

Artritis Psoriásica



¿Qué es la artritis psoriásica?

La artritis psoriásica es una enfermedad autoinmune que afecta a las articulaciones y se presenta en algunos pacientes con psoriasis en la piel y/o en las uñas. Aproximadamente un 30% de los pacientes con psoriasis desarrollan también artritis psoriásica. Esta enfermedad se caracteriza por episodios de inflamación articular y puede afectar a personas de cualquier edad y sexo, incluso a niños. El inicio suele ocurrir entre los 30 y 50 años.

¿Por qué se produce la artritis psoriásica?

La causa exacta no se conoce, pero se cree que es el resultado de una combinación de factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Se ha observado que más del 40% de los pacientes con artritis psoriásica tienen familiares cercanos afectados por psoriasis. Factores como infecciones, estrés, trastornos psicológicos graves o traumatismos pueden actuar como desencadenantes en personas susceptibles. Además, estudios recientes asocian la obesidad y el tabaquismo con un mayor riesgo de desarrollar psoriasis y artritis psoriásica.

¿Qué síntomas produce?

Los síntomas incluyen dolor, calor, enrojecimiento, incapacidad para mover la articulación y, en algunos casos, deformidad. La afectación de las articulaciones interfalángicas distales (junto a las uñas) es característica, y la inflamación de los dedos, conocida como “dedo en salchicha” o dactilitis, es común. También pueden presentarse lumbalgia inflamatoria, entesitis (inflamación en los puntos

de inserción de tendones y ligamentos), manifestaciones extraarticulares como inflamación ocular e inflamación intestinal, y comorbilidades como hígado graso y osteoporosis.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se basa en la historia clínica, la presencia de psoriasis o antecedentes familiares de psoriasis y características específicas de la artritis, como la afectación asimétrica de las articulaciones, dactilitis y afectación de las interfalángicas distales. Los análisis de sangre pueden mostrar elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR), pero el factor reumatoide suele ser negativo. Las radiografías pueden ser normales en las etapas iniciales, y técnicas de imagen como la resonancia magnética y la ecografía articular son útiles para evaluar la inflamación.

Evolución

La artritis psoriásica tiene un curso crónico e impredecible. En algunos casos, puede progresar a una artropatía deformante y destructiva si no se trata adecuadamente. Más del 20% de los pacientes desarrollan estas formas graves con el tiempo.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento se divide en dos categorías:

1. **Tratamientos sintomáticos:** Alivian el dolor y la inflamación a corto plazo. Incluyen analgésicos, antiinflamatorios no esteroides (AINEs) y, en algunos casos, corticoides. Estos últimos pueden empeorar la psoriasis cutánea, por lo que se prefieren las infiltraciones intraarticulares en lugar de la administración sistémica.
2. **Tratamientos modificadores de la enfermedad (FAMEs):** Actúan sobre los mecanismos inmunológicos subyacentes para frenar la progresión de la enfermedad. Se dividen en:
 - **FAMEs tradicionales:** Incluyen metotrexato, sulfasalazina y leflunomida. Estos fármacos tienen un inicio de acción lento (4-6 semanas) y requieren seguimiento clínico y analítico periódico.
 - **FAMEs biológicos:** Son proteínas producidas por ingeniería genética que bloquean moléculas específicas involucradas en la inflamación. En España, los biológicos aprobados para la artritis psoriásica incluyen:
 - **Anti-TNF:** Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab.

- **Anti-IL-12/23:** Ustekinumab.
- **Anti-IL-17A:** Secukinumab, Ixekizumab
- **Anti-IL17AF:** Bimekizumab
- **Anti-Ig23:** Guselkumab, Risankizumab
- **Moléculas orales pequeñas:**
 - **Inhibidor de PDE4:** Apremilast: es un inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa 4 (PDE4) que reduce la producción de citocinas proinflamatorias. Se administra por vía oral y ha demostrado eficacia en la psoriasis en placas y la artritis psoriásica. Su inicio de acción es más rápido que el de los FAMES tradicionales. Los efectos secundarios más comunes incluyen diarrea, náuseas, cefalea y nasofaringitis. Es importante monitorizar el peso y el estado de ánimo durante el tratamiento.
 - **Inhibidores de JAK (iJAK):** tofacitinib, upadacitinib: Son medicamentos orales que bloquean una vía de señalización intracelular (JAK-STAT) implicada en la inflamación. Están indicados en pacientes adultos con artritis psoriásica activa que no responden o no toleran otros tratamientos. Se pueden usar solos o en combinación con metotrexato. Como efectos secundarios posibles: infecciones respiratorias, alteraciones del perfil lipídico, elevación de enzimas hepáticas, y riesgo de trombosis. Requieren: controles médicos regulares y analíticas periódicas.

Medidas generales

Además del tratamiento farmacológico, se recomienda:

- **Ejercicio físico:** Realizar ejercicios diarios, como natación o ejercicios isométricos, para mantener la movilidad articular y prevenir la atrofia muscular.
- **Control de factores de riesgo cardiovascular:** Mantener un peso saludable, evitar el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, y controlar la hipertensión y los niveles de colesterol.
- **Vigilancia de la salud mental:** Estar atento a posibles cambios en el estado de ánimo o comportamiento, ya que algunos tratamientos pueden tener efectos secundarios psiquiátricos (apremilast).

Esta actualización proporciona información detallada sobre la artritis psoriásica, sus síntomas, diagnóstico, evolución y opciones de tratamiento, incluyendo fármacos específicos aprobados en España. Es fundamental que los pacientes consulten a su médico para determinar el tratamiento más adecuado según su caso particular.



Figura 1

Lesiones clásicas de psoriasis en distinto estado evolutivo localizadas en superficie de extensión del codo. Cortesía del Dr. Pablo Coto. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias.



Figura 1

Lesiones clásicas de psoriasis en distinto estado evolutivo localizadas en superficie de extensión del codo. Cortesía del Dr. Pablo Coto. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias.



Figura 2

Inflamación de la articulación interfalángica distal del 4º dedo (flecha). Fuente: Sociedad Española de Reumatología