



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1944 - Artritis psoriásica

M.Á. García Chicano^a, I. Saura García^a, M. Alcázar Artero^a, C. Barrios Vara^a, F.Á. Guirao Salinas^b, I.C. Sánchez López^b, E.M. Fernández Quijada^c, N. Alba del Pozo^d, C. García Jiménez^d y M.Á. Martínez Navarro^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Flota. Murcia. ^eEnfermera. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 57 años (2007), antecedentes personales: dislipemia, HTA e intolerancia ototóxicos. En febrero 2007 consulta por dificultad para elevar los miembros inferiores (MMII), esta dificultad es continua dos meses, se solicita Rx de caderas: Coxartrosis bilateral, sobre todo en lado derecho. Analítica de control en esa misma fecha con una fosfatasa alcalina (FA): 3.258 UI/L (VN: 70-290) no estudiada. En noviembre de ese año consulta por dolor lumbar derecho de tipo mecánico sin irradiación que se trata con analgésicos y en analítica FA: 347 UI/L. Se realiza interconsulta con Traumatología para estudio y valorar intervención quirúrgica (IQ) debido al estado avanzado de la coxartrosis derecha. Enero de 2009 IQ para prótesis total de cadera derecha. Durante las curas en el hospital aparecen lesiones alrededor de la cicatriz que se atribuye a reacción alérgica a apósitos de Fixomull[®]. Marzo de 2009 es evaluada en Atención Primaria por inicio de máculas de predominio en pierna derecha y tronco. Las lesiones comienzan a partir de la IQ y se extienden de MMII a tronco. Miembros superiores, cara, pies y manos libres. No es pruriginosa y no mejoran con metilprednisolona aceponato ni con cetirizina. Lesiones redondeadas menos de 1 cm con placas rojo-violáceas y escamas. Interconsulta con Dermatología que no aporta diagnóstico y continuar tratamiento. Junio de 2009 las lesiones continúan creciendo de forma centrifuga con halo externo activo. Pauta de tratamiento con corticoides orales. En septiembre las lesiones persisten, sospecha de psoriasis, se pauta betametasona dipropionato. Se repite interconsulta con dermatología. Noviembre de 2009 en dermatología realizan biopsia cutánea orientada hacia psoriasis o tiña que aporta diagnóstico no concluyente de psoriasis. Comienza con tratamiento con mometasona y tacalcitol y posteriormente tratamiento con Anti-TNF (Humira[®]). En enero de 2010 (60 años) IQ de la otra cadera con prótesis total. Las lesiones cutáneas (iconografía reciente) persisten desde el inicio con mejorías transitorias. En abril de 2013 añaden metrotexato al Humira[®]; el tratamiento actual es: tomar sol, clobetasol propionato 2v/semana alternando con calcipotriol y acitretina.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración de cadera al inicio: dolor y limitación de la movilidad en rotación interna y externa, flexión, aducción y abducción con irradiación. Maniobra de Faber+, test de Stinchfield+. Maniobra de Thomas+. Rx evolutivas de cadera: controles de estado de prótesis. Biopsia cutánea: descripción microscópica: El examen de las secciones realizadas muestra una epidermis ligeramente hiperplásica, sin rasgos psoriasiformes, con leve hiperqueratosis, paraqueratosis focal y acantosis con papilomatosis. El dermis reticular muestra fibrosis, no observándose glándulas (sebáceas, ni serosas). Diagnóstico: Punch cutáneo con lesiones microscópicas, inespecíficas.

Juicio clínico: Artritis psoriásica.

Diagnóstico diferencial: Ante una destrucción articular rápidamente progresiva como la que presentamos, hay que descartar una serie de etiologías como son: artritis séptica, artritis reumatoide o seronegativa, infección tuberculosa, patología tumoral, osteoartropatía neuropática y necrosis avascular.

Comentario final: En el 30% las lesiones cutáneas aparecen después de las lesiones óseas.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.uptodate.com/contents/psoriatic-arthritis-beyond-the-basics>