

Artrosi i psoriasi

Dra. Ingrid Möller,
reumatòloga, directora de l'Institut Poal de
Reumatologia, Barcelona.

L'artrosi és la malaltia articular més freqüent i la causa més important d'incapacitat a la tercera edat al nostre país i en d'altres del món occidental. La seva incidència augmenta amb l'edat.

L'artrosi es pot definir com la degeneració del cartíleg articular. Secundari a aquest efecte, es produeix l'afectació de la membrana sinovial i l'os subcondral (os en contacte amb el cartíleg), així com la formació d'os nou en els marges de les superfícies de l'articulació. Es tracta d'una patologia que provoca dolor i incapacitat funcional i pot afectar una o més articulacions. Està fortament vinculada a l'edat amb un màxim entre els 50 i 60 anys amb predilecció pels genolls, articulacions de les mans, maluc i petites articulacions de la columna. Tot i així, pot donar-se a qualsevol articulació i pot afectar una o més articulacions (poliartrosi). El seu origen és desconegut i la seva evolució lenta. En ocasions pot presentar períodes d'estabilitat que duren anys, tot i que també pot tenir una progressió ràpida. El tractament de l'artrosi es basa fonamentalment, fins fa poc, en analgèsics i antiinflamatoris. Actualment, gràcies a la investigació realitzada dins d'aquesta àrea, han sorgit nous productes més específics per al tractament d'aquesta patologia, que en conjunt es denominen fàrmacs d'acció simptomàtica lenta. Es caracteritzen per tenir un inici de l'efecte més lent que els analgèsics o antiinflamatoris clàssics però una eficàcia similar a la d'aquests productes i un possible efecte beneficiós a nivell del cartíleg, amb l'avantatge d'una millor tolerància, donada la seva absència d'efectes adversos. Entre aquests fàrmacs trobem el condroitín sulfat, el sulfat de glucosamina i l'àcid hialurònic.

D'altra banda, la psoriasi és una malaltia cutània de caràcter inflamatori, generalment de curs crònic i recurrent que es caracteritza per

l'activació dels queratinòcits (cèl·lules de l'epidermis), acompanyada d'inflamació de grau variable. L'edat d'aparició de la malaltia presenta dos pics: un, abans dels 40 anys, que generalment és més intens i clarament de tipus familiar (tipus I) i un altre, als 55-60 anys (tipus II). La seva causa és desconeguda encara que es creu que és multifactorial, amb la participació de factors genètics (30%), neurogens i immunològics. També s'han descrit factors desencade-

...vinculada a l'edat amb un màxim entre els 50 i 60 anys amb predilecció pels genolls...

nants externs com traumatismes, infeccions o l'administració de certs fàrmacs: sals de liti, antiinflamatoris, interferó alfa-blocadors, beta-blocadors, anti-palúdics i supressió del tractament amb esteroides. La psoriasi més comuna, anomenada en plaques o vulgaris, es caracteritza per l'aparició de plaques vermelloses que en ocasions poden presentar descamació. Les zones més afectades són: cuir cabellut, colzes, genolls i regió lumbosacra.

No existeix cap relació entre l'artrosi i la psoriasi i, tot i que poden donar-se de manera simultània, es tracta de patologies completament independents. L'artrosi tampoc no té cap relació amb l'artritis psoriàsica, una malaltia inflamatòria crònica de les articulacions que es presenta en alguns malalts psoriàsics. Arran de la utilització de condroitín sulfat en pacients artròsics, es va observar que alguns pacients que simultàniament també tenien psoriasi presentaven una gran millora de les lesions cutànies als pocs dies d'iniciar el tractament. Donada aquesta observació inesperada, es decidí fer el seguiment de 3 pacients pels quals es sol·licità una consulta al dermatòleg de manera paral·lela al control reumatològic i se'ls va practicar un examen histopatològic. Després de 2 mesos de tractament amb condroitín sulfat s'observà, a part d'una millora del dolor i la funció articular, una significativa millora

clínica de la psoriasi amb sensació de benestar a la pell, notable augment de la hidratació de les lesions, disminució de la vermellor i la sensació de cremor, menor descamació, disminució del grau d'activitat de la malaltia i una desaparició pràcticament total de les lesions. Entre 3 i 5 setmanes després de finalitzar el tractament amb condroitín sulfat, tots els pacients van presentar una recaiguda de la psoriasi que tornà a la situació inicial. Aquests resultats s'han descrit en una publicació recent, editada a la revista Medicina Clínica (3). Posteriorment, es realitzà el seguiment d'11 pacients amb els quals s'observaren els mateixos resultats, descrits a la revista Dermatology Online Journal (4).

En general, els tractaments actualment disponibles per a la psoriasi, tant si es tracta de productes administrats per via tòpica o oral, no estan exempts de toxicitat. Adicionalment, els pacients que pateixen artrosi i psoriasi de manera concomitant presenten la problemàtica addicional que el tractament de la patologia artròsica amb antiinflamatoris i analgèsics



pot agreujar la condició psoriàsica. Per aquest motiu, els pacients afectats per les dues patologies són especialment vulnerables al tractament escollit.

Amb la realització de futurs assaigs clínics, es podrà arribar a confirmar de manera definitiva l'eficàcia del condroitín sulfat en pacients amb psoriasi i determinar si el producte pot aportar avantatges a nivell clínic i especialment a nivell de tolerabilitat del tractament, tan necessàries en aquests pacients.