

Artritis psoriásica

La artritis psoriásica puede provocar hinchazón articular, hinchazón de todo el dedo (dactilitis) y alteraciones en las uñas.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La artritis psoriásica suele aparecer de forma gradual, sin anunciarse de antemano. Es posible que note que una o más articulaciones (generalmente en los dedos, pero también en la muñeca o el codo) se han vuelto rígidas y dolorosas; esa rigidez es más intensa por la mañana al despertar o después de permanecer sentado, y disminuye al ponerse en movimiento. Este patrón –rigidez que mejora con el uso– es una señal de que el problema es de origen inflamatorio y no simplemente por desgaste articular.

Existen algunos signos muy característicos. Todo un dedo (o dedo del pie) puede hincharse hasta adoptar forma de salchicha; esto se conoce como **dactilitis**; suele ser sensible al tacto y dificulta el movimiento del dedo. También pueden aparecer cambios en las uñas: pequeños hoyuelos o hendiduras, estrías, un tono amarillento y separación de la uña de su lecho, o desgaste en los bordes. Las articulaciones distales de los dedos, las más cercanas a las uñas, suelen verse afectadas; esto es algo poco común en la artritis inflamatoria y constituye una pista importante para el médico. Asimismo, algunas personas sienten dolor justo en el punto donde el tendón se inserta al hueso, como en el codo o en la parte posterior del talón.

Muchas personas con artritis psoriásica también padecen la enfermedad cutánea **psoriasis**, caracterizada por manchas rojas y escamosas, frecuentemente en codos, rodillas o cuero cabelludo. Los problemas articulares pueden aparecer antes, después o incluso sin que se manifiesten cambios cutáneos visibles. Junto con los síntomas articulares, la fatiga intensa es muy frecuente y puede ser uno de los aspectos más agotadores de la enfermedad.

(Si su principal preocupación es la artritis reumatoide o algún otro problema articular inflamatorio, consulte nuestra página dedicada a [artritis inflamatoria y reumatoide](#); la artritis psoriásica es una afección distinta, aunque en ocasiones sus síntomas puedan parecerse.)

¿Qué está ocurriendo realmente?

La artritis psoriásica es una enfermedad de origen inmunitario. En lugar de proteger al cuerpo, el sistema inmunitario ataca erróneamente los propios tejidos, provocando inflamación. El mismo proceso desviado que causa las escamas en la piel en la psoriasis también puede afectar a las articulaciones y, de forma característica, a las **inserciones tendinoso-ligamentosas**, esas pequeñas zonas donde los tendones y ligamentos se fijan al hueso.

Esa inflamación es lo que se percibe como hinchazón, rigidez y dolor. La hinchazón en forma de salchicha que se observa en todo el dedo se debe a la inflamación simultánea de las articulaciones y de las vainas tendinosas del dedo. Los cambios en las uñas y la afectación de las articulaciones distales de los dedos reflejan la estrecha relación que existe entre las uñas, la piel y dichas articulaciones.

Esta no es artrosis, esa forma de artritis causada por el desgaste debido a la edad o al uso excesivo; tampoco es lo mismo que la artritis reumatoide, aunque ambas enfermedades inflamatorias pueden presentar síntomas similares. Lo importante es que la artritis psoriásica es una enfermedad activa y continua: si la inflamación no se controla durante años, puede dañar e incluso deformar gradualmente las articulaciones. La buena noticia es que este proceso es tratable; controlar la actividad inmunitaria protege las articulaciones de dichos daños.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El diagnóstico suele ser realizado por un **reumatólogo**, especialista en enfermedades articulares inflamatorias. No existe un único análisis de sangre que confirme la artritis psoriásica; por ello, el diagnóstico se elabora a partir de su historia clínica, de la exploración de las articulaciones, las uñas y la piel, así como de estudios por imagen como radiografías o ecografías. Es fundamental diferenciarla de otros tipos de artritis, pues esto determina el tratamiento a seguir.

El tratamiento principal es médico, dirigido por el reumatólogo, y tiene como objetivo calmar el proceso inmunitario en sí:

- Los **fármacos modificadores de la enfermedad (FME)**, como el **metotrexato**, suelen ser el primer paso. Estos reducen la respuesta inmunitaria excesiva y protegen las articulaciones a largo plazo.
- Cuando los FME no resultan suficientes, o en casos de enfermedad más agresiva, se emplean **fármacos biológicos y de terapia dirigida**. Se trata de medicamentos de precisión que bloquean las señales inmunitarias responsables de la inflamación; son muy eficaces tanto para las articulaciones como para las inserciones tendinosas y la piel.
- El **tratamiento de la psoriasis cutánea** debe ir de la mano del tratamiento articular; a menudo se coordina con un dermatólogo.
- La **terapia de la mano y los ejercicios** ayudan a mantener la movilidad articular, preservar la fuerza de agarre y la funcionalidad, y a combatir la rigidez y la fatiga.

La cirugía también tiene su lugar, aunque es limitado: se indica principalmente en articulaciones ya dañadas o deformadas tras años de inflamación, con el fin de restaurar su función o aliviar el dolor. Aun así, el tratamiento

médico para controlar la enfermedad debe continuar. El mensaje más importante es que **el tratamiento temprano protege las articulaciones**: cuanto antes se controla la inflamación, menor será el daño permanente.

Qué esperar

La artritis psoriásica es una enfermedad crónica; no es algo que se cure de una vez por todas, pero es muy tratable. La mayoría de las personas que inician el tratamiento a tiempo obtienen buenos resultados. El objetivo de la atención médica actual es controlar la enfermedad de manera tan completa que las articulaciones se sientan y funcionen casi con normalidad; para muchas personas esto es alcanzable.

Dado que la enfermedad está mediada por el sistema inmunitario, el tratamiento suele ser continuo, y puede requerir algunos ajustes para encontrar el medicamento o la combinación que mejor se adapte a usted. La enfermedad puede presentar fases de mayor o menor actividad: períodos más tranquilos y brotes ocasionales. Es fundamental mantener un contacto regular con su reumatólogo, tanto para mantener la inflamación bajo control como para supervisar el tratamiento. A cambio de este compromiso a largo plazo, se obtiene una protección real: mantener la inflamación a raya preserva su fuerza de agarre, la función de sus manos y sus articulaciones durante muchos años.

¿Cuándo consultar a un especialista?

- **Dolor articular o hinchazón con rigidez matutina**, especialmente si todo un dedo se hincha o si la rigidez disminuye al moverlo: esto requiere evaluación, preferiblemente por parte de un reumatólogo.
- **Psoriasis acompañada de nuevos síntomas articulares**. Si ya padece psoriasis y sus articulaciones comienzan a doler, hincharse o ponerse rígidas, infórmelo a su médico; esta relación es importante y fácil de pasar por alto.
- **Cambios en las uñas**, como pitting (hendiduras), surcos, fragilidad o separación de la uña de su lecho ungueal, sobre todo si van acompañados de dolor articular o en las articulaciones distales de los dedos.
- **Dolor en el punto donde el tendón se une al hueso** (por ejemplo, en el codo o el talón) que no mejora con el tiempo.
- **Articulaciones que se vuelven rígidas, deformadas o difíciles de usar** con el paso del tiempo: es señal de que la enfermedad quizás no esté totalmente controlada; vale la pena revisar el tratamiento para intensificarlo antes de que se produzcan más daños.