



CASO CLÍNICO

Linfedema bilateral en miembros superiores asociado a artritis psoriásica

G. Martínez-Crespo* y F. Ruiz-Sánchez

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla, España

PALABRAS CLAVE

Linfedema;
Artritis psoriásica;
Psoriasis

Resumen El linfedema en pacientes afectos de artritis reumatoide, aunque poco frecuente, es bien conocido, sin embargo existen muy pocos casos descritos en la literatura de linfedema en miembros en pacientes con artritis psoriásica. Se trata de una rara complicación en las artropatías inflamatorias. La etiología de esta alteración no se ha definido aún. Se ha sugerido que los productos inflamatorios de la sinovial son depositados en los vasos linfáticos adyacentes conduciendo a una linfangitis y obstrucción linfática. Su manejo no está estandarizado. Se describe el caso clínico de una paciente de 42 años con antecedentes personales de psoriasis con artritis psoriásica con linfedema bilateral en miembros superiores.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Lymphedema;
Psoriatic arthritis;
Psoriasis

Bilateral lymphedema in upper limbs associated to psoriatic arthritis

Abstract Lymphedema associated to rheumatoid arthritis is a rare but recognized complication. However, there are only a few of cases of lymphedema of the limbs associated with psoriatic arthritis described in the literature. It is a rare complication of inflammatory arthropathy. The etiology of this disorder has still not been defined. It has been suggested that inflammatory products from the synovium are deposited in the adjacent lymphatics, leading to lymphangitis and lymphatic obstruction. Its management has not been standardized. We report a 42-year old woman with a long history of psoriasis and serious psoriatic arthritis with bilateral upper limb lymphedema.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SERMEF. All rights reserved.

Introducción

La artritis psoriásica (AP) forma parte del denominado grupo de espondiloartropatías seronegativas junto a la espondilitis

anquilosante y al síndrome de Reiter. Todas ellas tienen características radiológicas y anatopatológicas comunes con la artritis reumatoide (AR), afectando a articulaciones, bolsas y vainas tendinosas, cartílago, partes blandas y hueso. La distribución y grado de alteraciones en áreas específicas del cuerpo varía entre ellas, pero los efectos osteoarticulares de la inflamación son esencialmente similares¹. El linfedema en miembros es una complicación inusual en la AR y se han descrito muy pocos casos en pacientes con AP²⁻⁹.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(G. Martínez-Crespo\).](mailto:gracia.martinez.crespo@gmail.com)

Se trata de una rara complicación en las artropatías inflamatorias⁶. Este proceso también ha sido descrito en pacientes con polimialgia reumática^{5,10} y arteritis de células gigantes⁵. La etiología de esta alteración no se ha definido aún^{2,4-6}.

Se describe un caso de linfedema bilateral en miembros superiores en una paciente con artritis psoriásica.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 42 años con antecedentes personales de psoriasis desde los 12 años, artritis psoriásica (bilateral en muñecas-mano y tobillos-pies) diagnosticada a los 20 años de edad, en seguimiento por el Servicio de Reumatología y en tratamiento con indometacina (Inacid®), leflunomida (Arava®), fármaco antirreumático modificador de la enfermedad [FAME]), prednisona, sulfato ferroso (Ferrogradumet®) y abatacept (Orencia®, fármaco inmunosupresor selectivo). Asociaba un linfedema bilateral en miembros superiores de larga evolución que apareció posteriormente a la artritis psoriásica.

Fue remitida a la consulta de rehabilitación por dolor y limitación funcional de ambas manos, así como para valoración de tratamiento del linfedema de miembros superiores. La paciente refería dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria fundamentalmente las referentes a la manipulación como comer, asearse, arreglarse y vestirse.

En la exploración clínica la paciente presentaba un aumento de volumen en ambas manos hasta tercio proximal de antebrazos de consistencia dura, sin fóvea (estadio II tardío siguiendo los criterios de *International Society of Lymphology*). No existían cambios en la coloración ni en la temperatura de la piel. Se apreciaba signo de Stemmer bilateral y piqueteado ungueal (fig. 1). La artritis afectaba a las articulaciones interfalángicas distales (IFD) y proximales (IFP), metacarpofalángicas (MTC-F), carpo y articulación radio-cubital-carpiana (R-C-C) de manera bilateral. Existía dolor a la movilización tanto activa como pasiva de las articulaciones y limitación de la destreza manual, especialmente el cierre del puño. Se midieron los grados de limitación de la amplitud articular de las articulaciones afectas y el perímetro de los miembros superiores con cinta



Figura 1 La paciente afecta de artritis psoriásica presentaba linfedema sin fóvea en ambas manos, hasta tercio proximal de antebrazos y piqueteado ungueal.



Figura 2 En la radiografía de manos comparadas anteroposterior se observa osteoporosis en grado variable, tumefacción de partes blandas y estrechamiento del espacio articular, erosiones óseas marginales, quistes subcondrales, esclerosis subcondral y osteólisis. Las bases de las falanges proximales de los tres primeros dedos están excavadas en copa (con erosión de las cabezas de los metatarsianos correspondientes), así como la base de la falange media del segundo dedo de la mano izquierda.

métrica que es la forma de medición más eficiente y utilizada a nivel clínico¹¹ (detrás de art. MTC-F: 19 cm derecho y 19,5 cm izquierdo; muñeca: 17 cm bilateral; A 10 cm de muñeca: 19,3 cm derecho y 19 cm izquierdo; epicóndilo: 23,5 cm derecho; 23 cm izquierdo).

En el estudio radiográfico de las manos destacaban signos típicos de las espondiloartropatías seronegativas¹ como osteoporosis en grado variable, tumefacción de partes blandas y estrechamiento del espacio articular, erosiones óseas marginales y formación de quistes subcondrales, esclerosis subcondral y osteólisis. Resulta llamativa la proliferación ósea encontrada en la articulación MTC-F e IF del primer dedo de la mano izquierda. Las bases de las falanges proximales de los tres primeros dedos estaban excavadas en copa (con erosión de las cabezas de los metacarpianos correspondientes) de manera bilateral, así como la base de la falange media del segundo dedo de la mano izquierda (fig. 2).

La resonancia magnética realizada descartaba la participación del sistema venoso e informaba de alteraciones compatibles con múltiples lesiones a nivel de articulaciones R-C-C de ambos lados con mayor afectación del derecho, así como la articulación MTC-F del quinto dedo izquierdo y carpo-metacarpiano del primer dedo de la mano derecha, además de pequeños nódulos a nivel de articulaciones MTC-F. No existían alteraciones en tendones flexores ni extensores de dedos ni en el resto del paquete músculo tendinoso.

La paciente inició tratamiento en nuestro servicio consistente en cinesiterapia, drenaje linfático manual y prendas de compresión. Se confeccionaron dos mangas a medida (guantes con dedos, hasta codo) de uso diurno. Además se indicaron medidas de higiene y cuidados del linfedema, así como normas de economía articular y asesoramiento de ayudas técnicas para mejorar la independencia en actividades de la vida diaria. El objetivo de la economía articular es

facilitar el gesto en cada una de las actividades de la vida diaria haciéndolo más cómodo cuando es doloroso (diseño de estrategias para realizar la tarea, pero sin sobrecarga articular) y prevenir o retrasar la aparición de deformidades. En nuestro caso se objetivó una discreta mejoría, no significativa, en algunos de los perímetros en ambos miembros superiores (detrás de art. MTC-F: 18,5 cm bilateral; muñeca: 17 cm bilateral; A 10 cm de muñeca: 19,3 cm derecho y 19 izquierdo; epicóndilo: 23,5 cm derecho; 23 cm izquierdo) y no hubo cambios en la capacidad funcional.

Durante los dos años de seguimiento del linfedema no sucedieron complicaciones, encontrándose en la actualidad estabilizado.

Discusión

El linfedema asociado a la AP es una rara complicación existiendo solo 13 casos descritos en la literatura²⁻⁹. El linfedema asociado a la AP afecta, en la mayoría de los casos, a los miembros superiores^{5,7,8}, preferiblemente el miembro superior derecho⁵. En dos casos^{6,9} se ha descrito la afectación del miembro inferior. En la mayoría de los pacientes con AP y linfedema asociado, las articulaciones afectadas son las IFD e IFP seguidas de las MTC-F, muñeca, carpo, hombro y codo²⁻⁹. En los casos publicados, el edema no está relacionado con la duración ni con la severidad de la artritis^{2-6,12}.

El linfedema asociado a la AP es bilateral en la mitad de los casos^{2,7}, aunque no siempre ocurre simultáneamente. El rango de edad varía desde los 30 a los 64 años²⁻⁹. Es más frecuente en mujeres que en hombres^{5,7} y aparece tanto en pacientes seropositivos como seronegativos².

La causa de esta alteración es desconocida^{2,4-6}. Aunque la AR y la AP son dos entidades diferentes, la etiología del linfedema del miembro superior en ambos procesos es probablemente similar². Se ha sugerido que los productos inflamatorios de la sinovial son depositados en los vasos linfáticos adyacentes conduciendo a una linfangitis y obstrucción linfática^{2,3,6}. Kiely et al.¹² en su estudio valoraron mediante linfografía a pacientes con artritis inflamatoria (AR o AP) con edema y a pacientes con artritis inflamatoria sin edema. Como conclusión propuso que la artritis inflamatoria por sí sola no estaba asociada con la afectación del flujo linfático, sugiriendo la presencia de factores adicionales no relacionados para el desarrollo de linfedema en pacientes con artropatía inflamatoria. Según Mulherin et al.² la progresión del edema se acompaña de progresión radiológica de la artritis.

En aquellos casos de AP y linfedema en los que se examinó la función linfática, la linfografía reveló un drenaje linfático anormal en el miembro afecto^{3-5,9}.

Otras causas de edema de miembro superior como tromboflebitis, reacción alérgica, celulitis, paniculitis, RS3PE (*remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema*) o sinovitis simétrica seronegativa remitente del anciano con edema y fóvea, así como las causas de linfedema secundario incluidas aquellas debidas a compresión linfática por tumores o infecciones (filariasis) deben ser distinguidas del linfedema asociado a AP^{5,8}.

El manejo del linfedema en pacientes con artropatías inflamatorias crónicas como la AP constituye un reto⁸. Su

tratamiento es difícil y el manejo no está estandarizado. En muchos de los casos publicados no se establece el estadio del linfedema, por lo que la comparación en la respuesta al tratamiento se dificulta. En la mayoría de los casos la introducción de la terapia modificadora de la enfermedad no mejora el edema⁵. En algunos casos la inyección intraarticular de corticoides en la articulación proximal al área edematizada ha mejorado el edema, mientras que en otros pacientes tuvo escaso o ningún efecto^{5,10}.

Algunos de los artículos revisados han atribuido un efecto beneficioso al tratamiento con D-penicilamina^{2,5}. Mulherin et al.² describen dos casos con mejoría parcial del linfedema de miembro superior en pacientes con AP tratados con cloroquina fosfato.

Otro caso de linfedema bilateral asociado a AP tratado con ejercicios de miembro superior, drenaje linfático manual y prendas de compresión seguido de tratamiento durante tres meses con ciclosporina resultó en una resolución parcial del linfedema en uno de los miembros sin cambios en el contralateral⁵.

Se han comunicado dos casos recientes de mejoría del linfedema tras la administración de tratamiento con etanercept (inhibidor del factor de necrosis tumoral alfa, TNF- α), en pacientes con AP^{8,9}. Un caso recientemente publicado por Tong et al.⁷ describe una mejoría significativa de la sinovitis y del linfedema en un paciente con AP tras la administración de adalimumab, fármaco anti-TNF- α .

En el caso presentado, el tratamiento farmacológico no había conseguido reducir el linfedema en los miembros superiores y la aplicación de tratamiento conservador consistente en cinesiterapia, drenaje linfático manual y prendas de compresión consiguió mantener el volumen.

En conclusión, el linfedema en miembros asociado a AP es una rara complicación y su diagnóstico y tratamiento debe ser precoz y multidisciplinar. Nuestro objetivo de tratamiento es conseguir reducir o mantener el volumen del edema, restablecer la función y aspecto de la extremidad afecta y prevenir las complicaciones.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Artritis reumatoide y espondiloartropatías seronegativas: conceptos radiológicos y anatomo-patológicos. En: Resnick D, Kransdorf MJ. Huesos y articulaciones en imágenes radiológicas. Elsevier Saunders; 2005. p. 213-29.
2. Mulherin DM, Fitzgerald O, Bresnihan B. Lymphedema of the upper limb in patients with psoriatic arthritis. Semin Arth Rheum. 1993;22:350-6.
3. Salvarani C, Macchioni PL, Veneziani M, Rossi F, Lodi L, Baricchi R, et al. Upper limb lymphedema in psoriatic arthritis. J Rheumatol. 1990;17:273-4.
4. Kiely PDW, Joseph AEA, Mortimer PS, Bourke BE. Upper limb lymphedema associated with polyarthritides of rheumatoid type. J Rheumatol. 1994;21:1043-5.
5. Böh M, Riemann B, Luger TA, Bonsmann G. Bilateral upper limb lymphoedema associated with psoriatic arthritis: a case report and review of the literature. Br J Dermatol. 2000;143: 1297-301.

6. Yamamoto T, Nishioka K. Psoriasis arthropathy and lymphedema. *J Dermatol.* 2002;29:812-4.
7. Tong D, Eather S, Manolios N. Psoriatic arthritis and chronic lymphoedema: treatment efficacy by adalimumab. *Clin Rheumatol.* 2009;28:1349-50.
8. Lekpa FK, Economou-Dubosc A, Fevre C, Claudepierre P, Chevalier X. Efficacy of etanercept in lymphedema associated with psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2009;36:207-8.
9. Doffoël-Hantz V, Sparsa A, Verbeke S, Tricard MJ, Bonnetblanc JM, Bédane C. Lymphoedema: a rare complication of inflammatory rheumatism. Successful treatment with etanercept. *Eur J Dermatol.* 2007;4:337-8.
10. Salvarani C. Upper limb lymphedema in inflammatory arthropathy. *J Rheumatol.* 1995;22:370.
11. Cuello-Villaverde E, Forner-Cordero I, Forner-Cordero A. Linfedema: métodos de medición y criterios diagnósticos. *Rehabilitación (Madr).* 2010;44 Suppl 1:S21-8.
12. Kiely PD, Bland JM, Joseph AE, Mortimer PS, Bourke BE. Upper limb lymphatic function in inflammatory arthritis. *J Rheumatol.* 1995;22:214-7.