La artritis psoriásica

La **artritis psoriásica (APs)** es una **enfermedad autoinmune inflamatoria crónica y progresiva** que afecta fundamentalmente a las **articulaciones** y la **piel**[1,2]. Se trata de una enfermedad **grave** con múltiples manifestaciones y, por lo tanto, es una de las más **espondiloartropatias** más **difíciles de diagnositcar**, de seguir y de tratar.
Los síntomas guía incluyen **dolor articular crónico, cansancio y limitación de la movilidad articular**[3]. De hecho, alrededor del **40-50%** de los pacientes con APs pueden presentar afectación articular importante, con una **reducción importante de su capacidad funcional**[1].
La naturaleza crónica de la enfermedad junto con el dolor físico, las limitaciones y el disconfort pueden tener un **impacto negativo en el bienestar psicológico**. Los pacientes sufren estrés emocional derivado tanto de la **depresión y vergüenza** que les producen su síntomas físicos como del deterioro general de su calidad de vida, productividad y funcionalidad[4-7].

Fisiopatología

La **etiología** es **desconocida**. Sin embargo, se han identificado varias **asociaciones genéticas**[8].

Manifestaciones

La APs tiene una **presentación clínica variable** que se caracteriza por la aparición de manifestaciones **musculoesqueléticas, extraarticulares y comoribilidades**.
El **73,3%** de los pacientes presentan **más de una manifestación**. La incidencia de cada una de las manifestación es la siguiente[3,9-11]:

Afectación de articulaciones periféricas

Image

Afectación de articulaciones periféricas

Más del 95% de los pacientes con APs presentan artritis periférica

- Las articulaciones periféricas más afectadas son: codos, síntomas axiales, manos, rodillas y pies, y con frecuencia, experimentan dolor muscular

Afectación axial

Image

Afectación axial

Hasta un 70% de los pacientes con APs presentan afectación axial

- La afectación axial en APs es común pero puede estar silente hasta en el 25% de los pacientes.

- El 15% de los pacientes con APs que no presentan afectación axial al principio pueden desarrollarla a los 10 años de seguimiento. Su presencia puede determinar el pronóstio de la enfermedad.

Entesitis

Image

Entesitis

Entre el 30-50% de los pacientes con APs presentan entesitis

- Los pacientes con APs y entesitis tinene una mayor actividad de la enfermedad, peor estado funcional, calidad de vida reducida, impacto negativo en el rendimiento laboral, mayor daño articular perifperico y axial radiológico

- Las localizaciones más frecuentes de entesis son: inserción del tendón de Aquiles (24%) fascia plantar (21%) y epicóndilo lateral (17%)

Dactilitis

Image

Dactilitis

Entre el 40-50% de pacientes con APs presentan dactilitis, eso es inflamación de los dedos de las manos y los pies.

- En el 57% de los casos afecta a múltiples dedos
- En el 58% de los pacientes es asimétrica
- Es más frecuentes en los dedos de los pies

Afectación en piel

Image

Afectación en piel

Aproximadamente el 85% de los pacientes con APs son previamente diagnosticados con psoriasis

- Hasta el 40% de los pacientes con psoriasis tienen o desarrollarán APs a lo largo de su vida

- El 41% de los pacientes con psoriasis que manifiestan APs son infradiagnosticados

Afectación en uñas

Image

Afectación en uñas

Más del 83% de pacientes con APs presentan enfermedad ungueal

- La enfermedad ungueal es dolorosa y, dado que es difícil de ocultar, los pacientes pueden sufrir estrés psicológico

Diagnóstico

El diagnóstico de la APs es complejo. En general se diagnostica estableciendo la presencia de síntomas y signos tanto en las articulaciones como en la piel, y descartando otras enfermedades inflamatorias más frecuentes[12].

Su diagnóstico se produce habitualmente con un retraso de 5 años tras el diagnóstico de la psiorasis[7]. De hecho el 85% de los pacientes con APs son previamente diagnosticados con psoriasis[13] y el 30% de los pacientes con psoriasis pueden desarrollar APs en el futuro[9]. Por lo tanto, es necesario un cribado activo y reiterado de los pacientes con psoriasis, ya que el 41% de los pacientes psoriásicos que presentan APs no son diagnosticados[14]. Además, dicho retraso en el diagnóstico supone un incremento del riesgo de afectación de las articulaciones a lo largo del tiempo, pudiendo producir daño radiológico y erosión ósea, poniendo de manifiesto la importancia del diagnóstico y el tratamiento temprano[15,16].

Tratamiento

La APs es una enfermedad heterogénea y potencialmente grave con múltiples manifestaciones y que, por tanto, requiere un abordaje multidisciplinar coordiando por el reumatólogo y una toma de decisiones comparitdas con el paciente.
El objetivo principal del tratamiento es eliminar la inflamación y optimizar la calidad de vida del paciente preservando su capacidad funcional. Por lo tanto, el objetivo principal debe ser alcansar el estado de remisión de la enfermedad, o alternativamente, baja actividad de la enfermedad, mediante una evaluación y seguimiento regular de la actividad y un ajuste apropiado de la terapia.

Como parte del tratamiento farmacológico se pueden utilizar antiinflamatorios no esteroides (AINEs) glucocorticoides locales o sistémicos, Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad sintéticos convencionales (FAMEsc) o biológicos (FAMEb), tales como inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) o inhibidores de la interteucina 17A (IL-17A)[17].

Referencias

1. Taylor Wd. Curr Opin Rheumatol. 2002.14 98-103.

2. Mease P. Curr Opin Rheumatol. 2004.16.366-370.

3. Gottlieb A. et al. J Derm Treat.2006.17.279-287.

4. Boorhncke WH. et al. Br J Dermatol. 2014.170.772-786.

5. The effects of psoriatic: arthritis on the body [Internet]. Disponible en: **https://www.healthline.com/health/psoriatic-arthritis/effects-on-body** [Accedido el 21 de Julio 2021].

6. Mease PJ. Armstrong AW. Drugs. 2014.74.423-41.

7. Rap SR. et. al. J Am Acad Dermatol. 1999.41.401.

8. Gladman D. et. al. Ann Rhoum Dis. 2005.64.ii14-ii17.

9. Ritchlin CT. ot al. N Engl J Med. 2017.376.957-970.

10. Feld J. etal. Nat. Rev. Rheumatol. 2018.14-363-371.

11. Lee S. et al. P&T. 2010.35.680-689.

12. Husni ME. Psoriatic Arthritis [Internet]. Disponibe en: **https://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/rheumatology/** [Accedido el 21 de Julio 2021].

13. Gottilieb A. Merola JF. J Dermatol Treat. 2020.31(7).662-679.

14. Mense PU et al. J Am Acad Dermatol. 2013.69.729-735.

15. Eder L. er al. Arthritis Care Ros (Hoboken). 2011.63.619-622.

16. Christophers E. et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010.24.548-554.

17. Gossec L. et al. Ann Rheum Dis 2020.79.700-712.

18. Mease PJ. Arthritis Care Res (Hoboken. 2011.63) Suppi 11:S64-85.

19. Rall S. et al. Joint Bone Spine. 2016.83-335-340.

20. Chang CA. et. al. Nat Rev Rheumatol. 2011.7-588-598.

21. Boehncke WH. Boenhcke S. Curr Rheumatol Rep. 2012.14.343-348.

22. Armstrong A, et al. Nutr Diabetes. 2012.2.e54.

23. Horreau C. et al. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2013.27 (Suppi 3). 12-29.

24. Boencke WH. et al. Exp Dermatol. 2011.20.303-307

Source URL: *https://www.pro.novartis.com/ar-es/reumatologia/la-artritis-psoriasica*