

11228.  
209  
146

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR # 1

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
ARTRITIS SERONEGATIVAS

TESIS RECEPTACIONAL  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A  
DR. ADRIAN ISMAEL LEAL ESTEVEZ  
CULIACAN, SIN., ENERO 1984

**TESIS CON  
PALA FRASE ORIGINAL**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

CAPITULO I	Página
Introducción .....	1
Justificación .....	2
Hipótesis .....	3
Objetivos .....	3
CAPITULO II	
Generalidades .....	4
CAPITULO III	
Material y métodos .....	6
CAPITULO IV	
Resultados .....	11
CAPITULO V	
Discusión y comentarios .....	36
CAPITULO VI	
Resúmen y conclusiones .....	44
CAPITULO VII	
Bibliografía .....	45

## I. INTRODUCCION.

- I. 1 Las enfermedades reumáticas representan aproximadamente el 6% de la consulta general del médico familiar - (9), y significa el 25% del total de las incapacidades otorgadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social. No obstante el elevado costo laboral y económico de los recursos de que disponemos para el manejo de estos pacientes, son canalizados inadecuadamente.

En general, podríamos señalar, en la convicción de -- que esto es un acuerdo común, que la enseñanza médica en nuestro país adolece de una formación humanitaria que incluya y proteja al anciano y al incapacitado; -- así como la deficiencia de instrucción y elementos -- técnicos para ayudarlos.

La reumatología y los pacientes reumáticos, son parte de este hecho. Manejamos conceptos erróneos, que mal llamamos " perfil reumático ", " artritis reumatoidea degenerativa ", " gota reumatoidea ", etc., y sin embargo, " el paciente siempre tiene la razón ", y entre el enfermo y el no saber reconocer la enfermedad, existe un tratamiento equivocado.

En vista de que el campo de la reumatología es amplio quisimos abordar uno específico; y seguramente mucho mas frecuente de lo que en este estudio parece; que -- es el de las denominadas hasta hace poco tiempo atrás " Artritis seronegativas ".

En la actualidad, la comprensión de estas enfermedades tiene un poco más de luz; pero siempre, ante toda

luz nacen nuevas sombras; de tal manera que el entendimiento de éste grupo de enfermedades continúa siendo muy parcial, y en una gran cantidad, muy empírico

El objetivo práctico de este trabajo radica en utilizar la experiencia obtenida de este grupo de pacientes, y en ponderar la acción del médico en cuanto a modificar el pronóstico, reconocer el inicio del padecimiento, limitar la agresión medicamentosa innecesaria, y esperar la evolución natural del padecimiento, limitando el daño.

Como la acción inicial la ejerce el médico familiar, a ellos dedicamos éste estudio.

## I.2 JUSTIFICACION.

Reconociendo las limitaciones que en nuestro medio nos son propias, debemos aguzar nuestra suspicacia clínica. Como es bien reconocido, en las enfermedades a que hemos hecho referencia, el cortejo sintomático en la mayoría de las veces, no es simultáneo, lo que viene a dificultar más el diagnóstico; en otros casos, no contamos con la tecnología elemental (Gamagramas, determinación de HLA - B27, cultivos especiales, etc.) para hacer el diagnóstico de estos padecimientos.

El seguimiento de estos pacientes nos ha mostrado algunos que no encajan con las descripciones clínicas que hemos señalado. Por ese motivo nosotros decidimos investigar nuestra propia experiencia, através de nuestros propios recursos y, separar a estos pacientes desde: a). La forma de inicio; b). la evolución

ón; c). la respuesta al tratamiento. Y de esta manera, ofrecer un programa de enfoque diagnóstico y terapéutico para el primero y segundo nivel de atención médica.

### I.3 HIPOTESIS DE TRABAJO.

Alternativa: " Las artritis seronegativas se comportan clínicamente diferentes entre sí, y es posible la existencia de un grupo no identificado,

### I.4 OBJETIVOS.

General: Reconocer y tratar adecuadamente a las artritis seronegativas.

Intermedios: a). Reconocer clínicamente en forma -- precóz a las artritis seronegativas.

b). Determinar si alguna de las artritis seronegativas es diferente a las que se reconocen actualmente.

c). Establecer la conducta de identificación, pronóstico y tratamiento que debe seguir el médico familiar en este grupo de enfermedades, así como el protocolo de estudio para éstos.

## II. GENERALIDADES.

La artritis reumatoide es una enfermedad de reconocimiento relativamente reciente, misterioso, y de un -- curso caprichoso; que en la actualidad nos hace pensar que sea mas bien un grupo de padecimientos, que una - sola enfermedad a la que convencionalmente hemos dado por denominar con ese nombre (1). El reconocer la - reacción que hace la Ig M de estos pacientes, contra la fracción FC de sus propias Ig G. esto es, el fac-- tor reumatoide; significó un gran avance y, de alguna manera se pensó que era más marcada, diagnósticamente útil para identificar estos pacientes; sin embargo, - un número cada vez mas creciente de pacientes con sín tomas articulares parecidos a la Artritis Reumatoide ( AR ), pero de un comportamiento diferente, han sido separados por la característica de ser serológicamente negativos a la presencia del Factor Reumatoide ( F R ), y por éste motivo se les llama artritis seroneg<sup>u</sup>ativas. Dentro de las que en la actualidad se reconocen: El S. de Reiter, la artritis psoriásica, la CUCI la enfermedad de Crön, la enfermedad de Whipple, la - de Behcet, la espondilitis anquilosante idiopática -- (2), e incluso algunas otras formas secundarias a enteropatías, como la artritis posterior a bypass intes<sup>u</sup>tinal y las artritis denominadas reactivas; conside-- rando que son producidas por reacciones de inmunidad ante la presencia de un estímulo antigénico bacteriano, como sería la FR, gonorrea, Brucella melitensis, Shigella flexneri, Salmonelosis, Yersiniosis y Chlam<sup>u</sup>idia (4).

Estos pacientes comparten ciertas características generales, como son: Ausencia de FR y de nódulos subcu<sup>u</sup>táneos, artritis periférica, sacroileítis con o sin -

espondilitis anquilosante, manifestaciones cutáneas en piel, uñas; inflamación ocular; lesiones genitourinarias, de mucosa oral, eritema nodoso, tromboflebitis, entre muchas otras (2).

Y en algunos casos, la fuerte asociación con antígeno de superficie celular HLA - B 27; considerado en la actualidad como un factor de riesgo importante para padecer alguna de estas enfermedades (5).

El estudio clínico sistematizado de un amplio número de pacientes con artritis seronegativas (6), ha permitido distinguir con claridad el comportamiento de varios grupos distintos y diferentes entre sí.

En base a ello se ha hecho posible establecer criterios diagnósticos, como los ampliamente reconocidos criterios de New York para la espondilitis anquilosante; criterios preliminares para el síndrome de Reiter (7); para la artritis psoriásica (8).

En otros padecimientos no conocemos que se hayan hecho intentos de esta naturaleza, aunque el cuadro, a pesar de lo amplio, puede ser en cierta forma característico; como la presencia de artritis y úlceras orogenitales en la enfermedad de Behcet.

El estudio clínico de la reumatología ha ido ampliando el conocimiento de nuevas entidades nosológicas, como las ya referidas artritis reactivas; sin embargo, el desconocimiento etiológico de estos padecimientos, hace que un buen número de pacientes permanezcan ante nuestros ojos clínicos como un misterio.

### III. MATERIAL Y METODOS.

III.1 Universo de trabajo. Estudiamos al azar simple - un número progresivo de pacientes que acudieron a la consulta externa de Reumatología, los días martes y viernes, con las siguientes características: Evolución de la enfermedad por más de seis meses, FR negativo, mayores de 16 años de edad.

III.2 Límites de tiempo. Del 14 de junio al 29 de noviembre de 1983.

III.3 Area geográfica. Consultorio de consulta externa de reumatología, HGZ c/ med. fam. NO 1 I.M.S.S. - Culiacán, Sin.

III.4 Estudio retrospectivo.

III.5 Proceso de muestreo: Azar simple, aplicación de - cédulas de encuesta y control, revisión de expediente clínico, radiográfico y del paciente en forma sucesiva.

III.6 Sistemas de medición. Cédulas de encuesta y control ( se anexa, así como hoja del significado de claves utilizadas ).

En vista de que la cantidad de pacientes estudiados fué pequeña, consideramos que no ameritaba -- tratamiento estadístico; y para tener un marco de referencia equivalente, decidimos las cifras en - términos porcentuales.

III.7 Desarrollo y ejecución. Se efectuaron revisiones retrospectivas de la evolución, en el expediente clínico y radiográfico a intervalos de 3, 6, y 9 meses; con la finalidad de apreciar dinámicamente el comportamiento clínico de estos pacientes.

En todos los casos la evolución del padecimiento debía tener como mínimo 6 meses, además exámenes de rutina, FR, eritrosedimentación globular, radiografías de sacroilíacas, columna, talones, y de - las articulaciones sintomáticas.

Empleamos para su diagnóstico, los criterios reconocidos tradicionalmente. Para el S. de Reiter, la asociación de artritis, uretritis y conjuntivitis. Para la espondilitis anquilosante, los criterios de New York; para la artritis psoriásica, la inflamación articular precedida o sucedida de enfermedad psoriásica en piel; y los casos de artritis enteropática, diagnosticados con estudios contrastados y biopsia.

Los pacientes fueron estudiados con una sistematización similar, adecuándose por supuesto, los protocolos a la naturaleza de cada padecimiento. En general, en todos se efectuó BHC, EGO, QS, titulación de FR, y VSG de control; y en algunos casos, citoquímico de líquido sinovial, en algunos otros determinación de HLA - B 27; en todos los casos - se efectuaron radiografías de columna y sacroilíacas en algún momento de su estudio y/o evolución; cuyos resultados fueron útiles para el diagnóstico, y en función de ello lo apoyan. Algunos de estos estudios no fueron localizados, por lo que este parámetro será evaluado en forma parcial.

CEDULA DE ENCUESTA Y CONTROL

artritis seronegativas				fecha	
nombre	sexo	edad	edo civil	ocupación	
Dx. inicial		Dx. actual		tiempo de evól.	
patrón de afección	inicial	1a. vez	6 meses	12 meses	
articulaciones afectadas y duración del ataque articular					
AA. T.M. Car.					
Hbro. CCrv. Codo					
Mñca. MCF. IFP.					
Clmb. Sls. CXF.					
Rdij. Tbl. MTF.					
IFD. E.C. Acvr.					
Otras:					
simetría					
cambios radiológicos					
rigidez matinal					
nódulos subcutáneos					
entesopatía perif.					
afección ocular					
lesión de mucosas					
oral genital					
lesión cutánea					
anexos					
atrofia muscular					
cardiopulmonar					
digestivo, aparato					
enf. intercurrente					
exs. de laboratorio					
Química sanguínea					
general de orina					
citología hemática					

GEDULA DE ENCUESTA Y CONTROL (reverso)

Vel. Sed. Globular.				
Citoquímico L.S.				
aspecto				
coágulo de mucina				
glucosa				
proteínas				
celularidad				
observ. directa				
cultivos				
HLA - B 27				
Gamagrafía				
Dx Radiológico:				
Tratamiento:				
medicamentos				
dosis				
tiempo de admón.				
Resultados:				
Clase Funcional				
Artics. afectadas				
V. S. G.				
Procedimientos especiales				
Secuelas				
Observaciones				

#### SIGNIFICADO DE SIGLAS UTILIZADAS

A.R.	Artritis Reumatoide
F.R.	Factor reumatoide
A.A.	Atlantoaxoidea
Car	Cricoaritenoidea
Hbro	Hombro
E.C.	Esternoclavicular
Avcr	Acromioclavicular
CCrv	Columna cervical
Mñca	Muñeca
MCF	Metacarpofalángicas
IFP	Interfalángicas proximales
IFD	Interfalángicas distales
CLmb	Columna lumbar
S.Is	Sacroiliacas
CXF	Coxofemoral
Rd11	Rodillas
MTF	Metatarsofalángicas
Tb11	Tobillos
T.M.	Temporomaxilar

#### IV. RESULTADOS.

Por definición, todos los pacientes tienen FR negativo.

En forma global, se observó predominio del sexo masculino en proporción de 3:1, ampliándose más esta diferencia en la espondilitis anquilosante, y en un grupo al que optamos por denominar "Artritis seronegativas no identificadas ( ASNI )".

La mayoría de los pacientes se ubican en el grupo de edad de 16 a 25 años, y fueron solamente tres por encima de los 55 años. - Después de los 35 años solo se encontró un solo caso de Reiter; situación que no se observó en los otros padecimientos ( vease - cuadro 1 ).

Se revisó la ocupación de los pacientes no encontrándose algún - oficio que fuera predominante en una o más de las enfermedades - descritas. En forma general, hubo siete estudiantes, cinco trabajadores del campo; hubo otros como albañiles, oficinistas, -- amas de casa e incluso pensionados.

Este aspecto no es valorable, dado que la población derechohabiente del Instituto donde se hizo éste estudio, son trabajadores del campo u obreros en su mayoría; lo que en cierta manera inclina hacia estos oficios la predominancia de estos pacientes.

Finalmente, analizamos en forma global la duración del patrón de afección articular que hemos desglosado anteriormente, y podemos señalar que en el caso del Síndrome de Reiter y las ASNI, el patrón de afección articular fué en brotes episódicos, cuyo promedio de duración fué de 13.5 y 11 semanas respectivamente. Al - término del estudio se apreció que con tratamiento, la duración del ataque articular fué en promedio, de 4 semanas ( vease cua-- dro 2 ).

La espondilitis anquilosante tiene un patrón de afección mas prolongado, que también tiende a disminuir, aunque menos notablemente que los mencionados anteriormente.

Sucede algo similar con la artritis enteropática, y no sufre grandes modificaciones la artritis psoriásica.

Siendo en general, afección de tipo oligoarticular.

CUADRO 1

ARTRITIS SERONEGATIVAS POR EDAD Y SEXO. IMSS. CLN., 1983

años de edad	reiter.		e anquilos		a. psoriás		a. enterop.		a. s. n. i.		total
	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	ambos sexos
16 - 25	2	1	3	1	1		1		3	1	1 3
26 - 35	2	1	1			1			3		6
36 - 45	1					1	1			1	4
46 - 55			2		1				2		5
56 - 65			1		1			1			3
TOTAL	5	2	7	1	3	2	2	1	8	2	3 3

CUADRO 2

ARTRITIS SERONEGATIVAS, DURACION DEL ATAQUE ARTICULAR EN SEMANAS POR No. DE PACIENTES.  
IMSS. CLN, 1983.

artritis seroneg.	rango (sem).		promedio (sem).		nº pac.
	inicio	final	inicio	final	
A.S.N.I.	2-20 *	1-8	11	4.5	10
e. anquilosante	4-28	3-16	16	9.5	8
s. de Reiter	3-24	1-4	13.5	2.5	7
a. psoriásica	4-12	1-8 **	8	4.5	5
a. enteropática	3-12	2-8	7.5	5.0	3

\* el rango más amplio fué de 40 sem. en un pac.

\*\* el rango más amplio fué de 12 sem. en un pac.

## ARTRITIS ENTEROPATICA

Solo tuvimos acceso a tres pacientes con artritis enteropática; situación que explicamos de la siguiente manera: Por un lado, la baja prevalencia de la enfermedad, y por otro lado, a que estos pacientes en la mayoría de los casos son referidos por los servicios de gastroenterología; donde se les detecta, y en estos tres casos lo notable fué que en todos se localizaron por afección articular; y el estudio posterior condujo al diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.

Entre las manifestaciones extraarticulares que se encontraron, es de hacerse notar que en todos hubo síntomas digestivos, dos con síndrome disenteriforme y otro con síndrome diarreico; alguno con anemia megaloblástica; y en un caso, reacción positiva a antígeno "O" de Salmonella typhi. Otras manifestaciones fueron queratodermia y foliculitis ( vease cuadro 3 ).

En todos los casos hubo simetría de la inflamación articular al inicio del padecimiento, y continuó igual hasta el final del estudio; afectando codos, rodillas y muñecas. En dos de los tres pacientes se afectaron pequeñas articulaciones de manos - MCF e IFP - ( vease cuadro 4 ).

En uno de los pacientes se observó como secuelas: Hipotrofia de interóseos, desviación cubital. Otro paciente aún continúa con cuadro enteral activo (CUCI) y con requerimientos esteroideos para mantener su función articular ( vease cuadro 5 ).

CUADRO 3

ARTRITIS ENTEROPATICA, MANIFESTACIONES CLINICAS POR PACIENTES. IMSS. CLN., 1983.  
(3 CASOS).

manifestaciones	nº pac	porcentaje
síndrome disenteriforme	2	66.6
síndrome urinario bajo	2	66.6
diarrea inespecífica	1	33.3
reacción positiva a antígeno "O" S. Tiphj	1	33.3
foliculitis	1	33.3
queratodermia	1	33.3
anemia megaloblástica	1	33.3

se omite el total, ya que los pacientes presentaron una o varias manifestaciones extraarticulares.

CUADRO 4

A. ENTEROPATICA, SIMETRIA DE LA AFECION ARTICULAR. (3CASOS). IMSS. CLN., 1983.

articulaciones	simetría %o inicial		simetría %o final	
	si	no	si	no
MAYORES:				
rodillas	33.3	33.3	33.3	
tobillos			33.3	
codos	33.3			
hombros			33.3	
muñecas	33.3	33.3	33.3	
col. lumbar			33.3	
MENORES:				
MCF		66.6		
MTF		33.3		33.3
IFP		66.6		

CUADRO 5

ARTRITIS ENTEROPATICA. SECUELAS POR PA  
CIENTES. IMSS. CLN, 1983. ( 3 CASOS ).

secuelas	nº pac.	porcentaje
hipotrofia cuadriceps *	1	33.3
desviación cubital *	1	33.3

\* es un solo paciente con 2 secuelas.

## ARTRITIS PSORIÁSICA

Detectamos cinco pacientes, observándose que en tres de ellos se inició primero la afección cutánea, correspondiendo al 60% de los casos en el 40% restante, la manifestación inicial fué la artritis. Cabe mencionar que uno de los casos se manifestó como monartritis en una rodilla, lo cual resultó un reto diagnóstico.

Entre las manifestaciones extraarticulares de la artritis psoriásica por definición, todas tuvieron enfermedad cutánea, en un caso se observó parotiditis aguda; y en otro caso, síndrome urinario bajo ( - vease cuadro 6 ).

Analizado de acuerdo al tipo de articulaciones afectadas, las mas - frecuentemente afectadas fueron: Rodillas, tobillos, muñecas, IFP, MCF, y en un caso la TM.

Mientras que al inicio hubo simetría en la afección de articulacio-- nes mayores, al final solo lo hubo en muñecas en el 60% de los casos ( vease cuadro 7 ).

De tal manera que en nuestra población, de entre las variedades clí-- nicas de artritis psoriásica, la forma mas frecuentemente observada fué oligoartricular y asimétrica; y por otro lado, es la que se reporta con mayor frecuencia.

Como señalamos anteriormente, la forma que predominó fué la oligoar-- ticular. En esta forma, la severidad de las secuelas son menores, - por supuesto, que en la artritis mutilans o en la espondilitis pso-- riásica, o en la forma severa similar a la AR; de tal manera que en nuestro grupo de pacientes, las secuelas fueron mínimas y dos no tu-- vieron ( vease cuadro 8 ).

CUADRO 6

ARTRITIS PSORIASICA, MANIFESTACIONES CLINICAS POR PACIENTES. IMSS. CLN., 1983.  
( 5 CASOS )

manifestaciones	nº pac.	porcentaje
psoriasis	5	100
síndrome urinario bajo	1	20
parotidítis aguda	1	20

se omite el total, ya que los pacies. presentaron una o varias manifestaciones extra-artic.

CUADRO 7

SIMETRIA DE LA AFECCION ARTICULAR EN LA ARTRITIS PSORIASICA. IMSS. CLN., 1983. ( 5 CASOS ).

articulaciones	simetría %o inicial		simetría %o final	
	si	no	si	no
MAYORES:				
rodillas	60	40	20	20
tobillos	40	20	20	20
codos	20	20		
muñecas	40	20		60
columna lumb				20
CX F		20		
MENORES:				
MCF				20
MTF		40		20
IFP		40		
T.M.		20		
TALALGIA		20		

CUADRO 6

ARTRITIS PSORIASICA. SECUELAS POR PACIENTES. IMSS. CLN, 1963. ( 5 CASOS ).

secuelas	nº pac.	porcentaje
luxación irreduct MCF	1	20
hipotrofia de brazos *	1	20
contractura de brazos*	1	20
hipotrofia del cuádriceps	1	20

\* es un solo paciente con 2 secuelas.

2 pacientes no presentaron secuelas.

## SINDROME DE REITER

Se acumularon siete pacientes con este padecimiento. Aproximadamente la mitad de todos ellos tuvieron espondilitis, artritis en rodillas y tobillos. En este grupo, mas de la mitad tuvieron afección de MTF e IFP. Al inicio fué más frecuente la rigidez, pero en ningún caso superó al 50% de los casos. Un dato sobresaliente fué la talalgia en el 57% de los casos, la cual persistió en el 42% al final del estudio ( vease cuadro 10 ).

Este grupo es especialmente ilustrativo en cuanto a su patrón articular, dado que afectando la columna lumbar y articulaciones mayores; particularmente también afecta articulaciones menores, predominantemente del pié; datos valiosos para el diagnóstico, que aumentan la importancia si se añaden a la gran cantidad de manifestaciones extraarticulares del padecimiento; en las que predomina la conjuntivitis, uretritis, y las manifestaciones mucocutáneas ( vease cuadro 9 ).

Seguramente nuestra exactitud diagnóstica aumentaría si investigáramos en forma intencionada la cervicitis en la mujer, o la uretritis en el hombre; através de procedimientos ordenados, según Willkens<sup>7</sup>

Este grupo de pacientes es notable por la escasa severidad de sus secuelas y la rareza de las mismas ( vease cuadro 11 ).

SINDROME DE REITER, MANIFESTACIONES CLINICAS  
 POR PACIENTES. (7 CASOS) IMSS. CLN., 1983.

manifestaciones	nº pac.	porcentaje
conjuntivitis	4	57.1
uretritis	4	57.1
balanitis circinata	3	42.8
síndrome urinario bajo	2	28.5
vulvitis	1	14.2
cervicitis	1	14.2
blenorragia	1	14.2
queratodermia	1	14.2
blefaritis	1	14.2
síndrome disenteriforme	1	14.2
parotiditis aguda	1	14.2
sinusitis	1	14.2

se omite el total, ya que los pacientes presenta  
 ron una o varias manifestaciones extraarticulares

CUADRO 10  
 REITER, SIMETRIA DE LA AFECCION ARTICULAR.  
 (7 CASOS) IMSS. CLN., 1983.

articulaciones	simetría % inicial		simetría % final	
	si	no	si	no
<b>MAYORES:</b>				
rodillas	14.2	42.8	14.2	14.2
tobillos	28.5	57.1		42.8
codos	14.2	14.2	14.2	
hombros		28.5	14.2	14.2
muñecas	14.2	14.2	42.8	
columna lumbar		42.8		28.5
col cervical		14.2		
C X F		28.5		
<b>MENORES:</b>				
MCF		28.5		
MTF		57.1		14.2
I.F.P.		57.1		14.2
A Axoidea		14.2		
T. M.		14.2		14.2
Esternoclavi cular				14.2
TALALGIA		57.1		42.8

CUADRO 11

SINDROME DE REITER. SECUELAS POR  
PACIENTES. IMSS. CLN, 1983. (7 CASOS).

secuelas	nº pac.	%
hipotrofia del cuádriceps $\Delta$	2	28.5
deformidad IFP	1	14.2
contractura de brazos *	1	14.2
limitación movs de muñecas *	1	14.2
luxación MTF	1	14.2
dedos husiformes $\Delta$	1	14.2

se omite el total, ya que 5 pacientes  
presentaron una o dos secuelas.

$\Delta$  \* un paciente con 2 secuelas.

dos pacientes no presentaron sec.

## ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Ocho pacientes tuvieron esta afección. El 25% con sacroileítis bi lateral al inicio de la enfermedad, la cual persistió hasta el final del estudio. En el 37.5% de los casos hubo afección de caderas el 87.5% inició con síntomas de dolor y rigidez lumbar ( vease cuadro 13 ).

En los casos en que hubo afección articular periférica, ocurrió en articulaciones mayores; solo en un caso se afectaron tobillos, y en ningún caso se afectaron articulaciones menores.

Las manifestaciones clínicas extraarticulares mas sobresalientes -- fueron: blenorragia, conjuntivitis, balanitis circinata, uveítis y urolitiasis. Lo anterior, en un franco cuadro clínico de espondilitis anquilosante ( vease cuadro 12 ).

Las secuelas en este grupo fueron mas importantes. El 50% de los casos tuvo anquilosis lumbar, el 37.5% afección en caderas, y el 25% con afección de columna cervical ( vease cuadro 14 ).

Desde el punto de vista articular, este grupo representa el peor -- pronóstico, ya que las secuelas se hacen manifiestas a partir de -- los siete años de iniciada la enfermedad.

CUADRO 1 2

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, MANIFESTACIONES CLINICAS POR PACIENTES\* IMSS. 1983

manifestaciones	nº pac,	porcentaje
blenorragia	3	37.5
conjuntivitis	3	37.5
uveítis	1	12.5
urolitiasis	1	12.5
balanitis circinata	1	12.5

se omite el total, ya que los pacientes presentaron una o varias manifs extra articulares.

\* 8 CASOS

CUADRO 1 3

SIMETRIA DE LA AFECCION ARTICULAR EN LA E. ANQUILOSANTE, IMSS. CLN., 1983.

articulaciones	simetría %o inicial		simetría %o final	
	si	no	si	no
MAYORES:				
rodillas	25	25		12.5
tobillos	12.5			
codos		25		
hombros	25	12.5		
muñecas	25			
CXF		25		37.5
columna lumb		87.5		75.0
col cervical				25.0
sacroiliacas	25	12.5	100	
MENORES:				
A-Axoidea		12.5		
TALALGIA	12.5	12.5		

CUADRO 14

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. SECUELAS

POR PACIENTES, IMSS. CLN, 1983 (6 CASOS)

secuelas	nº pac.	porcentaje
ánquilosis lumbar * Δ	4	50
ánquilosis cervical Δ	2	25
limitación movimiento de rotación de la cadera*	3	37.5
hipotrofia del cuádriceps (musc.)	1	12.5

-se omite el total, ya que los 7 pacientes  
presentaron una o dos secuelas.

\* 2 pacientes con las mismas secuelas.

Δ 1 paciente con 2 secuelas.

## ARTRITIS SERONEGATIVAS NO IDENTIFICADAS

Tal vez, en función de la limitación de recursos materiales y el tiempo de que disponemos, no se pudo estudiar bacteriológica, gamagráfica o endoscópicamente; ni mediante la determinación de antígenos de histocompatibilidad (HLA - B27), a un grupo de pacientes que decidimos denominar ASNI.

Fueron diez pacientes con características en cierta forma compartidas con la espondilitis anquilosante y el S. de Reiter; pero que no satisficieron los criterios diagnósticos para estas enfermedades.

Las manifestaciones extraarticulares, fundamentalmente mucocutáneas, fueron menos notables que en el S. de Reiter, como se puede apreciar (vease cuadro 15).

Notablemente, el patrón de afección articular fué asimétrico en la mayoría de los casos; afectando rodillas y tobillos en forma predominante, tanto al inicio como al final de nuestro estudio.

Como en el Reiter, hubo talalgia en el 50% de los casos, y se afectaron pequeñas articulaciones en forma asimétrica, incluyendo AA, IFP, Car (vease cuadro 16).

Las secuelas fueron en general mínimas, tanto en número como en severidad de las mismas; y en ningún caso comprometen la clase funcional del paciente (vease cuadro 17).

CUADRO 15  
 ARTRITIS SERONEGATIVAS NO IDENTIF, MA-  
 NIF. CLINICAS POR PACIENTE, IMSS. CLN.1983

manif.	no. de pac.	porcentaje
conjuntivitis	6	60
uveítis	4	40
total	10	100

CUADRO 16  
 SIMETRIA DE LA AFECCION ARTICULAR EN LAS ASNI.  
 IMSS. CLN, 1983.

articulaciones	simetría % inicial		simetría % final	
	si	no	si	no
<b>MAYORES :</b>				
rodillas	10	50	10	40
tobillos		30		20
CXF		30		
hombros	10	20		
muñecas	10	20		10
codos		10		
columna lumbar		10		30
c cervical		20		10
<b>MENORES :</b>				
MCF		10		20
MTF		10		20
I.F.P.		30		20
A.A.		40		30
cricoarit.		10		
T.M.		10		20
acromioclavicular		20		10
esternoclavic.		10		
TALALGIA		50		40

CUADRO 17

A.S.N.I., SECUELAS POR PACIENTES.

( 10 CASOS ) IMSS. CLN., 1983.

secuelas	nºpac.	porcentaje
deformidad IFP	2	20
hipotrofia del cuádriceps	2	20
contractura musc. rodillas	1	10
dificultad para hacer "pinza" con la mano	1	10
hipotrofia muscular del brazo y/o antebrazo ( contracturado )	1	10
TOTAL	7	70

Los aspectos radiológicos de estas enfermedades son muy orientadores, y en algunos casos, prácticamente diagnósticos; como lo es el caso de la imagen en caña de bambú de la espondilitis anquilosante, o la imagen algodonosa del calcáneo en el Reiter, o la osteolisis distal en la artritis psoriásica.

Tuvimos acceso a casi todos los expedientes radiológicos de nuestros pacientes, y los resultados se señalan a continuación.

#### ARTRITIS ENTEROPATICA .

De las radiografías revisadas, es notable en estos casos la escasa erosión articular que se presenta; y en la mayoría de los casos, lo que se encuentra es sacroileítis uni o bilateral ( vease cuadro 18 ).

#### ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Uno de los padecimientos mas ilustrativos es la E. anquilosante. En nuestros pacientes, el 87% tuvo cuerpos vertebrales " cuadrados ", un porcentaje similar con sacroileítis en diferentes etapas; ya fuera como ensanchamiento, esclerosis o erosión de la articulación, y en varios casos, fusión articular.

En el 75% de los casos hubo enfermedad coxofemoral; la lesión básicamente al inicio, consistió en disminución concéntrica del espacio articular, erosiones y zonas líticas; esclerosis, osteofitos acetabulares, y finalmente protusión cervical hacia la cavidad pélvica ( pélvis de Otto ). La afección en columna cervical solamente se presentó en un caso, y es notable el hecho de que no hubo, en ningún paciente, afección periférica de articulaciones menores ( vease cuadro 19 )

#### ARTRITIS PSORIASICA

Como hemos mencionado anteriormente, la artritis psoriásica fué de tipo oligoarticular, y como era de esperarse, las secuelas articulares son menos impresionantes que en las otras formas. Se reporta como un hecho muy frecuente, la presencia de osteofitos gruesos y lesiones osteolíticas de los dedos. En nuestros pacientes, el 20% tuvieron enfermedad articular radiológicamente; en ningún caso fué seria ( vease cuadro 20 ).

En este caso la lesión mas comunmente observada fué la esclerosis de sacroiliacas, notablemente unilateral; a diferencia de la sacroileítis bilateral de la espondilitis anquilosante, ( vease cuadro 20 ),

#### SINDROME DE REITER

En este grupo de pacientes encontramos también, calcificaciones en zonas tendinosas, incluso en hombros. Esta afección es común en el Reiter, donde se encuentra habitualmente calcificación equiliana o en la zona de inserción de la fascia plantar. Esta situación no la determinamos con toda fidelidad, dado que, tanto en este como en los otros grupos, las áreas radiográficas valoradas fueron solo las sintomáticas; y en función de nuestra labor asistencial, no podíamos hacer un estudio óseo de búsqueda generalizado. Es notable la presencia de erosiones en pequeñas articulaciones, en forma asimétrica ( - vease cuadro 21 ).

#### ASNI

El grupo que denominamos ASNI presentó notablemente irregularidad en sacroiliacas, unilateral; pero también en un caso, cuerpos vertebrales " cuadrados ".

Y no se detectaron calcificaciones, por lo demás, practicamente no hubo erosiones. (vease cuadro 22 ).

CUADRO 18

ARTRITIS ENTEROPATICA, CAMBIOS RADIOLOGICOS POR  
PACIENTE \* IMSS. CLN., 1983.

cambios radiológicos	nº pac.	porcentaje
esclerosis en Sls.uni o bilateral	2	66.6
osteoporosis yuxtaarticular	1	33.3
erosiones en apófisis estiloides	1	33.3
esclerosis e irreg. en sínfisis púbica	1	33.3
colon espástico, doble contorno, des hilachamiento, floculación.	1	33.3

+ 3 CASOS

CUADRO 19

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, CAMBIOS RADIOLOGICOS  
POR PACIENTE. (8 CASOS) IMSS. CLN., 1983.

cambios radiológicos	nº pac.	porcentaje
cuerpos vertebrales "cuadrados"	7	87.5
Sls.uni o bilateral en diferentes etapas	7	87.5
disminución concéntrica del espacio articular de ambas caderas, erosión, esclerosis, osteoporosis, osteofitos y zonas líticas en cabeza y acetábulo femoral, protrusión cervical hacia pélvis.	6	75.0
imagen quística en la unión de cabeza y cuello femoral	1	12.5
esclerosis e irregularidad en sínfisis púbica	1	12.5
calcificación del ligamento anterior de la columna cervical	1	12.5

CUADRO 20

CAMBIOS RADIOLOGICOS POR PACIENTES. ARTRITIS PSORIASICA. ( 5 CASOS ) IMSS. CLN., 1983.

cambios radiológicos	nº pac.	porcentaje
esclerôsis sacroiliáca unilateral	1	20
irregularidad acetabular	1	20
coxartrosis grado I	1	20
discartrosis lumbar	1	20

CUADRO 21

S. DE REITER, CAMBIOS RADIOLOGICOS POR PACIENTES. 7 CASOS IMSS. CLN., 1983.-

cambios radiológicos	nº pac.	porcentaje
esclerosis sacroiliáca unilat	3	42.8
osteoporosis yuxtaarticular	2	28.5
calcificaciones en IFP/ IFD	2	28.5
calcificación en la inserción del rotador del hombro	1	14.2
erosiones y osteoporosis MTF	1	14.2
cráneo y manos c/ desmielinización	1	14.2

CUADRO 22

A.S.N.I., CAMBIOS RADIOLOGICOS POR PACIENTES 10 CASOS IMSS. CLN., 1983.

cambios radiológicos	nº pac.	porcentaje
irregularidad sacroiliacas unilat	6	60
engrosamiento sinovial MCF	1	10
calcificación IFP	1	10
destrucción MTF c/proliferación algodonosa	1	10
esclerosis prolif. en calcaneo	1	10
cuerpos vertebrales "cuadrados"	1	10
espina osteofítica protub occipital	1	10

Como se puede apreciar en los resultados obtenidos, en términos generales, al final del manejo de estos pacientes se obtiene una buena respuesta que aquí se interpreta a través de la clase funcional; donde vemos que la mayoría de los pacientes se encuentran en CF - I y solamente los de espondilitis anquilosante en clase funcional II en el 37.5% de los casos ( vease cuadro 23 ).

Desgraciadamente, no nos fué posible establecer la CF al inicio del padecimiento, en la mayoría de los casos; porque el paciente ya tenía un cierto tiempo de evolución cuando fué visto por nosotros; - sin embargo, sí es ilustrativo de lo que podemos esperar en cuanto al pronóstico de estos pacientes con el tratamiento adecuado.

CUADRO 23

CLASE FUNCIONAL POR PACIENTES EN LAS  
A. SERONEGATIVAS. IMSS. CLN., 1983.

artritis seronegativas	clase funcional			
	nº pac. <sup>I</sup> o/o	nº pac. <sup>II</sup> o/o	nº pac. <sup>III</sup> o/o	nº pac. <sup>IV</sup> o/o
a. enteropática	3	100		
a. psoriásica	5	100		
e. anquilosante	5	62.5	3	37.5
S. de Reiter	7	100		
A. S. N. I.	10	100		

## V. DISCUSION Y COMENTARIOS.

El descubrimiento del FR por Waaler y Rose en 1940, significó un gran avance para tipificar a un grupo de manifestaciones clínicas inflamatorias, articulares y extraarticulares; que hoy son un apasionante campo de investigación. Asimismo, el FR segregó a un grupo de padecimientos inflamatorios articulares que carecen de este FR; y en ellos tradicionalmente agrupamos una serie de padecimientos que incluyen el Síndrome de Reiter, la espondilitis anquilosante, la artritis psoriásica, la artritis enteropática y las artritis reactivas; bajo el rubro común de Artritis seronegativas (2).

El descubrimiento del sistema de histocompatibilidad, localizado en el cromosoma 6, denominado sistema HLA - B27; ha venido a apartar otro grupo de pacientes que reconocemos en la actualidad como espondilopatías asociadas a HLA -B27, entre las que se incluyen el Reiter y la espondilitis anquilosante.

Un grupo bien reconocido, pero con un cuadro clínico muy diferente a los anteriores, y al parecer menos relacionado a ellos; lo es la artritis en psoriasis, que guarda en la mayoría de los casos una relación temporal e incluso de localización entre la enfermedad cutánea y la articular.

Es ampliamente conocida la relación que existe entre las artritis periféricas y las manifestaciones extraintestinales acompañando a la enfermedad inflamatoria crónica del tubo digestivo; este parece ser un interesante punto coyuntural.

En 1743 se describió la relación entre reumatismo y una epidemia de disentería durante una travesía marina (10).

En la actualidad empezamos a reconocer lo que denominamos "artritis reactivas", en las que se involucran aquellos casos de -

artritis desencadenados por agentes infecciosos como *Gonococo - brucella*; pero fundamentalmente por enterococos tipo *Salmonella Versinia*, *Klebsiella* (4) y *Campylobacter jejuni* (11). Las cepas específicas de esta familia, capaces de producir artropatía parecen estar en interacción con el antígeno HLA - B27, habitualmente presente en mas del 90% de estos pacientes. Al parecer, este antígeno induce una respuesta quimiotáctica aumentada de los polimorfonucleares, ante el contacto simultáneo con antígenos o subproductos bacterianos (12). Se ha reconocido que los antígenos bacterianos de *Klebsiella* tienen efecto linfocito tóxico en los pacientes con Reiter, espondilitis anquilosante y con "artritis asimétrica periférica" con HLA - B27 positivo (13); e incluso se producen anticuerpos tipo Ig A contra *Klebsiella*, y la producción de estos anticuerpos se relaciona directamente con la actividad de la enfermedad (14). Esta relación no es tan acentuada en los pacientes con enfermedad inflamatoria del tubo digestivo, que se asocia menos a espondilopatías, y tiene menos frecuentemente HLA - B27 (15), e incluso, el cuadro clínico es reconocido como diferente de la espondilitis franca observada en la espondilitis anquilosante, y en algunos casos de Reiter. Sin embargo, estas relaciones etiológicas no logran establecer una entidad claramente definida, nosológicamente diferente cada una de cada otra. De hecho, esto ha dado pie a que en forma preliminar se establezcan criterios de diagnóstico como en el caso de la artritis psoriásica (16), en el Reiter (7), y en la espondilitis anquilosante (17).

Ante la incapacidad que tenemos para la tipificación en los casos necesarios, de HLA - B27 o de cultivos bacterianos específicos, o aún de procedimientos de cuyos recursos en un momento dado, resultan de difícil acceso por su gran demanda o por su elevado costo; como son las endoscopías, gamagrafías, etc., tenemos que utilizar nuestra comprensión clínica y el apoyo en los criterios ya establecidos para el diagnóstico de estas enfermedades.

Nuestra práctica habitual nos permitió acumular un grupo de pacientes con alteraciones clínicas en cierta forma compartidas con el S. de Reiter y la espondilitis anquilosante, con afección articular asimétrica; como en la E. anquilosante, afectando articulaciones mayores, pero notablemente afectando pequeñas articulaciones en el 50% de los casos, como en el Reiter. En el 80% hubo afección ocular, pero en ninguno de los casos se completó la triada: Artritis, conjuntivitis, uretritis del Reiter.

Este grupo de pacientes tuvo secuelas mínimas en dos casos, y no requirieron de un tratamiento agresivo.

En general, este grupo de pacientes se diferenció menos del Reiter que de la espondilitis anquilosante, pero fué claramente distinto; tanto en el aspecto clínico como en el manejo de la artritis enteropática y psoriásica. Y no tuvo evidencia de cuadros diarreicos relacionados con su enfermedad; por lo que tampoco se solicitaron cultivos.

La duración del ataque articular, como en el Reiter, en nuestra casuística es de 11 y 13.5 semanas respectivamente, cediendo habitualmente sin dejar secuelas. Probablemente este tipo de artritis pudiera ser una " artritis asimétrica periférica " con HLA - B27 positivo, y con algunas cepas enteropáticas ya mencionadas (13).

Como quiera que sea, en la actualidad es posible separar como entidades nosológicas bien definidas a las artritis secundarias a psoriasis; y a la artritis de las enfermedades inflamatorias del tubo digestivo. Sin embargo, quedan algunas áreas de gravitación y conexión entre las enfermedades del tubo digestivo, el sistema HLA - B27 y las espondilopatías.

Desde el punto de vista práctico, la mayoría de los pacientes, antes de ser estudiados en el servicio de reumatología, carecieron de una adecuada orientación diagnóstica ( vease cuadro 24 ); y salvo - en dos casos de Reiter y dos de artritis psoriásica, en ningún otro se utilizó inmunosupresión.

CUADRO 24

ARTRITIS SERONEGATIVAS, DIAGNOSTICO COM-  
PARATIVO C/OTRAS ENFS. IMSS, CLN, 1983.

a. seronegativas	Dx. inicial	Dx. final
A. S. N. I.		10
E. anquilosante	1	6
S. de Reiter		7
A. Psoriásica	1	5
A. Enteropática		3
OTRAS:		
lumbalgia	3	
A. reumatoide	2	
reumatismo	4	
A. R. Juvenil	3	
Fiebre reumática	4	
monoartritis	1	
coxartritis	1	
escoliosis	3	
A. séptica	3	
osteoartritis	4	
A. gonocócica	2	
fibrositis	1	
TOTAL	33	33

ESTÁ TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El grupo de las ASNI no requirió inmunosupresión, y solamente en dos de los diez casos fué necesario emplear esteroides a dosis bajas ( vease cuadro 25 ).

Finalmente, como se muestra en los resultados obtenidos, el número de secuelas fué mas importante en la espondilitis anquilosante que en cualquiera otro de los grupos; y en cualquiera de los casos fué menos severa que cualquiera de los otros grupos ( vease cuadro 26)

Como se puede observar, este grupo de enfermedades es diferente de la artritis reumatoide; tanto en el patrón de afección articular - como en el pronóstico, y tiene un tratamiento muy diferente.

Nosotros proponemos que ante un paciente que acuda al servicio de medicina familiar, se identifique inicialmente la presencia clínica de artritis y el patrón de afección articular si el caso lo requiere. Si nuestro paciente tiene artritis, recomendamos seguir en este orden, los siguientes pasos:

- 1.- Investigar el FR. Si es positivo aplicar el protocolo de Artritis reumatoide. Si es negativo:
- 2.- Solicitar Rx lateral de talones, AP de pélvis, AP y lateral de columna; con la finalidad de investigar lesiones periosticas y esclerosis en las zonas de inserción de la fascia plantar del tendón aquiliano; esclerosis en S.Is.; -- cuerpos vertebrales " cuadrados " en columna, sin desmorfitos o imagen en caña de bambú.
- 3.- Si el cuadro articular se acompaña de diarrea, debe solicitarse colon por enema y coprocultivo.
- 4.- Si el paciente tiene lesiones cutáneas sugestivas de psoriasis, deben tomarse Rx de manos o articulaciones afectadas; y solicitar biopsia de piel si hay duda diagnóstica.

El tratamiento es diferente en cada uno de los casos, por ejemplo: La psoriasis con manifestaciones extradérmicas frecuentemente requerirá citotóxicos como metotrexate, o antagonistas del ácido fólico como la azathioprina.

CUADRO 25

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LAS ARTRITIS SERO  
NEGATIVAS. IMSS., CLN., 1983.

artritis seronegativas	número de pa c	a.i.n.e.Δ	esteroid.	inmunos.	otros
		porcentaje			
A. enteropática	3	100	33.3		100 <sup>+</sup>
A. psoriásica	5	100	40.0	40.0	100 <sup>++</sup>
S. de Reiter	7	100	28.5	26.5	14.2 <sup>+++</sup>
E. anquilosante	8	100	12.5		
A S N I	10	100	20.0		

+ antimetabolitos / resolutivos.

++ antianémicos / quelantes / aminoglucósidos.

+++ antagonistas del ácido fólico.

Δ antiinflamatorios no esteroideos.

CUADRO 26

ARTRITIS SERONEGATIVAS. SEQUELAS POR N° DE PACIENTES. IMSS. CL N., 1963.

SEQUELAS	A. S. N. I.	e. anquilosante	S. de Reiter	a psoriásica	a enteropática
	n° pac. %	n° pac. %	n° pac. %	n° pac. %	n° pac. %
anquilosis lumbar		4 50			
anquilosis cervical		2 25			
limitación movs. de rotación cadera		3 37.5			
deformidad IFP	2 20		1 14.2		
limit. movs. muñeca			1 14.2		
contractura brazos			1 14.2	1 20	
luxación MTF			1 14.2		
luxación MCF				1 20	
contract. rodillas	1 10				
desviación cubital					1 33.3
hipotrofia interóseas					1 33.3
dificultad p/ hacer pinza c/la mano	1 10				
hipotrofia cuádriceps	2 20	1 12.5	2 26.5	1 20	
hipotrofia brazos	1 10			1 20	
dedos husiformes			1 14.2		

se omiten los totales, ya que los pacientes presentaron una o varias secuelas.

La enfermedad inflamatoria del colon, se debe manejar en casos leves con sulfanidas, los casos severos requieren la utilización de esteroides a dosis moderada; ocasionalmente se emplea inmunosupresión, - punto aún controversial.

La espondilitis anquilosante no responde a esteroides, y debe administrarse antiinflamatorios no esteroides; de preferencia Indometacina o fenilbutazona a dosis suficientes; y prescribirle al paciente un juicioso esquema fisioterapéutico para mantener o rehabilitar la función articular.

El Reiter generalmente mejora, pacientemente, con antiinflamatorios no esteroides; solo en casos severos nos hemos visto en la necesidad de utilizar esteroides, y en algún otro caso: Inmunosupresión.

El grupo de pacientes que fué la inquietud principal de este estudio respondió en forma adecuada al uso suficiente de antiinflamatorios no esteroides. En relación a esto, es recomendable el utilizar solamente un antiinflamatorio; ya que la simultaneidad entre dos o mas, producen antagonismo entre ellos mismos.

Durante el manejo de cualquiera de estos pacientes, es necesaria la fisioterapia, el reposo distribuido concienzudamente durante el día, la aplicación oportuna ( cuando es necesaria ) de antiinflamatorios intraarticulares; y el reconocimiento del estado del paciente para derivarlo oportunamente, o para no precipitar acciones que no sean necesarias.

## VI. RESUMEN Y CONCLUSIONES.

Estudiamos al azar simple, un grupo de pacientes con síntomas -- articulares y extraarticulares, a los cuales clasificamos dentro de las llamadas "artritis seronegativas". Mediante la revisión del expediente clínico, radiográfico y del paciente en forma sucesiva, del 14 de junio al 29 de noviembre de 1983. Empleando para su diagnóstico los criterios reconocidos tradicionalmente. De esta manera obtuvimos cinco grupos que constituyeron el universo de trabajo de nuestra investigación.

Los pacientes presentaron alteraciones clínicas compartidas con el Síndrome de Reiter y la espondilitis anquilosante, diferenciándose menos del primero; y claramente distintos en el aspecto clínico y de manejo, de las artritis enteropática y psoriásica.

Con apoyo en el marco de referencia y en base a nuestra experiencia, sustentamos la hipótesis siguiente: "Las artritis seronegativas se comportan clínicamente diferentes entre sí, y es posible la existencia de un grupo no identificado".

Se estudiaron con una sistematización similar, adecuándose los - protocolos, por supuesto, a la naturaleza de cada padecimiento. En todos los casos se solicitaron exámenes básicos, FR, VSG, y - en algunos casos citoquímico de LS o determinación de HLA-B27. Efectuándose además radiografías de columna, S.is., y de algunas de las articulaciones sintomáticas en un momento de su evolución y, cuyos resultados fueron útiles para su diagnóstico.

Los resultados obtenidos son proporcionales a los que se describen en la bibliografía, se mencionan ampliamente en el capítulo correspondiente; comprobándose con estos, nuestra hipótesis; ya se demostró la existencia de un grupo no clasificado, y que denominamos "Artritis seronegativas no identificadas" (ASNI).

Al final proponemos el protocolo de estudio y manejo que deberá seguir el médico familiar.

## VII. BIBLIOGRAFIA

- 1). Pearson, D.A. The etiology of rheumatoid arthritis. Bull Rheum. Dis. 27(3): 888 - 893 1977.
- 2). Wright, V. Seronegative polyarthritis. Arthritis Rheum. Dis. 21(6):619 - 633 Arthritis Foundation, Atlanta, Georgia 1978.
- 3). Stein, H.B., Schlappner, W.B., Crowlly, R.H. and Reeve, C.E. The intestinal bypass arthritis - dermatitis syndrome. Arthritis Rheum Dis. 24(5) p. 684 - 690 1981.
- 4). Heljo Julkunen. Bull on the rheum dis 29(9) : 1002 - 1005 - 1975.
- 5). Perkins, H.A. M.H.C. Basic clinical immunology 3th. Ed. - Lange medical public., 1980.
- 6). Morgan, E.S., at water E.C. 535 - 538, May. Clin. med. north 1968.
- 7). Willkens, R.F. Arthritis rheum dis. 24(6) : 844 - 849, 1981
- 8). Ropes/ Bennet Bull rheum. dis. 9 : 175 1959.
- 9). Mintz, Gregorio. Anuario de actualización en medicina, fascículo 21. Reumatología, I.M.S.S., 1975.
- 10). Bellet, A.D., A report of reactive arthritis following dysentery in 1743. Arthritis rheum dis. 24(6) : 860, 1981.
- 11). Leung, F., Little John, G.O., Bombardier, C. Reiter's syndrome after campylobacter jejuni enteritis. Arthritis rheum dis. 23(8) : 948 - 950, 1980.
- 12). Leiripalo, M., Ropes, H., Tilikainen, A. et al. Chemotaxis in yersinia arthritis HLA-B27 positive neutrophils show big stimulated motivity in vitro. Arthritis rheum dis. 23(9): 1036 - 1044, 1980.
- 13). Edmonds, L., Mac Anley, A., Tyndall, A. et al Lymphocytotoxicity of anti-klebsiella antisera in ankylosing spondylitis -- and related arthropaties. Arthritis rheum dis. 24(1): 1 - 7 1981.

- 14). Trull, A.K., Panayi, G.S., Ebringer, A. et al Ig A antibodies to klebsiella pneumoniae (Kp) in ankylosing spondylitis. *Arthritis rheum dis.* 24(4): suppl. abst. 365
- 15). Chlamers, A. Ankylosing spondylitis in african blacks. *Arth. rheum dis.* 23(12) : 1366 - 1370 1980.
- 16). Bennett, R.N. Psoriatic arthritis. *Arthritis and allied conditions.* LEA and Febiger, p. 642 - 655. 1979.
- 17). Bluestone, R. Ankylosing spondylitis. A. and A. conditions. p. 610 - 632.