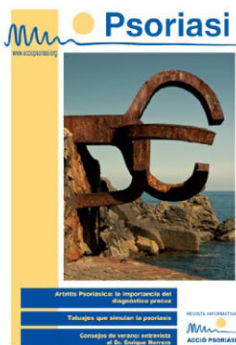


ARTRITIS PSORIÁSICA



Psoriasis



1ª Parte—Artritis Psoriásica: la importancia del diagnóstico precoz

2ª Parte—Artritis Psoriásica: consejos prácticos para mejorar la calidad de vida

Dr. Jordi Gratacós

Artículo publicado en la Revista Psoriasis nº 74 y 76

Abril—Junio 2013—Revista 74—1ª Parte

Octubre—Diciembre 2013—Revista 76—2ª Parte

- En la primera parte respondemos a preguntas como, ¿Qué es la artritis psoriásica?, ¿Cuál es la causa?, ¿Cuáles son los síntomas?, ¿Cómo se manifiesta clínicamente?
- En la segunda parte resumimos el fragmento de la ponencia que profundiza el pronóstico, la calidad de vida, los tratamientos y que ofrece consejos prácticos para el paciente de artritis psoriásica.



www.accionpsoriasis.org



www.facebook.com/AccionPsoriasis



@accionpsoriasis

Artritis psoriásica: la importancia del diagnóstico precoz

Dr. Jordi Gratacós

Reumatólogo del Hospital de Sabadell - Parc Taulí

¿Qué es la artritis psoriásica? Es la presencia de artritis en una persona que tiene psoriasis. Es una enfermedad crónica que afecta a las articulaciones de la que no conocemos la causa concreta. Y al no conocerla, no tenemos un tratamiento curativo, pero sí que tenemos tratamientos muy eficaces que mejoran la calidad de vida del paciente. La artritis psoriásica puede afectar cualquier articulación del cuerpo humano, aunque tiene tendencia a afectar las de las extremidades inferiores: rodillas, talones... y es muy frecuente que sea asimétrica, al contrario que en la artritis reumatoide. La artritis psoriásica puede empezar por una articulación, pero es frecuente que al cabo del tiempo y de forma aditiva se vayan añadiendo otras articulaciones con lo que después de un cierto tiempo, si no se trata, el individuo acaba teniendo varias articulaciones afectadas que pueden limitar mucho su capacidad vital. Por lo tanto, es de especial importancia detectar la artritis psoriásica de forma precoz para evitar complicaciones.

En la fase inicial, existen tratamientos realmente muy eficaces y, en cambio, cuando un paciente nos llega muy avanzado o con lesiones muy importantes resulta difícil mejorar su calidad de vida o su movilidad. En esta tarea de hacer un diagnóstico precoz, juega un papel capital el dermatólogo y los propios pacientes. Los afectados de psoriasis, en el momento de sospechar la posibilidad de tener la enfermedad, y el dermatólogo porque es el especialista más cercano. Actualmente tenemos muy buena relación con los departamentos de dermatología gracias a las unidades multidisciplinares que existen en muchos lugares que permiten al dermatólogo conocer perfectamente lo que es la artropatía psoriásica para actuar de filtro y derivar hacia el reumatólogo.

La afectación de la psoriasis cutánea en la población general es amplia, entre un 2 y un 5%. De estas personas, las que desarrollan artropatía psoriásica son menos del 20%, es decir, el 0,5% de la población, lo cual no es poco. Esto quiere decir que, de cada 200 personas, hay una que puede estar afectada de artritis psoriásica. Es una de las enfermedades más frecuentes en reuma. Afecta a los dos sexos por igual y puede presentarse a cualquier edad, aunque a partir de los cuarenta

años es un poco más frecuente. También puede aparecer en niños, pero es raro que se manifieste por debajo de los 7 años.

La causa

¿Cuál es la causa? No lo sabemos. Es frecuente que el paciente

se dirija al reumatólogo de la siguiente manera: *"No puede ser porque yo antes de ayer estaba bien y ahora se me ha hinchado la articulación. ¿A qué se debe?"* No lo sabemos. Todo el mundo que está enfermo pasa de estar bien a estar enfermo. Pasar a tener una enfermedad crónica es difícil de aceptar por cualquiera. Se trata de que la información que el reumatólogo de en la primera visita sirva para que el paciente conozca más la enfermedad y las alternativas de tratamiento que tenemos. Esto rebajará sin duda su ansiedad y le permitirá afrontar mejor el tratamiento y la enfermedad.

Aunque no sabemos la causa, sabemos que hay una base genética que se traduce en una agregación familiar. Si hemos dicho que en la población general su presencia es aproximadamente del 0,5%, entre familias de gente con psoriasis o enfermedad de la familia de las espondiloartropatías (incluye la enfermedad de Crohn, la espondilitis anquilosante y otras patologías más raras) la posibilidad de desarrollarla aumenta bastante, alrededor del 20-30%. Sobre esta predisposición genética, pensamos que existe un antígeno que podría ser la causa (posiblemente de entrada a nivel cutáneo) que provocaría una respuesta inmunológica anómala y desencadenaría la enfermedad. ¿Se puede prevenir? No, porque no sabemos la causa. Pero al igual que la psoriasis no es contagiosa.

Síntomas

¿Cuáles son los síntomas? En el 75% de los casos, y esto es incluso más alto en las personas en las que la psoriasis aparece antes de los 40 años, la psoriasis se desarrolla antes que la



artropatía psoriásica. Y a veces, muchos años antes, incluso 10-15-20. Este punto es clave para que el dermatólogo esté en contacto con nosotros y actúe como el profesional que detecta la artropatía psoriásica y nos envíe a tiempo al paciente y evite complicaciones. Esto ha mejorado mucho actualmente. Antes, el contacto con los dermatólogos era muy escaso. Y ahora, la relación que tenemos con ellos, especialmente para la psoriasis y la artropatía psoriásica, es muy importante. Este contacto ha aumentado mucho porque los reumatólogos nos dábamos cuenta que nos llegaban enfermos muy evolucionados y que era difícil progresar en el momento en el que llegaban y que la única manera que podíamos mejorar esta situación era que el médico que lo trataba para la piel, muchas veces desde hacía años, lo detectara y nos lo derivara.

También es clave no angustiarse. No todo el mundo que tiene psoriasis desarrolla artritis psoriásica. De hecho, es una pequeña proporción. Desgraciadamente aún conocemos poco sobre los marcadores genéticos que nos permitan distinguirlo. Estamos trabajando actualmente en varios estudios muy importantes en combinación con los dermatólogos para ver si podemos distinguir estos marcadores genéticos que nos permitan saber la predisposición de esta persona a desarrollar artropatía psoriásica.

¿Cómo se manifiesta clínicamente? En las articulaciones de las extremidades se manifiesta en forma de artritis. Se trata de una hinchazón articular muy dolorosa. En general, el movimiento es muy doloroso y limitado. La articulación puede estar más o menos caliente y roja, pero se aprecia claramente que algo pasa porque no es un dolor banal. Es importante recordar que los dolores óseos son mayores en los pacientes con psoriasis cutánea respecto a población general, y que no todos los pacientes que presentan estos dolores tienen una artritis psoriásica. En general, la artritis psoriásica afecta a articulaciones concretas, causa dolor e hinchazón y el dolor es mucho más intenso que los dolores óseos. Ante la duda, el paciente debe consultar a su dermatólogo o médico de cabecera que será el encargado de valorar su posible evaluación por el reumatólogo.

La artritis psoriásica no sólo puede afectar a las articulaciones de las extremidades. Aunque sea la localización más frecuente, también puede afectar a la columna vertebral. En esta zona, se manifiesta generalmente, en forma lumbalgia, dorsalgia o cervicalgia. Aquí tenemos un problema porque ¿quién no tiene lumbagos a partir de los 40-60 años? El 60% de la población tiene lumbalgia a partir de los 40 años. De todas maneras, el reuma psoriásico cuando afecta a la columna también se distingue de un lumbago. Es diferente. Es un dolor intenso y característicamente nocturno, que no te deja dormir y que te obliga a levantarte. Mejora incluso con el



movimiento a diferencia del lumbago. Por lo tanto, se ve que no es normal y esto también puede llevar a ver al dermatólogo y explicarle la situación.

Rasgos diferenciales para detectar la artritis psoriásica

Hay otros rasgos muy específicos y característicos del reumatismo psoriásico, de forma que si el dermatólogo los sabe distinguir, debe derivar al paciente con una artropatía psoriásica al reumatólogo. Entre estos rasgos específicos hay que destacar: la artritis de articulaciones interfalángicas distales, el dolor e hinchazón de los tendones, especialmente de la región aquileo-plantar (entesitis/tendinitis) y el dedo en salicha (dactilitis), entre otros.

La artritis interfalángica distal. Sólo hay dos enfermedades que afecten a esta articulación de los dedos: la artrosis, que es la más frecuente y la artritis psoriásica. En general, no es difícil de distinguir porque la artritis psoriásica aparece en los enfermos psoriásicos, conjuntamente con la afectación de la uña que coincide con la artritis. En ocasiones, sin embargo, el diagnóstico diferencial es difícil pues la artrosis interfalángica distal por su alta frecuencia en la población, puede coincidir y darse en un enfermo con psoriasis, en estos casos debe ser el especialista (reumatólogo) quien establezca el diagnóstico definitivo.



La tendinitis o la fascitis plantar, es decir, la inflamación de los tendones de la región del pie. Cuando este tipo de inflamación es un síntoma de la artritis psoriásica no tiene nada que ver con el dolor mecánico que puede causar el uso excesivo de esta zona del cuerpo, frecuente en la población general. En el caso de asociarse a la artritis psoriásica se trata en general de un dolor con hinchazón tan intenso que no permite caminar.

La lumbalgia inflamatoria también tiene unas características muy particulares: dolor nocturno, no mejora con el reposo o incluso empeora y responde muy bien a los antiinflamatorios en general.

Dedo en salchicha, que cuando se ve llama mucho la atención porque es un dedo el doble de grueso que el dedo no afectado. Puede presentarse en las manos o los pies.

Antes, el reuma psoriásico se clasificaba según la forma de presentarse. Ahora se ha visto que esto no es realmente así, sino que si lo dejamos sin tratamiento pasa de una forma a la otra con cierta frecuencia. O sea, que son diferentes expresiones de una misma enfermedad en su curso evolutivo. Las únicas formas que se distinguen actualmente son la afectación de columna y la de las extremidades porque son clínicamente diferentes, genéticamente diferentes y responden de forma diferente al tratamiento. El 40% de las perso-

nas que sufren artritis psoriásica presentan una combinación de ambas, de la artritis de las extremidades y de la que afecta a la columna. En estos casos, el tratamiento es combinado.

Pero los especialistas que tratan al paciente con psoriasis no sólo deben tener en cuenta el aparato locomotor y/o la piel. En realidad, la psoriasis es una enfermedad multiorgánica y puede afectar a muchas otras zonas del cuerpo como:

- el ojo, dando uveítis, tan o más frecuente según se asocie o no al marcador genético de la espondiloartropatía (HLA-B27).
- el intestino si se asocia con la enfermedad **inflamatoria intestinal**.
- Y además tiene un componente de **enfermedad multisistémica**, con presencia frecuente de diversas comorbilidades entre las que destacan las integrantes de lo que denominamos el síndrome metabólico (tendencia a la obesidad, la hipertensión, la resistencia a la insulina o diabetes y la dislipemia), lo que comporta un aumento del riesgo cardiovascular. Todo ello obliga tanto a médicos como a pacientes a estar atentos e intentar controlar estos posibles problemas añadidos.

La presencia de comorbilidades cardiovasculares no sólo se asocia a la presencia y actividad de la psoriasis, a veces se ve

influida también por los tratamientos. En este sentido, es raro que un enfermo que tenga reuma psoriásico no tome antiinflamatorios y todo el mundo sabe que los antiinflamatorios de forma continuada y crónica pueden producir problemas de aumento de presión de la sangre y cardiovasculares en general... Por otro lado, y aunque es poco frecuente, los pacientes a veces toman bajas dosis de corticoides que están asociados a muchas de estas comorbilidades que hemos comentado. Por lo tanto, la prescripción no es una cosa sencilla en esta patología y a veces se necesita un tratamiento específico para cada persona.

¿Cómo se diagnostica la artritis psoriásica? ¿Quién lo ha de sospechar? Primero el paciente que tiene unos síntomas (que sabe que existen) y luego el dermatólogo que es nuestro aliado para la sospecha diagnóstica y manda al paciente al reumatólogo. No hay una prueba específica. No hay un análisis, como por ejemplo, en la artritis reumatoide. La artritis psoriásica no tiene una prueba de laboratorio y/o una radiografía diagnóstica. El diagnóstico es clínico y por esto debe establecerlo el especialista, o sea el reumatólogo. Se trata de

establecer el diagnóstico de una enfermedad crónica, que requiere un tratamiento crónico en general, complejo y en la mayoría de ocasiones individualizado, atendiendo a los síntomas de cada paciente. Es por ello que es capital que lo establezca un experto con amplia experiencia como es el reumatólogo.

Este artículo constituye la primera parte de las dos en que ha sido dividida la conferencia del Dr. Jordi Gratacós, titulada "Influencia de la psoriasis en las articulaciones". En la segunda parte de la ponencia, hablaremos del pronóstico, calidad de vida, tratamientos y consejos prácticos para el paciente de artritis psoriásica.

XVII Jornadas de Psoriasis. Barcelona – mayo 2013.

*Las palabras subrayadas forman parte del glosario de la página 18



Artritis psoriásica: consejos prácticos para mejorar la calidad de vida

Dr. Jordi Gratacós

Reumatólogo del Hospital de Sabadell - Parc Taulí

Este artículo constituye la segunda parte de las dos en que ha sido dividida la conferencia del Dr. Jordi Gratacós, titulada "Influencia de la psoriasis en las articulaciones". En esta ocasión, resumimos el fragmento de la ponencia que profundiza en el pronóstico, la calidad de vida, los tratamientos y que ofrece consejos prácticos para el paciente de artritis psoriásica.

¿Cuál es el pronóstico de la artritis psoriásica?

Depende, fundamentalmente de la extensión y tiempo de evolución en el momento del diagnóstico, aunque también influyen aspectos genéticos. No es lo mismo que la patología aparezca de entrada afectando cuatro o cinco articulaciones y que se acompañe de una gran alteración analítica (aumento de parámetros que miden la actividad inflamatoria), que afecte una sola articulación y sin casi alteración analítica. El segundo factor clave que se debe tener en cuenta es el tiempo de evolución, es decir, la gravedad con la que el enfermo llega a nuestra consulta. El tiempo de evolución es fundamental porque determina una discapacidad mayor, determina la presencia de lesiones, es decir de erosiones y destrucción articular, y determina además una mayor resistencia a los tratamientos. Ante esto, ¿qué podemos hacer nosotros? Acortar el tiempo de evolución, trabajar para que el tiempo que transcurre desde que se presenta la enfermedad hasta que el paciente llega a la consulta sea el menor posible es lo más importante. Sobre la genética no podemos hacer nada hoy en día, pero sí que podemos acortar todo este periodo para reducir lo más posible el impacto sobre el pronóstico final del reuma.

Calidad de vida

¿Cómo afecta la psoriasis a la vida del enfermo? La psoriasis cutánea, por sí sola, ya afecta la calidad de vida del paciente y conlleva una gran impacto psicológico. Si además, se asocia a la artritis psoriásica la calidad de vida empeora claramente. ¿Por qué ocurre? Porque a los aspectos psicológicos asociados a la psoriasis de la piel se añade la discapacidad o la imposibilidad de hacer cosas debido al reuma. Y esta situa-

ción empeora mucho el bienestar del afectado. Ya no hablamos sólo de estética, o de aspectos limitados de movimiento, sino que estamos hablando de un impacto importante en la vida diaria de las personas. En muchos de estos casos, es necesario trabajar de forma multidisciplinar, es



decir, combinando el trabajo de dermatólogos y reumatólogos, para encontrar el mejor tratamiento. Actualmente y dado el carácter multisistémico de la artritis psoriásica, se está empezando a instaurar en algunos centros de referencia unidades multidisciplinarias especializadas (que incluyen dermatólogos y reumatólogos), sin embargo y a fin de obtener el máximo rendimiento de las mismas, es aconsejable reservar este tipo de actuación a los casos que más lo necesitan, a las que están más graves. En la mayoría de casos sin embargo, este tipo de actuación no es necesario y la psoriasis es controlada cómodamente por el dermatólogo y la artritis psoriásica por el reumatólogo sin necesidad de pasar una consulta conjunta.

Tratamientos farmacológicos

¿De qué tratamientos disponemos? Hay dos modalidades básicas: el farmacológico y el no farmacológico. Dentro de los **tratamientos farmacológicos** encontramos:

- **Tratamientos tópicos:** Hay que tener en cuenta que, en la psoriasis cutánea, existen tratamientos tópicos, pero en la artritis psoriásica no. Para la artritis no funciona bien ninguna pomada ni ningún tratamiento de estas características, incluida la fototerapia. De forma que cuando se establece el diagnóstico de una artritis psoriásica hemos de establecer directamente un **tratamiento sistémico**.
- **Los antiinflamatorios** son los medicamentos que se utilizan para tratar el dolor. Se trata de fármacos muy efectivos para el control de los síntomas, y dada su rapidez de acción, son de amplia utilidad especialmente en las fases iniciales de la enfermedad cuando se requiere un alivio rápido.

- **Tratamientos modificadores de la enfermedad** son los que no tienen un efecto inmediato, pero que en el curso del tiempo frenan la enfermedad y acaban apagándola. Hay de dos tipos: los químicos o clásicos y los biológicos.
 - Los **químicos** más conocidos son el *Metrotexato* y *Arava*. ¿Por qué estos dos? Porque actúan bien sobre la artritis y sobre la piel especialmente el metrotexato.
 - Los **biológicos**, que utilizamos en los casos que no responden a los fármacos anteriores. En el tratamiento de la artritis psoriásica existen, a día de hoy, dos dianas terapéuticas (el TNF y la IL- 12/23) aprobadas para su uso en práctica clínica. El TNF alfa y la IL-12-/23 son mediadores de inflamación secretados localmente en el proceso inflamatorio de la Psoriasis y artritis psoriásica. El bloqueo de estos mediadores por anticuerpos específicos supone la disminución de la actividad inflamatoria y la mejora de las lesiones psoriáticas. Aunque para la artritis sólo dispongamos de fármacos bloqueadores del TNF alfa, existen datos también de que los bloqueadores de IL-17 funcionan bien, por lo que se espera poder disponer de ellos en un futuro próximo. Disponer de varias moléculas diferentes es importante pues no todos los pacientes responden a anti-TNF y además existen pacientes que no toleran o que tienen contraindicaciones a los anti-TNF. Esto es especialmente importante cuando hablamos de unos tratamientos que desgraciadamente pueden ser muy prolongados y en ocasiones la enfermedad acaba adquiriendo resistencia al tratamiento.

Tratamientos no farmacológicos, terapias alternativas

¿Hay una medicina alternativa o complementaria para la artritis psoriásica? Es una pregunta muy frecuente de los pacientes, ya que piensan que es un área en la que ellos pueden hacer alguna cosa, mientras que la farmacológica ya la dejan en nuestras manos. La respuesta a esta pregunta desgraciadamente es que no hay nada que se haya demostrado que funcione. A pesar de ello, el uso de terapias alternativas está muy extendido, en la población en general. En una encuesta en Estados Unidos, que en general son muy amantes de las vitaminas, el 90% de los encuestados tomaban algo por si acaso. De este 90%, una tercera parte iban a especialistas de medicina alternativa o complementaria, homeópatas, etc... Aunque no está demostrado que funcionen, posiblemente estos pacientes recurran a estas terapias porque la medicina convencional y tradicional no solucionaba suficientemente bien lo que tenía el paciente. Por otro lado, un 70% aseguraba que hacía algún tipo de dieta o algún tipo de restricción alimentaria porque creía que le iba bien para la artritis y para

la psoriasis, cuando en realidad, en el caso de la artritis no está demostrado que ninguna dieta funcione.

Recomendaciones sobre medidas complementarias al tratamiento con fármacos:

- Las clásicas **dietas de aceite de pescado**, lo que se llama la dieta rica en ácidos grasos Delta-Omega3, el té verde o los complementos vitamínicos. Todos ellos son antioxidantes y tienen un cierto componente antiinflamatorio pequeño. Aunque no se puede combatir una verdadera artritis psoriásica con ellos, no existe ninguna contraindicación que obligue al médico a restringir su uso, al contrario pueden ser incluso ligeramente beneficiosos y ayudar un poco al tratamiento farmacológico convencional dado su pequeño efecto antiinflamatorio.
- No está demostrado que funcionen las **terapias alternativas de hidroterapia y balneoterapia** para la artritis psoriásica, excepto el aspecto psicológico por lo que se refiere a la posible mejora de la calidad de vida. Así pues, no hay constancia de una reducción del proceso inflamatorio, ni de que estas terapias lleguen a frenar la enfermedad.
- Tampoco se ha demostrado la eficacia de la **acupuntura**. Si bien se trata de una técnica que se ha relacionado mucho con su efecto analgésico, no existen datos que demuestren su eficacia en el tratamiento de la artritis psoriásica.



Estas terapias alternativas, pues, no tienen una base científica suficientemente demostrada y es por este motivo que no están incluidas dentro de las posibilidades terapéuticas que ofrece la medicina pública. Aunque algunas de ellas están relacionadas con la mejora de la calidad de vida de los pacientes y por tanto no están contraindicadas.

Consejos psicológicos

Cualquier enfermedad crónica debe ir acompañada de una serie de consejos psicológicos, por parte del especialista que atiende al paciente.

Cuando una persona pasa de estar sana a estar enferma y además a sufrir un reuma que le puede causar una discapacidad y una limitación de su actividad diaria, el impacto psicológi-



co es muy importante. Y por tanto, le hemos de dar apoyo psicológico. Una de las posibles reacciones es la **negación de la enfermedad**, por parte del paciente. En estos casos, nos cuesta mucho controlarla porque el paciente no sabe qué hacer. Lo que nosotros intentamos es tratar simplemente de que el afectado entienda que tiene una enfermedad y que, si sigue las indicaciones de su médico y unos controles adecuados, en la gran mayoría de casos, el paciente mejorará mucho, evitaremos lesiones graves que discapaciten y podrá hacer una vida más o menos normal.

Consejos prácticos

- **Mantener la actividad laboral.** Es aconsejable que la persona que no esté discapacitada o limitada no deje nunca el trabajo porque conseguir la invalidez o estar en el paro no mejora el reuma psoriásico en absoluto. Solamente mejora en los casos en los que el individuo está discapacitado realmente para hacer el trabajo. Así pues, tener una actividad física y mantener la actividad laboral en la medida de lo posible, forma parte del equilibrio psicológico que ha de tener un individuo, sobre todo si es joven y le diagnostican una enfermedad de este tipo.
- **Evitar el sobrepeso y los tipos de trabajos que estén contraindicados.** En cuanto a la dieta, hemos dicho que no existe ninguna con demostrada eficacia contra la artritis psoriásica, pero también sabemos que el sobrepeso se asocia a mayor gravedad de la psoriasis, mayor resistencia al tratamiento y aumento de las enfermedades asociadas del

tipo de diabetes e hipertensión. Por lo tanto, ¿qué se ha de hacer? Pues se debe seguir una dieta adecuada, mediterránea, evitando los excesos y el sobrepeso. No debemos fumar en la medida de lo posible y evitar el alcohol que es incluso peor para la psoriasis cutánea que para la artritis psoriásica. Además el alcohol puede, combinado con determinados fármacos que se utilizan en la artritis psoriásica (Metrotexato), causar inflamación del hígado y esto nos puede dificultar mucho el tratamiento.

- Respecto al **sexo**, no está contraindicado, no es contagioso y practicarlo más o menos no tiene ninguna importancia. La dificultad que puede aparecer es si la artritis afecta alguna articulación que está implicada en el acto sexual, como por ejemplo, las caderas. Por otra parte, tener una enfermedad crónica con afectación cutánea y por tanto de la imagen del paciente, puede asociarse a diferentes grados de depresión y con ello de inhibición del apetito sexual. Mucho menos frecuente, algunos fármacos que se utilizan en la artritis, como el *Metrotexato* y el *Arava*, pueden llegar a causar impotencia a algunos hombres. Se trata, sin embargo, de situaciones excepcionales y siempre que ocurran deben comentarse con el médico antes de suspender el medicamento; ya que lo más probable es que la impotencia sea psicológica, como consecuencia de la enfermedad y de una posible depresión.



- Durante el **embarazo**, ¿hay que tomar algunas precauciones?. No hay ningún problema con quedarse embarazada pero hay que consultarlo con el especialista. El embarazo no agrava el reuma psoriásico, ni lo afecta. Lo que sí que hay que saber es que algunos fármacos como *Metrotexato*, *Arava* y terapia biológica están contraindicados durante el embarazo. El *Metrotexato* y el *Arava* se han asociado con defectos fetales graves y abortos por lo que debemos tomar las medidas preventivas necesarias para evitar el embarazo, durante estos tratamientos. Por otra parte, debemos evitar la gestación durante un brote de artritis psoriásica, pues el



paciente se encuentra mal y muy limitado debido a su artritis, además tal y como hemos comentado en estas situaciones se dificultaría mucho el tratamiento por la imposibilidad de tomar ciertos medicamentos. Tampoco hay que dejar de tener hijos por el miedo a que tengan una artritis psoriásica, ya que dentro de una misma familia, 8 de cada 10 personas, no la van a desarrollar.

- A la hora de **descansar**, es importante que la cama y la silla que usemos sean cómodas.
- **El ejercicio** es importante hacerlo de forma moderada si se puede, para mantener la condición física y la calidad de vida. No hay ningún ejercicio ni deporte contraindicado salvo aquellos que no sean convenientes para algún tipo especial de afectación artrítica. Si una persona, por ejemplo, sufre artritis en la cadera y le ha quedado una cierta lesión, pues no le podemos aconsejar que haga fútbol o

básquet. Le tendremos que aconsejar que haga bicicleta o natación. Pero no hay ninguna contraindicación específica a ningún deporte.

En resumen, se ha de adecuar siempre la dieta tal como hemos dicho, evitar el dolor, hacer ejercicio aeróbico moderado y llevar costumbres sanas y no hemos de hacer nada más destacable.

Este artículo constituye la segunda parte de las dos en que ha sido dividida la conferencia del Dr. Jordi Gratacós, titulada "Influencia de la psoriasis en las articulaciones". En la primera parte de la ponencia, publicada en la revista Psoriasis nº 74, hablamos de qué es la artritis psoriásica, sus causas, síntomas y de la importancia del diagnóstico precoz.

XVII Jornadas de Psoriasis. Barcelona – mayo 2013.

* Las palabras subrayadas forman parte del glosario de la página 18

ACCIÓN PSORIASIS ESTÁ PRESENTE EN LAS REDES SOCIALES.

¡SÍGUENOS EN FACEBOOK Y TWITTER!



Página en Facebook:
<https://www.facebook.com/AccionPsoriasis>



Página en Twitter:
[@accionpsoriasis](https://twitter.com/#!/accionpsoriasis)

