



INFORMACIÓN PARA OS DOENTES CON

Artrite Psoriásica



Sociedade Galega de Reumatoloxía
Grupo de Investigación Galego en Artrite Psoriásica





QUE É A **Artrite Psoriásica?**

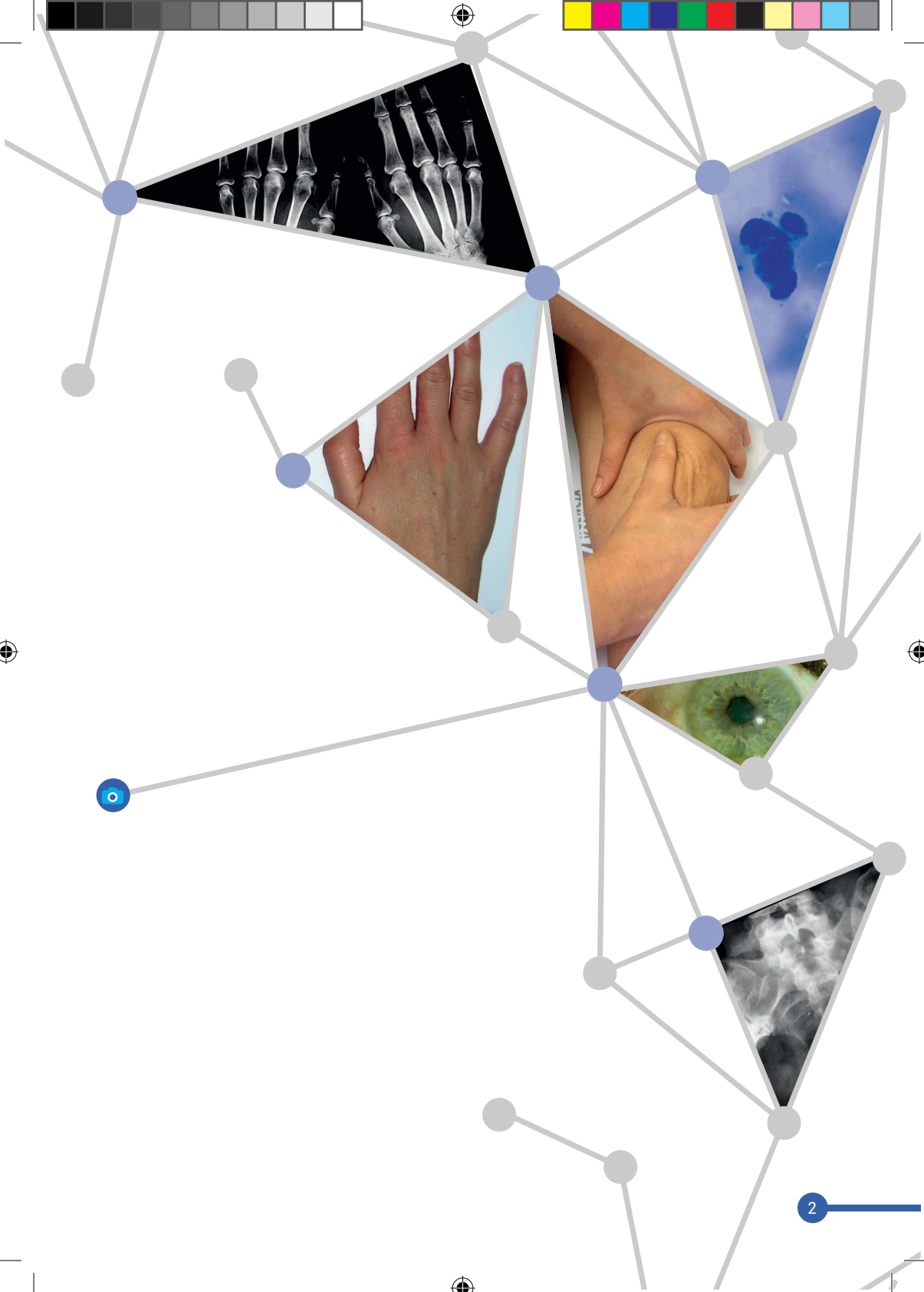
A artrite psoriásica é principalmente unha enfermidade articular que pode desenvolverse ata nun 30% dos doentes con psoríase cutánea, que tamén produce artrite, isto é, unha inflamación que pode ocorrer coa dor articular.

- De causa descoñecida. Considérase que é motivada pola suma de factores xenéticos, inmunolóxicos e ambientais.
- Na maioría dos casos, os pacientes presentan lesións da pel primeiro; mesmo o 15% dos casos, a artrite pode preceder a psoríase da pel.
- A gravidade da artrite non ten relación coa extensión da lesión de pel. Moitos doentes con artrite psoriásica grave, teñen poucos síntomas na pel e viceversa.
- A enfermidade afecta igualmente a homes e mulleres. O inicio da artrite psoriásica ocorre xeralmente entre 30 e 50 anos e tamén pode afectar ós nenos.

CALES SON OS SÍNTOMAS DA ARTRITE PSORIÁSICA?

Ademais da pel e as articulacións poden verse afectadas outras partes do corpo

- O ollo, causando a uveíte, que é a inflamación do iris.
- As insercións de tendóns nos ósos, que poden inflamarse e causar logo entesite. Os máis comúns son o tendón de Aquiles e maniféstase por dor nos talóns cos primeiros pasos para saír da cama.
- A inflamación global dun dedo da man ou dedo do pé é coñecido como dactilite ou "dedo salchicha". É asociado co aumento do risco de lesións radiolóxicas e ocorre tanto nas mans coma nos pés.
- Tenosinovite, sobre todo nos tendóns flexores dos dedos e no extensor do puño.





PARTES DO CORPO AFECTADAS

Lesións da pel:

A psoríase:

- Son placas de pel avermellada, ben demarcadas, cubertas de escamas brancas e que xeralmente afectan as áreas de roce como cónbados e xeonllos.
- Tamén é frecuente que afecte as áreas do coiro cabeludo ou áreas con pregos (embigo axila, detrás das orellas, etc), unha zona que é esquecido en moitas ocasións.
- En ocasións, producen prurigo e poden aparecer puntos hemorráxicos por rascado.
- É común a afectación das unllas, dende un fino piqueteado (pitting), como se alguén tivese cravado un alfinete, a un despegamento da unlla da súa inserción, con cambios de cor e aumento do grosor da mesma.

Lesións articulares:

Calquer xunta pode estar afectada, dende a mandíbula ao dedo pequeno do pé, aínda que sexa máis común nalgunhas articulacións, como mans, pés, xeonllos e nocellos. Maniféstanse con dor ou hinchazón ou ambos. Se a enfermidade non é controlada pode afectar os ósos.



NA SOSPEITA DE **Artrite Psoriásica?**

COMO É DIAGNOSTICADA?

Historia Clínica:

- Presenza actual da propia psoríase.
- Historia persoal ou familiar de psoríase nun primeiro ou segundo grao relatada polo paciente.

Exploración física, pel, unllas e articular:

- Avaliación das articulacións dolorosas e hinchadas.
- Entesite: dor e/ou inflamación xeralmente nos calcaños.
- Dactilite: Inflamación dos dedos das mans ou dos pés coa forma típica de "salchicha".

A avaliación clínica pode non ser suficiente polo que podemos necesitar máis estudos:

Os máis comunmente utilizados son:

- Probas para medir inflamación.
- Estudos de imaxe.

Probas de laboratorio

1. Análise de sangue

- Non hai ningún marcador de laboratorio específico que poida diagnosticar a enfermidade con certeza.
- Sen embargo, algúns parámetros axudan no diagnóstico inicial.

Probas para medir inflamación

- Apoian a presenza de inflamación articular.
- Son necesarios no seguimento para avaliar a actividade inflamatoria da enfermidade.

Os máis utilizados:

- VSG (velocidade de sedimentación globular).
- PCR (proteína C reactiva).

Probas inmunoalóxicas

- Autoanticorpos. Non son típicos da psoríase. Son solicitados para descartar outras enfermidades reumáticas: anticorpos antinucleares (ANA), anticorpos anti-péptidos citrulinados (ACCP) e factor reumatoide (FR).



- HLA B-27. Marcador xenético máis común na artrite psoriásica con implicación da espiña.

2. Punción articular: Análise do líquido sinovial

- Descarta outras enfermidades reumáticas: cristais, infección, etc.
- As características inflamatorias do líquido articular apoian o diagnóstico.

ESTUDOS DE IMAXE

RADIOLOXIA SIMPLE (RX)

Permite buscar e cuantificar os danos no óso e nas xuntas.

- No inicio da enfermidade xeralmente non hai ningún dano cando o diagnóstico non é demasiado tarde.
- E tamén é usado para avaliar a enfermidade e o éxito terapéutico, durante a súa evolución.

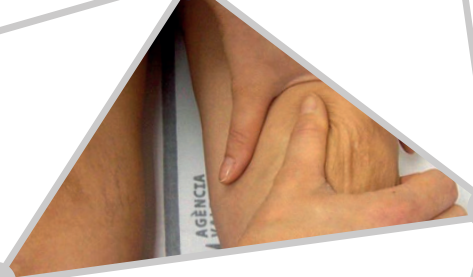
ULTRA-SONOGRAFÍA ARTICULAR

Pode ver:

- O líquido sinovial.
- A Inflamación na xunta.
- Danos na superficie do óso.

RESONANCIA MAGNETICA ARTICULAR (RMN)

- Especialmente útil cando son afectados espiña e articulación sacroilíaca (permite ver a inflamación e o dano óseo).
- No diagnóstico para distinguir a artrite das lesións traumáticas.
- A adecuación das probas depende de cada paciente e o que indique o especialista.



Tratamentos

Os obxetivos do tratamento

A artrite psoriásica é unha enfermidade crónica. Isto significa que non hai ningunha cura, pero hai tratamentos para que o doente poida realizar a actividade normal coa maior calidade de vida posible.

O obxectivo é que o doente esté en remisión clínica, é dicir, sen signos ou síntomas da artrite, ou polo menos coa actividade da enfermidade mínima que permite retomar as súas actividades diarias.

O tratamento debe ser individualizado, ou sexa, debe adaptarse ás necesidades e o tipo de artrite de cada paciente. Non todos os doentes con artrite psoriásica deben recibir o mesmo tratamento.

TIPOS DE TRATAMENTO:

XERAIS:

- Fármacos antiinflamatorios (o obxectivo é reducir a dor e hinchazón inmediatamente).

- AINES.
- Corticoides.

Por vía oral.

Intra-articular (infiltracións).

- Exercicio físico.

- Fundamental tanto na espiña vertebral coma nas articulacións para que incentiven a mobilidade.

ESPECÍFICOS

O seu obxectivo é parar a progresión da enfermidade.

- Clásicos (FAMES).
- Biolóxicos.

FAMES TRADICIONAIS

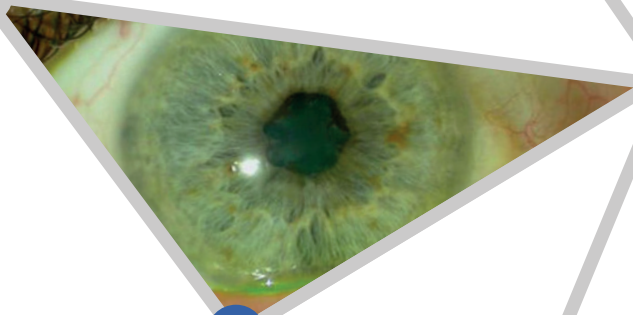
- Metotrexato.
- Leflunomida.
- Salazopirina.

BIOLÓXICOS

- ANTI- TNF
- ANTI- IL17
- Outras moléculas

Tamén existen tratamentos específicos para a psoríase como tratamentos tópicos ou fototerapia (PUVA, PUVB).

Na práctica, máis do 70% dos pacientes controlan adecuadamente a súa condición con estes tratamentos.





Cando consultar CO NOSO REUMATÓLOGO?

VACINACIÓN

Especialmente se imos facer unha viaxe as áreas exóticas. En principio non se aconsellan vacinas de virus vivos (por exemplo A febre amarela).

FEBRE OU PROCESOS INFECCIOSOS

Ás veces é necesario interromper temporalmente o tratamento para facilitar a recuperación máis rápida.

BUSQUEDA DO EMBARAZO

Gracias a un bo control da enfermidade que hoxe en día se consegue a través dos tratamentos dispoñibles, a maioría dos pacientes poden ter fillos. Con todo, é fundamental a planificación co noso médico a fin de atopar o momento máis axeitado.

TRATAMENTOS PRESCRITOS POR OUTROS ESPECIALISTAS

Tamén é clave comunicar a outros médicos que visite que están diagnosticados de artrite psoriásica así coma o tratamento que programou seu reumatólogo para evitar interaccións farmacolóxicas.



Adhesion

AO TRATAMENTO

POR QUÉ É IMPORTANTE?

Un paciente que cumpre coa súa medicación ten máis probabilidade de:

- Mais control dos síntomas.
- Menor progresión de erosións radiolóxicas.

Temos que ser honestos con nós mesmos e co reumatólogo, e recoñecer cando se toma a medicación ou non, porque eles poderían eliminar medicamentos potencialmente útiles pensando que son ineficaces.

Tamén é importante comentar nas visitas dúbidas e posibles dificultades para o cumprimento da medicación, para que o reumatólogo tome as decisións máis correctas e mellorar así o pronóstico da enfermidade.

Preparar unha lista de preguntas sobre as súas dúbidas para a próxima visita, por exemplo.

Como manteño a miña medicación se teño que viaxar en avión?

PAPEL DO MEU ENTORNO

Unha implicación estreita do noso entorno é fundamental para:

- Mellorar o coñecemento sobre a enfermidade.
- Manter una actitude optimista/positiva sobre o futuro.
- Participar nas actividades propias da enfermidade que requira o paciente.

Colaborar nos plans hixiénico-dietéticos

Compartir actividades físicas, coñecendo os seus límites e respectándoos.

É moi importante manter ó paciente comunicado co seu entorno. Saber que non está só e que en equipo afronta mellor unha enfermidade crónica.

Para iso ten que coñecer a enfermidade e saber respetar os seus períodos de baixo estado de ánimo ou mal control da mesma.



CORRESPONSABILIDADE DO DOENTE

A artrite psoriásica é unha enfermidade crónica. Para o manexo axeitado do mesmo e minimizar os efectos a longo prazo, é necesario a implicación tanto do persoal de saúde coma do propio doente.

O doente ben informado cumpre mellor as pautas do tratamento establecido e contribúe tanto ó éxito do tratamento como unha mellor racionalización dos recursos sanitarios.

A RELACIÓN CO MÉDICO

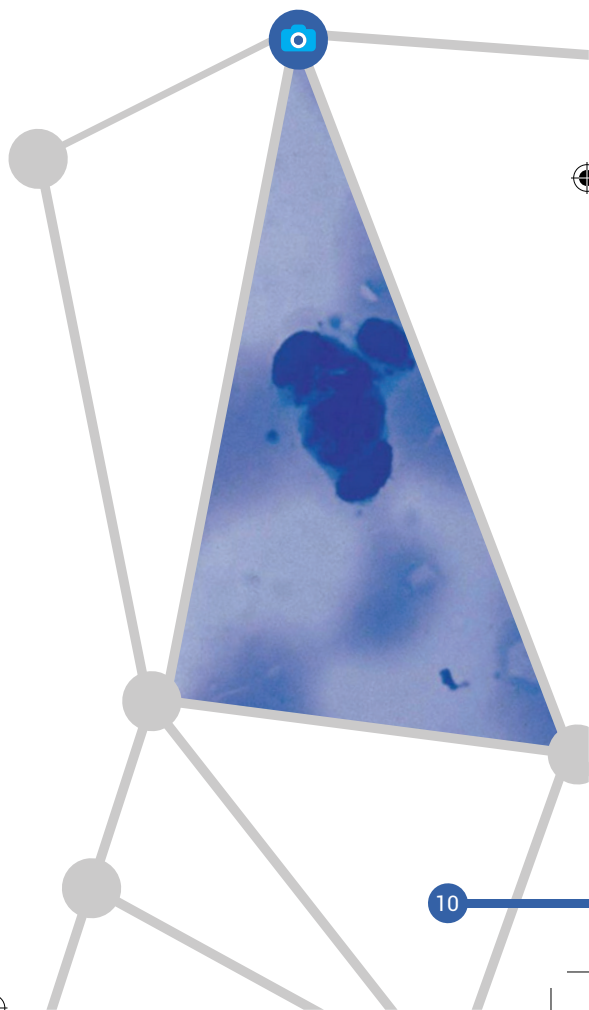
Como equipo que ten un mesmo obxectivo, a relación médico-doente debe estar baseada na confianza e transparencia.

Fale con el sobre como a enfermidade afecta á súa vida diaria (traballo, actividades domésticas e sociais, ocio, etc.).

Canto máis coñeza o seu médico o impacto da enfermidade na súa vida (dende un punto de vista físico como psicolóxico), máis lle vai axudar a establecer uns obxectivos de tratamento e a crear un plan de tratamento máis axeitado, no seu caso.

COMO MELLORAR A MIÑA CALIDADE DE VIDA?

- Seguir uns hábitos saudables.
- Evitar tabaco, alcol e estrés.
- Manter un peso adecuado para evitar sobrecargar as articulacións.
- Unha dieta equilibrada e exercicio físico regular poden axudar a mellorar a súa saúde.





Sociedade Galega de Reumatoloxía

Grupo de Investigación Galego en Artrite Psoriasica

