

PRESENTACIÓN DE CASO

Coexistencia de espondiloartritis psoriática y gota: a propósito de un caso

Coexistence of psoriatic spondylitis and gout: a case report

Mauricio Restrepo Escobar¹, Luis Alonso González Naranjo²,
Gloria María Vásquez Duque³

Resumen

A pesar de la asociación frecuentemente aceptada entre psoriasis e hiperuricemia existen pocos reportes de gota en pacientes con psoriasis y muchos menos frecuente el reporte de la coexistencia de gota y artritis psoriática. Reportamos el caso de un paciente con diagnósticos de artritis gotosa y artritis psoriática variedad espondiloartritis, y resaltamos que es la primera vez que se reporta esta asociación en la literatura.

Palabras clave: gota, artritis psoriática, espondiloartritis, hiperuricemia.

Summary

Despite the commonly accepted association between psoriasis and hyperuricemia there are few reports of gout in patients with psoriasis and many less frequent reporting the coexistence of gout and psoriatic arthritis. We report a patient diagnosed with gouty arthritis and psoriatic arthritis, spondylarthritis variety, and we emphasize that it is the first time that this association is reported in the literature.

Key words: gout, psoriatic arthritis, spondylarthritis, hyperuricemia.

Reporte de caso

Reportamos el caso de un hombre de 64 años con una historia de más de 20 años de evolución de dactilitis recurrente, poliartritis de grandes y pequeñas articulaciones, lumbalgia inflamatoria, dolor glúteo alternante, onicolisis en manos y pies, y deformidades progresivas de manos y pies, todo ello asociado con placas disseminadas de psoriasis. El paciente recibió el diagnóstico de artritis psoriática y fue tratado con etanercept 50 mg semanales desde julio de 2007 a julio de 2009 con poca respuesta clínica. En julio de 2009 el paciente recibió un diagnóstico adicional de artritis gotosa por la

aparición de bursitis olecraneana, tofos, hiperuricemia (12,2 mg/dl), demostración histológica de cristales de urato monosódico y hallazgos radiológicos característicos.

Durante el examen físico observamos tofos en los codos; placas de psoriasis en cabeza, codos, manos y pies; derrame y dolor articular en muñecas y rodillas; limitación para la rotación interna de caderas; onicolisis, lesiones puntiformes y descoloración en uñas de manos y pies; deformidades en cuello de cisne en dedos de manos; desviación fibular de los dedos de los pies con subluxación de las cabezas de los metatarsianos y callos en plantas.

1 Profesor Auxiliar. Sección de Reumatología. Departamento de Medicina, Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

2 Profesor Asistente. Sección de Reumatología. Departamento de Medicina, Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

3 Profesor Asociado. Sección de Reumatología. Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Medellín, Antioquia.

Correspondencia: Mauricio Restrepo Escobar, mauresco90@hotmail.com

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés al momento de la redacción del manuscrito.

Recibido: 12 de mayo de 2011

Aceptado: 5 de julio de 2011

Figura 1. Poliartritis simétrica y deformidades en manos.

Figura 4. Rayos X AP de columna lumbar donde sobresalen sindesmofitos gruesos asimétricos.

Figura 2. Deformidad en cuello de cisne y lesiones típicas de psoriasis en uñas y piel.

Figura 5. Rayos X AP de pelvis y columna lumbar baja donde se observan sacroiliitis bilateral asimétrica con predominio derecho y signos de entesopatía en alerones sacros.

Figura 3. Deformidades y lesiones típicas de psoriasis en pies.

Las imágenes muestran sacroiliitis bilateral asimétrica con predominio derecho, signos de entesopatía en alerones sacros y tuberosidades isquiales; espondilitis con sindesmofitos asimétricos gruesos en columna lumbar; erosiones con borde escleroso, proliferación ósea e imagen de lápiz en copa en el quinto dedo de la mano izquierda, así como afectación de articulaciones interfalángicas distales. En los rayos X de los pies se pueden observar claramente erosiones en

Discusión

La presencia de dos o más enfermedades diferentes en un mismo paciente siempre ha excitado el interés de los clínicos, especialmente si los desórdenes aislados son infrecuentes. Aunque la mayoría de los casos reportados pueden ser simples curiosidades médicas, siempre existirá la intrigante posibilidad de que puedan revelarse nuevos mecanismos etiológicos, patogénicos o terapéuticos.

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que afecta aproximadamente el 2% de la población. La artritis psoriática es un desorden reumático inflamatorio de etiología desconocida que ocurre en pacientes con psoriasis. La artropatía psoriática se clasifica dentro del grupo de las espondiloartritis. La clasificación de Moll y Wright de la artritis psoriática tiene cinco diferentes patrones clínicos: afectación predominante de articulaciones interfalángicas distales, mono u oligoartritis asimétrica, poliartritis simétrica, artritis mutilante, y afectación axial o espondiloartritis^{1,2}.

La artritis gotosa es otro problema médico común que afecta hasta el 1% de la población adulta en occidente, principalmente hombres. La gota es una enfermedad crónica en la cual niveles excesivamente altos de urato sérico desencadenan el depósito tisular de cristales de urato monosódico y ataques inflamatorios intermitentes. La hiperuricemia es el evento inicial en la patogénesis de la artritis gotosa, y es el principal factor de riesgo relacionado con la aparición y la recurrencia de la misma³.

La hiperuricemia ha sido aceptada generalmente como un hallazgo común en psoriasis y artritis psoriática. Algunos reportes tempranos describen la prevalencia de hiperuricemia tan alta como de un 50% en pacientes con psoriasis principalmente en hombres y en aquellos con artritis asociada. Se ha propuesto que la hiperuricemia hallada en estos pacientes puede deberse a un metabolismo incrementado de las purinas por un rápido recambio celular epidérmico, aunque también podría estar relacionada con alteraciones en el manejo tubular de los uratos debido a la enfermedad subyacente o a los medicamentos utilizados⁴.

Figura 6. Rayos X AP de mano izquierda que muestran erosiones con borde escleroso, proliferación ósea e imagen de lápiz en copa en el quinto dedo, así como afectación de articulaciones interfalángicas distales.

Figura 7. Rayos X AP del pie derecho que muestran erosiones en sacabocado con bordes esclerosos, lesiones en forma de gancho y relativa preservación de espacios articulares.

sacabocado con bordes esclerosos, lesiones en forma de gancho y relativa preservación de espacios articulares, todas ellas características típicas de artritis gotosa.

En un estudio se reportaron niveles elevados de ácido úrico hasta en el 3,8% de personas asintomáticas comparado con el 10,1% en pacientes con artritis psoriática y enfermedades difusas del tejido conectivo⁵. En otro estudio se informó una alta incidencia de hiperuricemia asintomática de hasta un 18,8% de 1.146 pacientes con psoriasis, sugiriendo una asociación con formas más severas de afectación cutánea y con el desarrollo de artritis psoriática. Los autores postulan que aquellos pacientes con psoriasis avanzada están en riesgo de desarrollar gota⁶. Sin embargo, otro reporte clínico que utilizó pacientes con artritis reumatoide como grupo control no sugirió que la hiperuricemia fuera un hallazgo común en artritis psoriática, aunque sí es posible encontrar niveles ligeramente superiores especialmente en hombres. Otros autores tampoco encontraron diferencias cuando compararon con distintas clases de controles⁴.

A pesar de la asociación frecuentemente aceptada entre psoriasis e hiperuricemia existen pocos reportes de gota en pacientes con psoriasis y muchos menos frecuente el reporte de la coexistencia de gota y artritis psoriática⁷⁻¹². En algunos casos reportados los episodios de gota posiblemente fueron desencadenados por alguno de los diferentes tratamientos para la psoriasis¹³⁻¹⁵. Existen también casos reportados de la coexistencia de artritis psoriática con cristales de urato monosódico y de pirofosfato de calcio¹⁶⁻¹⁷. Es posible que una sinovitis inducida por cristales esté involucrada en algunos de los casos alegados de artritis psoriática⁷. De manera interesante existen varios reportes de la triple coexistencia de sarcoidosis, psoriasis y gota¹⁸⁻¹⁹.

Teniendo en cuenta que es infrecuente el reporte de la coexistencia de gota y artritis psoriática, basados en nuestra revisión de la literatura proponemos que este sería el primer caso reportado de la coexistencia en un mismo paciente de gota con espondiloartritis psoriática.

Referencias

1. Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1973;3:55-78.
2. Goupille P. Psoriatic arthritis. *Joint Bone Spine* 2005;72:466-470.
3. Becker MA, Ruoff GE. What do I need to know about to gout? *J Fam Pract* 2010;59:S1-S8.
4. Lambert JR, Wright V. Serum uric acid levels in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 1977;36(3):264-267.
5. Bosmanský K, Ondrasík M. Uric acid levels of the serum of healthy persons and patients with various rheumatic diseases. *Ter Arkh* 1987;59(4):22-25.
6. Golov KG, Ivanov OL, Balkarov IM, Novoselov VS. Clinical significance of hyperuricemia in psoriasis. *Klin Med (Mosk)* 1994;72(3):34-36.
7. Fordham JN, Storey GO. Psoriasis and gout. *PMJ* 1982;58:477-480.
8. Bosmansky K, Trnavsky K. Psoriasis and gout: report of 4 cases. *Clin Rheumatol* 1983;2(4):423-426.
9. Lundquist CD, Aronson IK, Henderson TW, Skosey JL, Solomon LM. Psoriasis and normouricemic gout. *Dermatologica* 1982;164(2):104-108.
10. Liu M, Li JH, Li B, He CD, Xiao T, Chen HD. Coexisting gout, erythrodermic psoriasis and psoriatic arthritis. *Eur J Dermatol* 2009;19(2):184-185.
11. Montoya F, Torres RJ, Fraile JM, Puig JG. An unusual patient with hypothyroidism, tophaceous gout, and marked joint destruction. *Nucleosides Nucleotides* 2008;27(6):604-607.
12. Cho S, Koh GJ, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Chronic tophaceous gout presenting as hyperpigmented nodules in the limbs of a patient with coexisting psoriasis. *J Dermatol* 2001;28(8):433-436.
13. Burnett JW. Acute gout secondary to psoriasis exacerbated by photochemotherapy. *Arch Dermatol* 1982;118(3):211.
14. Martin JH, Gordon M, Wallace R. Methotrexate in psoriasis. Precipitation of gout. *Arch Dermatol* 1967;96(4):431-433.
15. Vanhooetghem O, Andre J, Pochet JM, Demaubeuge J, Song M. Occurrence of gouty tophi following acitretin therapy. *Clin Exp Dermatol* 1998;23(6):274-276.
16. De Bari C, Lapadula G, Cantatore FP. Coexisting Psoriatic Arthritis, Gout, and Chondrocalcinosis. *Scand J Rheumatol* 1998;27:306-309.
17. Venkatasubramaniam KV, Bluhm GB, Riddle JM. Psoriatic arthropathy and crystal-induced synovitis. *J Rheumatol.* 1980 Mar-Apr;7(2):213-217.
18. Kaplan H, Klatskin G. Sarcoidosis, psoriasis, and gout: Syndrome or coincidence? *Yale J Biol Med* 1960;32:335-352.
19. Eckes L. The simultaneous occurrence of psoriasis, sarcoidosis and gout. Report of 3 cases. *Hautarzt* 1975;26(7):357-361.