciones interfalángicas distales de los dedos 4-5 de mano dcha y 1-2-3-4-5 de mano izquierda, sin artritis en otras localizaciones; presenta Faber positiva bilateral; no hay signos de bursitis trocantérea ni otras entesitis. No presenta fiebre ni otros síntomas sistémicos y el resto de la exploración por órganos y sistemas es anodina, no presentando tampoco lesiones cutáneas valorables ni alteración ungueal. Ante la sospecha clínica de una posible patología inflamatoria sistémica se solicita estudio analítico y radiográfico (radiografías de manos, columna lumbar, sacroiliacas) y se deriva a consulta de Reumatología de forma preferente, en tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo (aceclofenaco 100 mg, 1 comprimido cada 12 horas). En la analítica presenta una función renal normal, perfil hepático sin alteraciones y hemograma normal; en cuanto a estudios reumáticos presenta factor reumatoide y anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado negativos, anticuerpos antinucleares negativos, HLA B27 positivo. Las radiografías de columna lumbar y ambas manos no muestran aparentemente alteraciones; la radiografía de sacroilíacas muestra signos compatibles con sacroileítis.

La paciente es valorada en consulta de Reumatología, diagnosticándose de poliartritis HLA B27 positivo, con afectación axial y periférica (dactilitis, interfalángicas distales); antecedentes personales de psoriasis. Se comienza tratamiento con metotrexate 7,5 mg a la semana, seguido de folato a las 48 horas y prednisona 10 mg/día.

Durante el seguimiento, tras 10 meses de tratamiento con metotrexate, la paciente presenta aparición de una lesión plantar izquierda, eritematodescamativa, sugestiva de psoriasis (anatomía patológica compatible), para lo que se pauta tratamiento con calcipotriol/betametasona en espuma y se realiza una revisión conjunta con



dermatología al mes del inicio del tratamiento. En esta visita la paciente se queja de dolor e inflamación en el pie izquierdo, apreciándose tumefacción importante a nivel del tobillo y dorso del pie; se realiza radiografía que es normal y ante empeoramiento clínico posterior con gran impotencia funcional se solicita estudio con resonancia magnética, que muestra edema óseo en cabeza y cuello del astrágalo y sinovitis subastragalina posterior.

La paciente empeora de la lesión plantar y aparecen otras en miembros superiores por lo que desde dermatología se solicitó cultivo de escamas del pie por sospecha



de infección fúngica, que fue confirmada y tratada con tratamiento oral antifúngico con mejoría, además de aplicar tratamiento tópico en las otras localizaciones con mejoría leve.

Ante la escasa mejoría de la artritis (persiste la dactilitis con disminución de articulaciones afectadas en manos, pero con dolor y tumefacción de tobillo izquierdo, añadiéndose el tobillo derecho, y dolor en caderas y axial), además de comenzar a presentar importante intolerancia gástrica, diarrea e irritabilidad, por lo que se trata con leflunomida.

Finalmente, la paciente presenta progresión de la clínica articular y cutánea por lo que se decide tratamiento con infliximab con importante mejoría cutánea y articular periférica.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN DE CADA SERVICIO

Este caso muestra la importancia de un buen trabajo multidisciplinar, desde la primera atención médica por el médico de familia, sospechando una patología sistémica, iniciando los estudios y tratando los síntomas, hasta la valoración por reumatología para confirmación diagnóstica y tratamiento específico de la enfermedad.

Es importante el trabajo en equipo entre dermatología y reumatología, dado que como ocurre en este caso hay múltiples enfermedades con repercusión articular y cutánea, por lo que un adecuado diagnóstico y tratamiento de forma conjunta puede mejorar significativamente la atención médica y el pronóstico de enfermedad.

Para concluir, merece la pena recordar que existen casos de artritis psoriásica en los que las lesiones de psoriasis aparecen posteriormente al cuadro articular, por lo que es importante una buena anamnesis donde se recojan datos clave como puede ser el antecedente familiar de psoriasis, así como reevaluar en el seguimiento clínico la aparición de lesiones cutáneas que puedan orientarnos al diagnóstico de artritis psoriásica cuando los demás síntomas y signos nos pueden confundir con otros diagnóstico similares como puede ser una espondilitis anquilosante primaria de la que podría ser indistinguible.



Placa de psoriasis plantar con tumefacción en tobillo

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- J.L. Rodríguez García et al. Green Book. Diagnóstico y tratamiento médico. 7ª ed. Madrid: Marbán; 2019
- 2.- Danith, Medina B. ; Sánchez Andía, Carolina ; Retamal, Enrique ; et al. (2014-12). *Caso clínico : Artritis Psoriásica Tratamiento a Nuestro Alcance* Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. Hospital Dr. J. M.





Ramos Mejía. Centro de Osteoporosis y Enfermedades Osteoarticulares.. [consultado: 25/5/2023] Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <http://www.fmv-uba.org.ar/comunidad/revistasylibrosdigitales/RevistaPsoriasis/Vol5_N11_2014/04.pdf>

3.- López-Ferrer A, Laiz A, Puig L. Psoriatic arthritis. Med Clin (Barc). 2022 Jul 8;159(1):40-46. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2022.01.024. Epub 2022 May 4. PMID: 35525675.

