



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

242/2600 - LOS PIES ME MATAN

M. Cano Pazos^a, A. Hidalgo Benito^b, S. de la Fuente Ballesteros^b, M. Hernández Carrasco^c, I. García Álvarez^b y T. Montero Carretero^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Cuéllar. Segovia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^dMédico de Familia. Médico de área. Segovia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años, sin alergias conocidas, con una espondiloartritis periférica oligoarticular B27 positiva con derrames de repetición de la rodilla izquierda y mala adherencia al tratamiento con metotrexato. Viene por dolor mecánico de antepié desde hace meses que le obliga a tomar AINE diariamente. No traumatismo, ni mala pisada. Tío con psoriasis.

Exploración y pruebas complementarias: No adenopatías a nivel cervical. Auscultación cardiopulmonar, normal. Deformidad en tobillos. Tobillo izquierdo en valgo no reducible con dolor y limitación en los últimos grados de movimiento de flexo-extensión. En pie izquierdo, dolor a la presión de las articulaciones metatarsofalangicas 4 y 5. Placa eritemato-descamativa en codo derecho. Piqueteado blanquecino en uñas de ambos pies con “manchas de aceite”. Analítica: hemograma, colesterol, triglicéridos, iones, creatinina y ácido úrico en límites normal. PCR 28. FA 67. Hipergammaglobulinemia policlonal. ECA 32. Factor reumatoide 15. Anti-CCP 0. ANCA 1/80. Radiografía de antepié en carga: Normal. Radiografía de tobillos: periostitis en base de ambas tibias. En ecografía de tobillos se observa severa irregularidad cortical a nivel de base de ambas tibias con aumento de la vascularización local.

Juicio clínico: Artritis psoriásica.

Diagnóstico diferencial: Lupus. Gota. Espondiloartritis anquilosante. Artritis reactivas. Artritis reumatoide. Osteoartritis. Colagenopatías.

Comentario final: Por la radiografía, la exploración y los antecedentes familiares, debemos pensar en una artritis psoriásica. Es una artropatía inflamatoria y seronegativa de causa multifactorial que afecta al 10% de pacientes con psoriasis. En la mayoría de los casos de psoriasis la afectación de la piel precede cronológicamente a la artritis. Lo más frecuente es la poliartritis simétrica que evoluciona en brotes. El HLA B27 no siempre es positivo. El diagnóstico es clínico, cumpliéndose 3 o más criterios de CASPAR (psoriasis actual o historia de psoriasis, distrofia ungueal psoriásica típica, prueba de factor reumatoide negativo, dactilitis actual o historia antigua de dactilitis, evidencia radiográfica de formación de ósea yuxtarticular). El tratamiento es con AINE asociado a FAME. Cuando hay mucha afectación cutánea se están usando los antiTNFα.

Bibliografía

1. Fauci A, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. McGraw-Hill, 18^a ed.
2. Update in the pathogenesis of psoriatic arthritis. Reumatología clínica. 2012.

Palabras clave: Psoriasis. Artritis psoriásica. Periostitis.