

Minicasos

Psoriasis ostrácea con artritis psoriática tratada con infliximab

Ostraceous psoriasis and psoriatic arthritis: treatment with infliximab

Christian Burbano¹ Mario Díaz³

Adriana Motta² Mariam Rolón⁴

Recibido: Noviembre 23 de 2006
Aceptado: Diciembre 10 de 2006

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel, caracterizada por placas eritematodescamativas debidas a proliferación celular e inflamación. Una de las formas clínicas es la psoriasis ostrácea, formada por lesiones hiperqueratósicas de superficie cóncava. La artritis psoriática pertenece al grupo de las espondiloartropatías seronegativas que puede asociarse o no a lesiones en la piel y que presenta compromiso axial y periférico. Se muestra el caso de un paciente con afectación cutánea y articular grave que lo llevó a la postración durante ocho meses. Después de múltiples tratamientos sin mejoría, se le suministró infliximab con remisión completa de las lesiones de la piel y recuperación progresiva del cuadro articular.

Palabras clave: Psoriasis, artritis, tratamiento.

SUMMARY

Psoriasis is a chronic disease that is characterized by hyperkeratotic plaques that are caused by cellular proliferation and inflammation. Ostraceous psoriasis refers to hyperkeratotic plaques with relatively concave centers. Psoriatic arthritis belongs to the group of seronegative spondyloarthropathies that can be or not associated with skin lesions, and with axial or peripheral involvement. A man with severe skin lesions and arthritis, after eight months of labor incapacity and failure of numerous treatments, was

treated with infliximab with resolution of skin lesions and progressive recovery of articulations.

Key words: Psoriasis, arthritis, tratamiento.

CASO CLÍNICO

Hombre de 35 años que desde hace diez años presenta lumbalgia y talalgia, de dos años de evolución de placa en la rodilla que se diseminó por todo el cuerpo y desde hace ocho meses dolor poliarticular incapacitante y postrante. Las placas eran escamocostrosas, redondeadas, depri-midas en el centro, confluentes en algunas zonas, con bordes circinados, eritematosos, que comprometen toda la superficie corporal. (Figuras 1 y 2). En el cuero cabelludo muestra placas con descamación adherente, tipo falsa tiña amiantácea, extendiéndose más allá del borde de implantación anterior del pelo. En algunas uñas había onicólisis, hiperqueratosis de las láminas ungulares y signo de la gota de aceite. Se tomaron biopsias de la piel que confirmaron el diagnóstico de psoriasis. (Figura 3). Los rayos X mostraron una osteopenia generalizada en la columna cervical, fusión



Figura 1: Se observan placas hiperqueratósicas cóncavas, de aspecto corimbiforme.

¹ Residente Dermatología Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

² Dermatóloga, Hospital Simón Bolívar, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

³ Reumatólogo, Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia

⁴ Dermatopatóloga, Instituto Nacional de Cancerología, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

Correspondencia: Mottica@hotmail.com



Figura 2. Placas escamocostrosas, redondeadas, depresión central, confluentes en algunas zonas, con bordes circunscritos eritematosos, que comprometen de forma extensa la espalda.

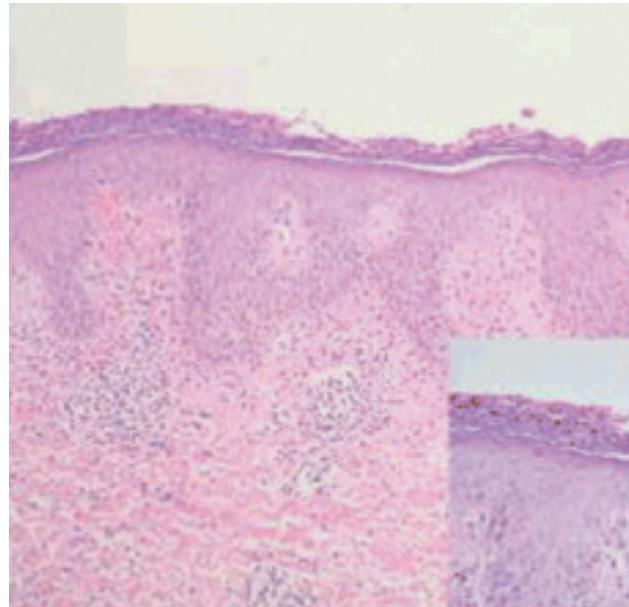


Figura 3. Con aumento de 4x presenta epidermis acantósica tipo psoriatiforme, con un patrón perivasicular superficial. Al aumento de 40x observamos un estrato córneo hiperqueratósico con paraqueratosis, y microabcesos de muero, una hipogranulosis y neovascularización en la dermis papilar.

de las articulaciones facetarias C7 a T1 y en los pies subluxación metacarpofalángica de todos los dedos y deformidad en valgo. La tomografía axial computarizada (TAC) de las articulaciones sacroilíacas mostró fusión de los dos tercios inferiores y esclerosis de un tercio superior.

Con el diagnóstico de psoriasis ostrácea y artritis psoriática se realizó tratamiento con metotrexate, prednisolona, tramadol y antiinflamatorios sin mejoría, por lo que pasados tres meses se inició tratamiento combinado con terapia biológica (infliximab) y metotrexate. A la semana el paciente había recuperado la movilidad de las articulaciones comprometidas y dos meses después desaparecieron las lesiones de la piel y las uñas. (Figura 4).



Figura 4. Mejoría del paciente dos meses después del inicio del tratamiento con infliximab.

Psoriasis ostrácea con artritis psoriática tratada con infliximab

DISCUSIÓN

En la fisiopatología de la psoriasis, los linfocitos T juegan un papel primordial en inducir la liberación del factor de necrosis tumoral alfa (FNT α) y otras citoquinas proinflamatorias.¹ La artritis psoriática pertenece a las espondiloartropatías seronegativas, consideradas así por falta de positividad del factor reumatoideo. Se caracteriza por inflamación, edema, eritema y calor en la articulación. De inicio puede afectar una o varias articulaciones con un patrón asimétrico, pero luego el compromiso puede ser poliarticular y simétrico, con daño y deformidad articular. También puede afectar la articulación sacroiliaca así como la columna. Además del compromiso articular se presenta entesitis que es el daño del tendón, ligamento o fibras de la cápsula que se insertan en el hueso; los sitios más afectados son la fascia plantar, el tendón de Aquiles y los ligamentos de las costillas, de la columna y de la pelvis. Otro signo importante es la dactilitis, que es la entesitis de tendones y ligamentos con sinovitis en las falanges distales en las manos y los pies. El compromiso articular puede presentarse diez años antes que las lesiones en la piel.^{2,3}

Cuando la psoriasis muestra compromiso articular requiere tratamiento sistémico con metotrexate, prednisona, ciclofosfamida o terapia biológica. Dentro del grupo de terapia biológica tenemos el infliximab, un anticuerpo monoclonal químérico (humano 70% y de ratón 30%), que actúa inhibiendo la actividad del FNT α tanto en la fracción plasmática como la ligada al receptor celular. A este tratamiento se le debe adicionar metotrexate para obtener mejor respuesta terapéutica y evitar el desarrollo de anticuerpos anti-infliximab.^{4,5}

CONCLUSIÓN

La terapia biológica es una nueva alternativa en pacientes con psoriasis cutánea grave, o en aquellos con artritis psoriática sin respuesta adecuada a otros tratamientos.

Se presenta el caso de este paciente por tener la enfermedad articular psoriática ocho años antes del compromiso en la piel, por la variedad clínica de la psoriasis tipo ostrácea y por la rápida y excelente respuesta al tratamiento con infliximab.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schön M, Boehncke W. Psoriasis medical progress; New England Journal of Medicine; 2005; 352: 1899-912.
2. Myers W, Gottlieb A, Mease P. Psoriasis and psoriatic arthritis: clinical features and disease mechanisms; Clinics in Dermatology; 2006, 24: 438-47.
3. Gladman D, Antoni C, Mease P, Clegg D, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course and outcome, Ann Rheum Dis; 2005; 64 (Suppl II): 14-17ii.
4. Feletar M, Brockbank J, Schentag C, Lapp V, Gladman D. Treatment of refractory psoriatic arthritis with infliximab: a 12 month observational study of patients, Ann Rheum Dis 2004; 63: 156-61.
5. Braun J, Brandt J, Listing J, Rudwaleit M, Sieper J. Biologic therapies in the spondyloarthritis: new opportunities, new challenges, Curr Opin Rheumatol; 2003; 15: 394-407.