

EVIDENCIA vs EXPERIENCIA

DOLOR. 2008;23:39-46

Artritis psoriásica

A. RODRÍGUEZ DE LA SERNA

INTRODUCCIÓN

Las controversias en medicina siguen siendo una constante, motivadas fundamentalmente por tres razones que las sustentan:

- La medicina basada en la evidencia pone de manifiesto la supremacía de algunas alternativas terapéuticas sobre otras, pero su metodología no es perfecta ni los resultados son absolutos, por lo cual se establecen condiciones que favorecen la bondad de una actuación contra otra para grupos de pacientes, pero en la mayoría de los casos son inciertos antes de utilizarlos para el paciente individual.
- La experiencia individual tanto del médico que la prescribe como del paciente que la recibe, si se acompaña de resultados poco favorables o de efectos indeseables, comporta un rechazo parcial o total para dicho tratamiento, independientemente de las evidencias científicas que lo avalen.
- La experiencia clínica sigue siendo un método válido de conocimiento, y en muchas ocasiones es la base del inicio de la búsqueda de un resultado positivo para un determinado tratamiento, que deberá ser concluido por los ensayos clínicos,

aunque esta base haya sido condicionada por la serendipia.

Por este motivo se justifica, sobre todo para tratamientos ya consolidados, el establecer de forma periódica equivalencia y controversias sobre las evidencias con las experiencias, que lógicamente en los inicios de la introducción de un tratamiento no pueden llevarse a cabo por falta de las segundas, a la vez que la utilización de tratamientos en condiciones clínicas habituales establece la verdadera categoría de una determinada terapéutica, que por razones obvias nunca se establece en los ensayos clínicos.

CONCEPTO DE ARTRITIS PSORIÁSICA

La psoriasis es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes y afecta al 1-2% de la población. Es un trastorno cutáneo inflamatorio y crónico que clínicamente se caracteriza por pápulas y placas eritematosas bien delimitadas y redondeadas, cubiertas por una descamación micácea plateada. Las lesiones muestran prurito variable. Existen diferentes variedades: tipo placa, psoriasis inversa y psoriasis eruptiva (en gotas).

Consultor de Medicina Interna
Jefe Clínico de Reumatología
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Profesor Asociado de Reumatología
Departamento de Medicina
Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona
Profesor de Reumatología
Departamento de Fisioterapia
Universidad Ramón Llull
Barcelona

Dirección para correspondencia:

Arturo Rodríguez de la Serna
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Servicio de Medicina Interna
Mas Casanovas, 90
08025 Barcelona
E-mail: arodriguezs@santpau.es

La artritis psoriásica es una enfermedad inflamatoria crónica que puede afectar a las articulaciones de un 5-40% de personas con psoriasis.

Se define como una artropatía inflamatoria que se manifiesta en pacientes con psoriasis y se caracteriza por la ausencia de factor reumatoide. Este concepto actualizado de la enfermedad no fue aceptado hasta la década de 1960, cuando el actual Colegio Americano de Reumatología (ACR), anteriormente ARA, clasificó a la artritis psoriásica como una entidad clínica independiente y diferente de la artritis reumatoide. Esta categoría viene avalada por dos hechos trascendentes:

- La frecuencia de artritis en los pacientes con psoriasis es más elevada que en la población general, y oscila entre el 10-40%.
- La psoriasis es más frecuente en los pacientes con artritis; así, la prevalencia de psoriasis en la población general es del 1-2%, frente al 20% en los pacientes con artritis seronegativa.

La causa de esta enfermedad es desconocida y está por identificar; sin embargo, los investigadores han detectado ciertos factores que podrían relacionarse con ésta, de tipo externo y genéticos; existen también anomalías en el funcionamiento de las células implicadas en los procesos inflamatorios. Los elementos externos que podrían participar en que se desencadene esta artritis son diversos:

- Infección por estreptococos.
- Traumatismos.
- Tratamientos con interferón α .
- Otros.

Además, existen estudios que han descubierto una mayor frecuencia de aparición de HLA B27, HLA Cw6, HLA B17, que serían elementos genéticos comunes en muchos de estos pacientes.

Muchos especialistas coinciden en la actualidad en que, en cuanto a los síntomas, la artritis psoriásica puede dividirse en tres tipos:

- Artritis inflamatoria asimétrica.
- Artritis simétrica.
- Espondilitis psoriásica.

Los síntomas que pueden aparecer son: rigidez (sobre todo por las mañanas), inflamación de las articulaciones interfalángicas distales y proximales (articulaciones de los dedos de las manos o los pies), metatarsfalángicas (pies) y metacarpofalángicas (manos),

bien de forma asimétrica o simétrica; también pueden afectarse las articulaciones axiales grandes, como las rodillas, los tobillos y los codos. Todo ello sin olvidar que esta artritis se presenta en el contexto de una persona con afectación cutánea por psoriasis. Se pueden afectar también las uñas (onicolisis, onicodistrofia), fundamentalmente en las personas que presentan esta artritis. Otra manifestación en los dedos puede ser la dactilitis o «dedo en salchicha» (por afectación de los tendones).

Cuando se afecta la columna vertebral se habla de espondilitis psoriásica, cuya evolución suele ser lenta y su clínica menor que la de la espondilitis anquilosante típica. Pueden afectarse también los tendones y a este proceso se le denomina entesopatía, como ocurre en el tendón de Aquiles, que produce dolor en el talón (talalgia), o entesopatía, que afecta a las articulaciones pequeñas del tórax, o a las articulaciones sacroilíacas.

En ocasiones, la afectación puede ser de predominio óseo, en la que se produce una verdadera inflamación ósea (osteítis) que por sus características de ser extraordinariamente dolorosa, y por ello muy invalidante, así como por su aspecto radiológico, obliga a establecer la diferencia con la osteomielitis (de carácter infeccioso) y con procesos tumorales, y es un auténtico reto para el clínico tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

En cuanto al diagnóstico de la artritis psoriásica, hoy en día (según el *Manual SER de las enfermedades reumáticas*) se emplean los criterios de Moll y Wright considerando la artritis psoriásica una artritis seronegativa asociada a psoriasis. No existen pruebas que diagnostiquen directamente esta dolencia y, por tanto, en ocasiones el diagnóstico es complicado y lo primero que debe existir es un diagnóstico de psoriasis. En los análisis aparecen indicadores de inflamación elevados (VSG y PCR) y en las radiografías pueden verse sindesmotifos distintos a los de la espondilitis anquilosante, sacroileítis, y en las articulaciones de las manos, debido al proceso inflamatorio, erosiones.

Es necesario diferenciar la artritis psoriásica de la artritis reumatoide y de las otras artritis periféricas relacionadas con el antígeno HLA B27, como las artritis reactivas (síndrome de Reiter) y otras.

TRATAMIENTO RECOMENDADO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

El grupo de investigación GRAPA se creó en el año 2003 como grupo de investigación y valoración de

Tabla 1. Lista de investigadores que componen el comité para la elaboración de las guías terapéuticas del grupo GRAPPA

The GRAPPA Treatment Guideline Committee:
 Wolf-Henning Boehncke, MD, Johann Wolfgang Goethe University, Frankfurt, Germany; Sarah Cassell, MD, University of California at San Diego, San Diego, CA, USA; Dafna D. Gladman, MD, FRCPC, University of Toronto, Toronto, Canada; Alice B. Gottlieb, MD, PhD, Tufts–New England Medical Center, Boston, MA, USA; Philip Helliwell, MD, PhD, University of Leeds, Leeds, UK; Gerald Krueger, MD, University of Utah, Salt Lake City, UT, USA; Neil J. McHugh, MD, Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, Upper Borough Walls, Bath, UK; Philip J. Mease, MD, Seattle Rheumatology Associates, Seattle, WA; Kavi Menon, BA, New York University School of Medicine, New York, NY, USA; Peter Nash, MBBS, FRACP, University of Queensland, Queensland, Australia; Jörg Prinz, MD, Ludwig Maximilians University, München; Berthold Rzany, MD, Division of Evidence Based Medicine in Dermatology, Berlin, Germany; Kimberly Siu, MD, New York University School of Medicine, NY, USA; Enrique R. Soriano, MD, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; Bruce E. Strober, MD, PhD, New York University School of Medicine, NY, USA.

la psoriasis y de la artritis psoriásica, incluyendo reumatólogos, dermatólogos y otros investigadores, con los siguientes objetivos:

- Promover y aumentar la comunicación y el intercambio de conocimientos entre dermatólogos, reumatólogos y otras entidades interesadas, incluyendo ligas de pacientes, agencias reguladoras, industria farmacéutica, y otros representantes de sanidad y el público en general.
- Identificar y estudiar la población con riesgo de padecer estos procesos.
- Desarrollar criterios de clasificación de la artritis psoriásica, a través de un subgrupo específico: CASPAR (grupo para la clasificación de la artritis psoriásica).
- Validar y estandarizar medidas de valoración, tanto para la psoriasis como para la artritis psoriásica, de utilidad en la clínica como en ensayos clínicos.
- Promover la creación de registros de pacientes estandarizados.
- Desarrollar guías de tratamiento.

El grupo se encuentra formado por prestigiosos investigadores de Europa y América (Tabla 1).

El tratamiento específico de la artritis psoriásica será determinado por el médico basándose en lo siguiente:

- El estado general de salud y los antecedentes médicos.
- La gravedad del trastorno.
- La tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos y terapias.
- Sus expectativas para la evolución de la enfermedad.
- Su opinión o preferencia.

Generalmente, es necesario tratar tanto el trastorno cutáneo como la inflamación articular. Algunos de los medicamentos que se utilizan para tratar la artritis reumatoide se usan también para la artritis psoriásica, como por ejemplo:

- Medicamentos antiinflamatorios no esteroides, AINE (para aliviar los síntomas).
- Medicamentos de acción lenta (para retardar la deformación ósea).
- Medicamentos inmunodepresores, como metotrexato, leflunomida, etc. (para eliminar la inflamación).

Según los resultados del estudio GRAPPA, se demuestran las siguientes evidencias, según el nivel y el grado:

- Sulfasalazina, con evidencia: nivel 1a, grado A.
- Leflunomida, con evidencia: nivel 1b, grado A.
- Metotrexato, con evidencia: nivel 1b-3, grado B.
- Ciclosporina, con evidencia: nivel 1b-3, grado B.
- Azatioprina, con evidencia: nivel 2b, grado B.

Basados en la consideración del efecto, tamaño y calidad de los datos, todos los DMARD poseen un efecto pequeño o mediano en mejorar los síntomas y signos clínicos de la artritis psoriásica. La evidencia niega, o no arroja un soporte importante sobre la eficacia de los DMARD para el daño estructural. La toxicidad es conocida y manejable.

Como se puede observar, leflunomida tiene un mayor nivel y grado de evidencia que metotrexato.

Otros tratamientos pueden incluir:

- Corticosteroides (para reducir la inflamación), especialmente por vía intraarticular en forma de infiltraciones periféricas.

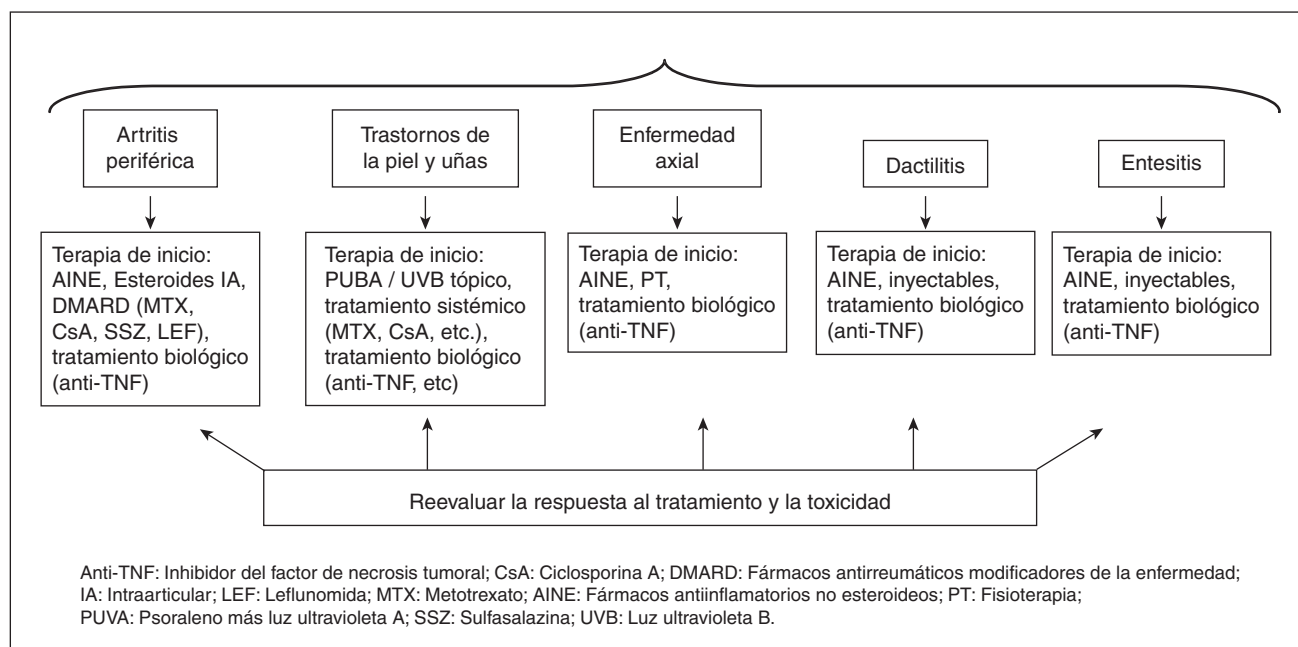


Figura 1. Grupo GRAPPA: tratamientos recomendados.

- Fisioterapia (para mejorar y mantener la función de los músculos y las articulaciones).
- Terapia ocupacional (para mejorar la capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana).
- Tratamiento dermatológico.
- Cirugía (para reparar o reemplazar una articulación dañada; esto suele producirse años después del diagnóstico inicial).

Las guías GRAPPA recomiendan el algoritmo terapéutico que se muestra la figura 1.

Según las mismas, si fracasan los AINE y corticoides, se podrá utilizar, según la evidencia, el orden: leflunomida y sulfasalazina, y en caso de fracaso de éstas, metotrexato y ciclosporina.

PAPEL DE LA LEFLUNOMIDA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA

El papel de la leflunomida en el tratamiento de la artritis psoriásica viene avalado y refrendado por numerosos trabajos de la literatura, algunos iniciales como casos clínicos observacionales y posteriores por ensayos clínicos (Tabla 2).

Su utilidad se ha puesto de manifiesto no solamente para mejorar las manifestaciones osteoarticulares, sino también las dermatológicas.

La leflunomida es un antirreumático de fondo bien tolerado, que actúa mediante la inhibición de la síntesis de novo de las pirimidinas, y bloquea de este modo la proliferación de los linfocitos T.

En la actualidad se considera que la leflunomida es un tratamiento con una tolerancia adecuada para su uso clínico.

Kaltwasser presentó, en septiembre de 2007, un artículo en la revista *Autoimmunity review* sobre el estudio Topas, demostrando la evidencia de la eficacia de leflunomida para el tratamiento de la psoriasis cutánea y de la artritis psoriásica (Kaltwasser JP. Leflunomide in psoriatic arthritis. *Autoimmun Rev.* 2007;6:511-4).

La artritis psoriásica es una forma particular de artritis inflamatoria asociada con psoriasis cutánea. Su prevalencia exacta es alrededor del 5-30% de los individuos que padecen psoriasis. Típicamente se presenta como una artritis oligoarticular asimétrica, predominando en las articulaciones interfalángicas distales de los dedos, así como con entesitis de la columna y dactilitis. Existe evidencia clara de que las células T tienen un importante papel en su inmunopatología, tanto de la psoriasis cutánea como de la artritis psoriásica.

Leflunomida, un inhibidor selectivo de la síntesis de pirimidina, con la propiedad de inhibir la activación y proliferación de las células T, se sabe que es capaz de mejorar los síntomas cutáneos y articulares.

Tabla 2. Algunos trabajos que avalan el papel de la leflunomida en el tratamiento de la artritis psoriásica

-
- Cuchacovich M, Soto L. Leflunomide decreases joint erosions and induces reparative changes in a patient with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:942-3.
 - Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Dermatol Ther.* 2004;17:350-63.
 - Goupille P. Psoriatic arthritis. *Joint Bone Spine.* 2005;72:466-70.
 - Haibel H, Rudwaleit M, Braun J, Sieper J. Six months open label trial of leflunomide in active ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2005; 64:124-6.
 - Kaltwasser JP. Leflunomide in psoriatic arthritis. *Autoimmun Rev.* 2007; 6:511-4.
 - Kaltwasser JP, Nash P, Gladman D, et al. Efficacy and safety of leflunomide in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a multinational, double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Arthritis Rheum.* 2004;50:1939-50.
 - Kyle S, Chandler D, Griffiths CE, et al. Guideline for anti-TNF-alpha therapy in psoriatic arthritis. *Rheumatology.* 2005;44:390-7.
 - Liang GC, Barr WG. Open trial of leflunomide for refractory psoriasis and psoriatic arthritis. *J Clin Rheumatol.* 2001;7:366-70.
 - Nash P, Clegg DO. Psoriatic arthritis therapy: NSAIDs and traditional DMARDs. *Ann Rheum Dis.* 2005;64 Suppl II:ii74-7.
 - Nash P, Thaci D, Behrens F, Falk F, Kaltwasser JP. Leflunomide improves psoriasis in patients with psoriatic arthritis: an in-depth analysis of data from the TOPAS study. *Dermatology.* 2006;212:238-49.
 - Pinto P, Dougados M. Leflunomide in clinical practice. *Acta Reumatol Port.* 2006;31:215-24.
 - Pipitone N, Kingsley GH, Manzo A, Scott DL, Pitzalis C. Current concepts and new developments in the treatment of psoriatic arthritis. *Rheumatology.* 2003;42:1138-48.
 - Prasad R, Gladman D. Current and investigational treatment of psoriatic arthritis. *Expert Opin Investig Drugs.* 2004;13:139-50.
 - Reich K, Hummel KM, Beckmann I, Mossner R, Neumann C. Treatment of severe psoriasis and psoriatic arthritis with leflunomide. *Br J Dermatol.* 2002;146:335-6.
 - Salvarani C, Cantini F, Olivieri I. Disease-modifying antirheumatic drug therapy for psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2002;20(6 Suppl 28):S71-5.
 - Schmitt J, Wozel G. Psoriasis arthritis-long-term treatment of two patients with leflunomide] *J Dtsch Dermatol Ges.* 2004;2:763-6.
 - Soriano ER, McHugh NJ. Therapies for peripheral joint disease in psoriatic arthritis. A systematic review. *J Rheumatol.* 2006;33:1422-30.
 - Thami GP, Garg G. Leflunomide in psoriasis and psoriatic arthritis: a preliminary study. *Arch Dermatol.* 2004;140:1288-9.
-

Utilizando los criterios de respuesta para la artritis psoriásica (APARC), el ACR 20 modificado y el PASI 50 después de 24 semanas de tratamiento con 20 mg/día de leflunomida por vía oral, en un estudio aleatorizado, comparado con placebo y de carácter multicéntrico (*TOPAS study*), se pudo observar que leflunomida mejoró la calidad de vida y presentó un perfil de seguridad muy bueno.

De este estudio se puede concluir que leflunomida es un tratamiento eficaz y bien tolerado, comparativamente mucho más barato, en el tratamiento de la artritis psoriásica, así como para la psoriasis cutánea.

Asimismo, Nash, en una publicación previa del año 2006, en la revista *Dermatology*, había presentado datos previos del mismo estudio (Nash P, Thaci D, Behrens F, Falk F, Kaltwasser JP. Leflunomide improves psoriasis in patients with psoriatic arthritis: an in-depth analysis of data from the TOPAS study. *Dermatology.* 2006;212:238-499).

Con el objetivo de probar la eficacia de leflunomida en el tratamiento de pacientes con psoriasis y artritis psoriásica, se estudiaron 190 pacientes con placas de psoriasis (con un 3% como mínimo de afectación cutánea) y artritis psoriásica activa, y fueron

aleatorizados para recibir leflunomida a una dosis de 100 mg/día durante 3 días seguidos de una dosis diaria mantenida de 20 mg/día, todo por vía oral, o una formulación igual conteniendo placebo, por un periodo de 24 semanas. Como se había descrito previamente, los pacientes que tomaron leflunomida presentaron una mejoría significativa, comparado con los que tomaron placebo, según los criterios de la APARC (58,9 vs 29,7%; $p < 0,0001$). Una diferencia significativa a favor de leflunomida también se observó en el PASI (índice de gravedad del área de psoriasis), con un 30,4% en los que tomaron leflunomida frente a un 18,9% de los que tomaron placebo ($p = 0,05$). El índice de calidad de vida dermatológico (DLIQ) mejoró en 1,9 puntos en los pacientes tratados con leflunomida, frente a 0,2 puntos de los tratados con placebo ($p < 0,0173$), lo mismo que ocurrió con ciertos subdominios del índice de calidad de vida SF36. La respuesta dérmica se observó a la semana 4 de tratamiento, y fue progresiva a lo largo de las 24 semanas que duró el estudio.

El estudio concluyó que leflunomida es un efectivo y conveniente tratamiento para la artritis psoriásica y para la psoriasis cutánea en placas.

CASO CLÍNICO

CASO 1. ARTRITIS PSORIÁSICA CON PREDOMINIO DE LESIÓN ARTICULAR

Paciente varón de 58 años.

Casado, trabaja como administrativo y no refiere antecedentes familiares ni personales de interés. Interrogado específicamente, no conoce enfermedades reumáticas ni de la piel en su familia.

Hace dos años empezó a tener lesiones eritemato-escamosas en la zona de ambos codos, con predominio en el lado izquierdo, de carácter pruriginoso leve. En el plazo de dos meses las lesiones se extendieron por las rodillas y algunas zonas de las piernas (localización pretibial). Consultó al dermatólogo, que diagnosticó psoriasis cutánea, y recomendó un tratamiento tópico.

A los seis meses aproximadamente de haberse presentado las lesiones dérmicas, apareció de forma brusca una artritis en la articulación primera metacarpofalángica del dedo pulgar de la mano derecha, dolorosa, con rigidez matutina y de reposo, y gran componente inflamatorio, motivo por el que acudió al reumatólogo, por el que fue tratado inicialmente con una infiltración local con corticoide y estableció el diagnóstico de monoartritis psoriásica.

Mejóro la artritis y se curó, pero dejó como secuela una deformidad del pulgar, sin apenas incapacidad funcional.

Tres meses después presentó de forma aditiva en el plazo de un mes, poliartritis con afectación de interfalángicas distales, muñecas, rodillas y tobillos, coincidiendo con un aumento en expresión y en extensión de las lesiones dérmicas.

Se practicó un estudio analítico completo que demostró parámetros hematológicos dentro de la normalidad exceptuando una VSG de 35. La PCR era de 8,7 y los parámetros bioquímicos de función hepática y renal eran normales. No existían alteraciones metabólicas (glucosa, colesterol y triglicéridos, normales), el factor reumatoide era negativo, las inmunoglobulinas mostraban una discreta elevación de la IgA y el HLA B27 era también negativo.

Su reumatólogo, en coordinación con el dermatólogo, decidió entonces iniciar tratamiento de fondo

con metotrexato, en una dosis de 15 mg a la semana por vía oral, repartida en tres dosis de 5 mg al día durante tres días.

Después de las primeras seis semanas de tratamiento se realizó un control analítico, que demostraba una buena tolerancia del fármaco, y se iniciaba una mejoría clínica de la artritis y de la PCR.

Tres meses después de empezado el tratamiento, un segundo control mostró la remisión de la artritis en todas las articulaciones, y una mejoría muy importante de las lesiones dérmicas, así como normalidad en la VSG y la PCR.

Después de los primeros seis meses de tratamiento, la enfermedad tanto articular como dérmica se encontraba en remisión.

Se decidió entonces disminuir la dosis de metotrexato a 10 mg a la semana.

Un año después de iniciado el tratamiento, el paciente se mantenía en remisión completa de la enfermedad, cuando acudió a revisión y se quejó de impotencia y pérdida del apetito sexual.

Se suspendió el metotrexato y el paciente se mantuvo bien clínicamente durante dos meses, cuando rebrotaron la artritis y las lesiones dérmicas. Para entonces ya había desaparecido la impotencia.

Se decidió entonces iniciar tratamiento con leflunomida, a una dosis de 20 mg al día, y después de seis semanas de tratamiento, nuevamente había remitido la artritis y las lesiones dérmicas se encontraban muy mejoradas. La PCR permanece negativa, y se ha normalizado la cifra de IgA. La tolerancia general y a nivel hepático es buena, y el paciente mantiene el tratamiento en la actualidad (14 meses desde el inicio de la leflunomida).

Comentarios

El metotrexato es un tratamiento bastante eficaz para la artritis psoriásica y para la psoriasis cutánea importante.

El metotrexato se recomienda utilizarlo en dosis entre 15 y 20 mg a la semana, y si se consigue la remisión se puede tratar de disminuir dicha dosis entre 7,5 y 10 mg a la semana, aunque en muchas oca-

siones con la disminución de la dosis rebrota la enfermedad, especialmente las dérmicas.

En nuestro medio, con esas dosis suele aparecer trastorno de la función hepática, que rara vez puede ser grave, pero que obliga a rebajar la dosis, con el consiguiente rebrote del proceso, y crea gran inquietud en los pacientes porque empeora de forma notoria el cumplimiento terapéutico.

Otras alteraciones frecuentes son la presencia de úlceras orales y mucositis, que generalmente se pueden prevenir con la ingesta concomitante de ácido fólico.

Las alteraciones pulmonares son una complicación más tardía, pero cuando aparecen suelen complicar el pronóstico, aunque no están relacionadas con la dosis.

Finalmente, es menos frecuente la aparición de impotencia, que, aunque no confiere gravedad al proceso, incomoda mucho la vida de los pacientes y obliga a suspender el tratamiento, como en nuestro caso.

Aunque el paciente referido no tomaba suplementos de ácido fólico, no está descrito que el mismo prevenga la aparición de impotencia.

En este paciente, la supresión del fármaco (metotrexato) fue seguida de la recuperación del efecto adverso, aunque como era de esperar rebrotó la enfermedad, aunque pudo ser controlada nuevamente en poco tiempo con la leflunomida, fármaco que, como se revisó anteriormente en la evidencia, tiene la indicación de ser eficaz para el tratamiento de la artritis psoriásica y con buena tolerancia a largo plazo.

CASO 2. ARTRITIS PSORIÁSICA CON PREDOMINIO DE LESIÓN DÉRMICA

Paciente mujer de 52 años.

Había presentado lesiones de psoriasis cutánea a los 33 años, y siempre había sido controlada con tratamientos tópicos dermatológicos.

Cuando tenía 43 años presentó un episodio de artalgias de las manos, sin clara sinovitis.

Hace dos años inició un brote de psoriasis cutánea más importante que lo que le había ocurrido hasta entonces, acompañado de poliartritis de aparición brusca con alteraciones en las manos (interfalángicas

distales proximales), los hombros, las caderas y la columna cervical.

Aunque no había presentado lumbalgia mecánica, el estudio radiológico de las sacroilíacas mostró una acroileítis de grado III y fusión entre las vértebras cervicales C5-C7. Asimismo, presentaba artritis erosiva en IFD de ambas manos.

Fue tratada inicialmente durante este brote con rayos ultravioletas que le causaron eritema y le indujo la presencia de una eritrodermia psoriásica, e inmediatamente se inició el tratamiento con metotrexato, con lo cual empezó al cabo de tres semanas una mejoría importante de la piel y articular; sin embargo, desarrolló intolerancia gástrica al mismo que obligó a suspenderlo. Se inició entonces un tratamiento con hidroxycloquina, con lo cual mejoraron las manifestaciones articulares, pero no la piel.

Se decidió entonces empezar tratamiento con leflunomida, en una dosis inicial de 20 mg al día, y al cabo de un mes se habían resuelto prácticamente los problemas dérmicos y no presentaba artritis activa, aunque permanecían la secuelas de las lesiones articulares y las deformidades en las articulaciones IFD de las manos.

Comentarios

Las opciones terapéuticas de la artritis psoriásica se dividen en tres grandes grupos:

- Fármacos que son útiles en el tratamiento de la artropatía, pero poco eficaces para las lesiones cutáneas.
- Fármacos útiles para las lesiones cutáneas, pero poco o nada eficaces para las lesiones articulares.
- Agentes favorables tanto para la piel como para las lesiones óseas.

En el primer grupo nos encontramos con tratamientos útiles para los problemas articulares, pero poco o nada eficaces para las lesiones dérmicas, o que son potencialmente causantes de originar un empeoramiento de la piel o desencadenar una crisis de eritrodermia psoriásica, como la que ocurría en el caso de nuestra paciente. Aquí se enmarcarían fundamentalmente los antimaláricos como la hidroxycloquina, desde nuestro punto de vista mal indicada en el presente caso. También se cita con frecuencia en el tratamiento de la artritis psoriásica el uso de la sulfaalacina, que tendría las mismas características que los antimaláricos, aparte de ser un fármaco con

una actividad clínica poco intensa, y limitada a los casos leves de la enfermedad.

Se escapan de esta revisión, ya que correspondería más a una revisión dermatológica, con los fármacos útiles para las lesiones cutáneas solamente.

Finalmente, el interés de nuestro caso, y en general de los casos de artritis psoriásica, sería la utilidad de fármacos con actividad tanto a nivel cutáneo como articular.

De ellos, dos fundamentalmente en relación con su efecto y nivel de potenciales efectos adversos: el metotrexato y la leflunomida.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

En ocasiones, como el de la paciente presentada anteriormente, la psoriasis cutánea precede por mucho tiempo a las manifestaciones articulares, y estos pacientes son controlados por especialistas en dermatología y generalmente con tratamientos tópicos.

En algunos de estos pacientes se presentan manifestaciones articulares poco definidas, sin clara pesen-

cia de artritis que no permiten establecer una relación directa de las mismas con la psoriasis.

Cuando el brote articular se presenta generalmente en forma de poliartritis el diagnóstico es claro y la terapéutica debe ser, especialmente cuando existen lesiones cutáneas extensas, combinada entre el especialista de la piel y el reumatólogo. Está claro que en estos casos basándonos en los niveles de evidencia y en las recomendaciones del grupo GRAPPA los tratamientos de elección son el metotrexato y la leflunomida.

Cuando las manifestaciones articulares son menores y predominan sobre las lesiones cutáneas, puede considerarse la posibilidad de usar antirreumáticos menores como la hidroxicloroquina o incluso la sulfasalacina.

En conclusión, se puede señalar que el tratamiento con leflunomida añade una base racional basada en la evidencia científica y en ensayos clínicos controlados, y una base en la experiencia de casos clínicos complejos, que después de haber fracasado por diferentes motivos con otros tratamientos, han respondido a la leflunomida; debe considerarse de acuerdo con estos datos si la misma deberá ser la primera opción en los casos de artropatía.