

Artritis psoriásica: hallazgos radiológicos

Velasco Ruiz M, Parra Gordo ML, Bandrés Carballo B, González Sendra FJ, Aragonés García M, Cigüenza Sancho M

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Princesa. Madrid

La artritis psoriásica (AP) pertenece al grupo de las espondiloartropatías seronegativas, que constituyen un grupo de enfermedades reumáticas que comparten aspectos clínicos, de imagen, terapéuticos y genéticos. Se caracterizan por el compromiso del esqueleto axial y periférico, ausencia de factor reumatoide y la asociación al antígeno de histocompatibilidad HLA B27 (positivo en el 50% de los casos). También pertenecen a este grupo la espondilitis anquilosante, la artropatía enteropática, la artritis reactiva y la espondiloartropatía seronegativa no definida.

La AP es una artritis crónica inflamatoria que afecta aproximadamente a 5-42% de los pacientes con psoriasis. El comienzo de la psoriasis suele preceder al inicio de la artropatía en 90% de los casos, aunque alrededor de 10-15% de los pacientes presenta artritis antes de la aparición de la enfermedad cutánea. La afectación suele producirse a los 30-50 años de edad, de forma similar en ambos sexos. Clínicamente los pacientes presentan rigidez matutina, dolor, inflamación articular, dactilitis y onicodistrofia.

Presenta varios patrones de afectación articular:

- Artritis oligoarticular asimétrica (47%), con afectación de las articulaciones interfalángicas proximales y distales (IFD/IFP) de manos y pies, de las rodillas, de las muñecas y de los tobillos.
- Poliartritis simétrica (25%), similar a la artritis reumatoide (AR), salvo por la negatividad del factor reumatoide y la ausencia de nódulos reumatoides.
- Afectación interfalángica predominantemente distal (10%), con elevada incidencia de asociación con alteraciones psoriásicas de las uñas.
- Artritis mutilante (3-5%), forma agresiva y destructiva de artritis con graves deformidades articulares y destrucción ósea.
- Espondilitis, sacroileítis o ambas, con afectación axial en 20-40% de los pacientes con artritis

psoriásica; puede haber espondilitis en ausencia de artritis periférica.

En los estudios complementarios el factor reumatoide es negativo; puede haber anemia hipoproliferativa con velocidad de sedimentación globular (VSG) elevada e hiperuricemia. En la punción articular el líquido sinovial es inflamatorio y la biopsia no muestra hallazgos específicos. El diagnóstico se debe sospechar por la presencia de alteraciones cutáneas y ungueales de psoriasis.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

En la tabla 1 se resumen los hallazgos más característicos de la artropatía psoriásica. A continuación, detallaremos los hallazgos más destacados en diferentes localizaciones.

MANOS

Las articulaciones de las manos son las que se afectan con más frecuencia. Los hallazgos radiológicos típicos son los siguientes:

- Tumefacción fusiforme de partes blandas. Puede ser periarticular; si existe edema generalizado causa la tumefacción del dedo entero o "dedo en salchicha" (*Figura 1*).
- Mineralización normal. El grado de mineralización se valora observando la diáfisis del segundo y tercer dedo. En un dedo normal, la suma de las dos corticales diafisarias es igual a la mitad de anchura de la diáfisis. En las fases tempranas de la enfermedad puede haber osteopenia yuxtaarticular transitoria y reestablecimiento de la mineralización normal en la mayoría de los casos.
- Disminución uniforme del espacio articular. La artritis psoriásica afecta clásicamente de forma



Figura 1. Tumefacción del tercer dedo derecho (dedo en salchicha) con erosiones en "orejas de ratón" y proliferaciones óseas (flechas)

bilateral y asimétrica a las articulaciones IFD e IFP, con preservación relativa de las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) y respetando algunos dedos. Puede aparecer afectación extensa MCF y pancarpal en la muñeca.

- Erosiones. Se distinguen dos tipos de erosiones: las agresivas, que son activas, sin bordes esclerosos ni evidencia de hueso reparativo, y las no agresivas, que suelen estar definidas por un fino borde escleroso, que indica que ha habido reparación o que la enfermedad está en remisión. Las erosiones ocurren en los márgenes de la articulación en fases iniciales, al igual que en el resto de las artropatías inflamatorias; se asemejan a "orejas de ratón" (**Figura 2**) y son diferentes de la erosión central ("en gaviota") de la osteoartritis. Con el tiempo progresan y afectan al

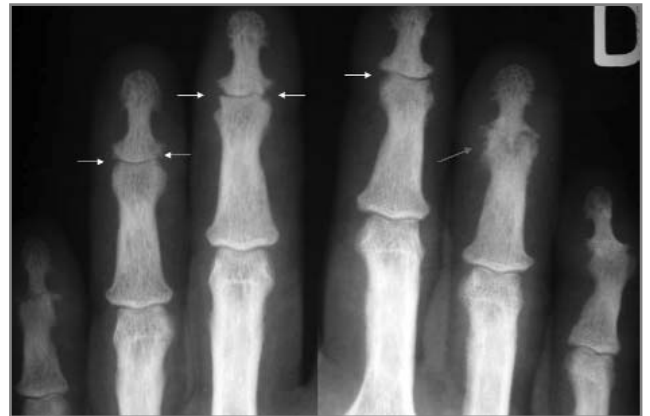


Figura 2: Radiografía ampliada de ambas manos con afectación asimétrica. Se aprecian erosiones en "orejas de ratón" (flechas blancas) y proliferaciones óseas (flecha gris)



Figura 3: Radiografía de ambas manos con artropatía psoriásica mutilante. Afectación de IFD, IFP y MCF. Deformidad en "lápiz" y en "copa" (flechas blancas)

área central. Si son extensas, destruyen el hueso subyacente y ensanchan el espacio articular. Los extremos de los huesos pueden llegar a ser afilados, con erosión del hueso con el que se articulan y produciendo la imagen de "copa y platillo" o "lápiz en copa" (**Figura 3**). Puede existir reabsorción de los penachos falángicos distales (acrosteolisis), casi siempre acompañada de lesiones ungueales graves.

- Proliferación ósea. Es una característica importante de la AP. Son excrescencias irregulares adyacentes a las erosiones, con un aspecto algodonoso o especulado (figuras 1 y 2) y pueden llegar a ser hueso bien definido. A lo largo de la diáfisis podemos ver periostitis, inicialmente algodonosa, y puede formarse hueso nuevo sólido que simula ensanchamiento de la diáfisis de la falange.

PIES

Los hallazgos son similares, aunque con ciertas peculiaridades. La afectación de la articulación interfalángica (IF) del primer dedo cursa con destrucción extensa (**Figura 4**). La falange distal puede tener aspecto en marfil por la proliferación ósea. La



Figura 4: Radiografía del primer dedo de ambos pies con artropatía psoriásica. Se aprecian proliferaciones óseas (flechas)



Figura 5: Radiografía de ambos pies con artropatía psoriásica. Se aprecian erosiones asimétricas en articulaciones MTF

afectación de las articulaciones metatarsofalángicas (MTF) es más común que en las MCF (**Figura 5**), y se acompaña de alteración de las IFD e IFP.

La erosión y la proliferación ósea en el calcáneo ocurren en la inserción pósterio-superior del tendón de Aquiles y en la cara inferior por la inserción de la aponeurosis plantar; crean espolones irregulares y mal definidos, que tienden a apuntar hacia arriba.

OTRAS ARTICULACIONES DEL ESQUELETO APENDICULAR

La afectación del hombro, el codo, la rodilla y el tobillo es bilateral y asimétrica, con cambios erosivos y proliferación de hueso adyacente con pérdida uniforme del cartílago. Es poco frecuente la afectación de las caderas.

Se observa proliferación ósea en la inserción del manguito de los rotadores, el ligamento córico-clavicular, el tendón rotuliano, las tuberosidades isquiáticas y los trocánteres femorales.

ARTICULACIONES SACROILIACAS

La afectación de estas articulaciones aparece en 30-50% de pacientes, de forma bilateral y asimétrica en la mayoría de los casos (**Figura 6**).

Inicialmente la afectación es en el lado iliaco de la articulación sinovial. Cuando las erosiones aumentan



Figura 6: Radiografía con grave afectación de ambas articulaciones sacroiliacas por artropatía psoriásica, con anquilosis articular (flechas)

y afectan al lado sacro, aparece la proliferación ósea, más extensa que en la espondilitis anquilosante (EA).

Se produce la osificación de los ligamentos entre el sacro y el iliaco, incluso sin anquilosis de la articulación sinovial. Se pueden osificar otras inserciones tendinosas, como la cresta iliaca, los trocánteres femorales y las tuberosidades isquiáticas.

COLUMNA VERTEBRAL

Puede haber espondilitis aislada o asociada a la sacroileítis.

En la columna lumbar y torácica (*Figura 7*) es muy típica la proliferación ósea exuberante de distribución unilateral o asimétrica; produce una osificación paravertebral que permite distinguir la AP de los sindesmofitos de la EA.

En la columna cervical se aprecia estrechamiento, erosión y proliferación ósea extensa de las articulaciones interapofisarias. Existe proliferación ósea de la superficie anterior de la columna y subluxación atloaxoidea similar a la de la AR.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La diferencia fundamental entre la AR y la AP es la presencia de proliferación del hueso. Generalmente la afectación de la AP es bilateral y asimétrica, a diferencia de la afectación de la AR, que típicamente es bilateral y simétrica.

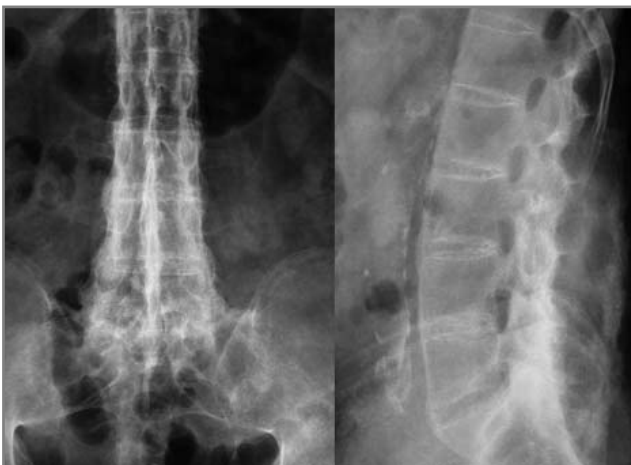


Figura 7: Radiografía de la columna lumbosacraen paciente con psoriasis, con importante osificación

En pacientes con afectación grave de las articulaciones MCF y de la muñeca deben usarse otros criterios para distinguir estos cambios de la AR. Existe a menudo afectación extensa de las articulaciones IFD y/o presencia de proliferación ósea.

La distribución de la AP en la mano también es diferente de la AR, porque pueden estar afectados dos o tres radios y se preserva el resto, mientras que en la AR todas las articulaciones MCF e IFP están afectadas uniformemente.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

La mayoría de los enfermos tiene buena evolución. Una pequeña proporción necesita tratamiento continuado y son muy pocos los que padecerán deformaciones articulares que limiten alguna de sus funciones.

El tratamiento incluye la educación del paciente, la fisioterapia y la terapia ocupacional. El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se emplea para reducir el dolor y la inflamación. Las inyecciones intraarticulares de esteroides pueden ser útiles en algunas situaciones. La utilización de glucocorticoides sistémicos debe ser restringida, porque se puede inducir una reactivación de la enfermedad cutánea al reducir las dosis.

Los fármacos modificadores de la enfermedad se emplean cuando la artritis no se controla con AINE. Estos fármacos actúan lentamente, y en ocasiones su eficacia no es evidente hasta 3-4 meses después. Entre estos fármacos se encuentran el metotrexato, la sulfasalazina, la leflunomida, las sales de oro, la azatioprina y la ciclosporina.

Recientemente han aparecido medicamentos como adalimumab, etanercept e infliximab, que impiden la acción del factor de necrosis tumoral, un mediador clave en la inflamación articular. Todos ellos han recibido la indicación oficial para su uso en la artritis psoriásica.

La cirugía generalmente no es necesaria, pero una articulación dañada puede ser sustituida por una articulación artificial o prótesis (*Figura 8*). La indicación se da en casos en los que la articulación sea incapaz de realizar su función, no por deformidad. Otro tipo



Figura 8: Artropatía psoriásica con afectación bilateral de articulaciones IFP, IFD y carpianas. Prótesis en la falange proximal del tercer dedo de la mano izquierda.

de cirugía es la sinovectomía, que se realiza cuando se afectan vainas de los tendones con rotura de los

mismos, o cuando hay inflamación articular crónica, que no se resuelve con los tratamientos médicos y las infiltraciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Brower AC. Artritis en blanco y negro. Madrid: Marban 1994;167-84.
- Schur PH. Artritis psoriásica. En: Braunwald E, et al. Harrison: Manual de medicina interna. 15ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana de España 2002;753-54.
- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, and the CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriasis arthritis. Development of new criteria from a large international study. Arthritis Rheum 2006;54:2665-73.