

11237



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO NACIONAL
"LA RAZA"**

**"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE
ESCLERODERMIA EN PACIENTES DE LA
CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA
PEDIÁTRICA DEL HG GGG CMN LA RAZA"**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE :

PEDIATRÍA MÉDICA

PRESENTA:

**DRA. CARMEN OLIVIA BÁEZ ANGULO
RESIDENTE 4º PEDIATRÍA MÉDICA**

DIRECTOR DE TESIS:

**DRA. EUNICE SOLIS VALLEJO
JEFE DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA**

ASESOR METODOLOGICO:

**DRA. YOLANDA LUNA SANCHEZ
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA PEDIÁTRICA**



2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



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).

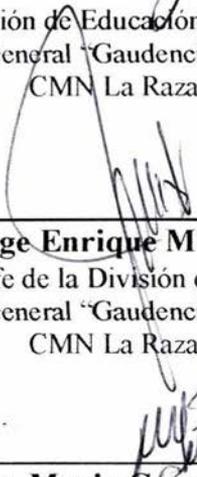
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA.



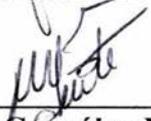
Dr. José Luis Matamoros Tapia

Jefe de la División de Educación e Investigación Médica
Hospital General "Gaudencio González Garza"
CMN La Raza IMSS



Dr. Jorge Enrique Menabrigo Trejo

Jefe de la División de Pediatría
Hospital General "Gaudencio González Garza"
CMN La Raza IMSS



Dr. Mario González Vite

Profesor Titular del Curso de Pediatría Médica
Hospital General "Gaudencio González Garza"
CMN La Raza IMSS

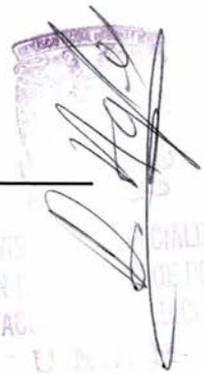


Dra. Eunice Solís Vallejo

Asesor de Tesis
Jefe de Servicio de Reumatología Pediátrica
Hospital General "Gaudencio González Garza"
CMN La Raza IMSS



Dra. Carmen Olivia Báez Angulo
Residente de Pediatría Médica
Hospital General "Gaudencio González Garza"
CMN La Raza IMSS



AGRADECIMIENTOS

A Dios, gracias por dejarme vivir hasta este momento y darme la fuerza del espíritu para culminar mi meta. Así mismo le pido que ilumine mi mente y abra mi corazón para que todo lo que haga con mis pacientes este lleno de razón y de cariño.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Carmen Olivia Sáez Augusto

FECHA: 04/02/04

FIRMA: [Firma]

A mis padres, que con el amor y apoyo que me brindaron lograron que culminara una de mis más grandes metas.

A mi asesor de tesis, por su desinteresada colaboración y su valioso apoyo para la realización de este trabajo.

ÍNDICE

TÍTULO.....	5
RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIONES.....	17
BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXOS.....	20

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ESCLERODERMIA
EN PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HG CMN LA
RAZA”**

RESUMEN

Antecedentes: La esclerodermia es una enfermedad autoinmune rara, de origen desconocido. La manifestación principal es el ataque de la piel, pero puede ocurrir afección de vasos y órganos internos. Las teorías sobre la patogenia toman en consideración las tres características principales de la esclerodermia: 1) ataque de los vasos, 2) anomalías inmunes y 3) fibrosis de la piel y órganos internos.

Aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida, los patrones de presentación clínica son distintos y hay diferencias sustanciales entre la que comienza en la infancia y la del adulto. En esta última etapa la esclerodermia casi siempre es generalizada y por esta razón la presentación más común se denomina esclerosis sistémica progresiva. En niños lo típico es que la enfermedad se encuentre localizada a la piel y también puede afectar el tejido celular subcutáneo, músculo y hueso. En las formas localizadas los subtipos son: Morfea, Morfea Generalizada, Morfea profunda, Lineal, Panesclerótica y Sistémica-Localizada.

Objetivo: Conocer el comportamiento clínico de la Esclerodermia en niños mexicanos que acuden a la Consulta Externa de Reumatología Pediátrica del Hospital General CMN La Raza.

Material y Métodos: Realizamos un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo, en un periodo comprendido entre Agosto de 1998 a Julio del 2003, con la recolección de datos de los expedientes clínicos, incluyendo a todos los pacientes mayores de 16 años de edad portadores de esclerodermia, y excluyendo a los pacientes con expediente clínico incompleto o ausente.

Resultados: Durante el periodo estudiado se encontraron 25 pacientes portadores de Esclerodermia, de los cuales se excluyeron 7 por no haber localizado el expediente clínico. Se encontró que el sexo femenino es el más afectado con un 77.7% (n=14), masculino 22.2% (n=4) con una relación 3.5:1. En cuanto a la edad de ingreso al servicio; el porcentaje más alto fue en adolescentes 55.6% (n=10), seguidos de escolares 38.9% (n=7) y preescolares 5.6% (n=1) con un promedio de 10.5 años (rango de 4 a 15 años). En relación a las características clínicas la forma Lineal fue la más frecuente con un 50% (n=9), seguida de la Morfea Profunda 22.2% (n=4), Morfea Generalizada 11.1% (n=2), Sistémica-Limitada 11.2% (n=2), Morfea 5.6% (n=1), no observamos de la forma Panesclerótica. En cuanto al tiempo de evolución al ingreso el 28% (n=5) tenía más de 3 años de evolución, el 38% (n=7) de 2 a 3 años, el 22% (n=4) de 1 a 2 años y solamente el 11.1% (n=2) menos de 1 año de evolución. El 50% de los paciente había recibido tratamiento previo instituido por otro médico. Actualmente el 100% de nuestros pacientes esta recibiendo tratamiento con Ciclosporina-A.

INTRODUCCIÓN

La esclerodermia (cuyas raíces griegas significan “piel dura”), es una enfermedad autoinmune rara, de origen desconocido. La manifestación principal es el ataque de la piel, pero pueden ocurrir afección de vasos y órganos internos; factores determinantes de la morbilidad y mortalidad en esta patología.^{1,2}

La etiología y la patogénesis de la esclerodermia son desconocidas; autoinmunidad, factores ambientales, infección, trauma y la exposición a químicos se consideran factores precipitantes de la enfermedad en individuos genéticamente susceptibles.

Las teorías sobre la patogenia toman en consideración las tres características principales de la esclerodermia: ataque de los vasos, anormalidades inmunes y fibrosis de la piel y órganos internos. Se considera la posibilidad de activación del sistema inmune a través de un antígeno (externo o propio), con la consecuente activación de monocitos y linfocitos que liberan mediadores químicos llamados citocinas, lo que explicarían el componente vascular de la enfermedad y la proliferación de fibroblastos, así como la síntesis de matriz extracelular, en particular de colágena.^{3,4,5}

El cuadro histopatológico indica una fase vascular con vacuolización y destrucción de células endoteliales y duplicación de la lámina basal, en la fase fibrótica existe un infiltrado inflamatorio a base de linfocitos, macrófagos, células cebadas, plasmocitos y eosinófilos, en etapas ulteriores hay proliferación de fibroblastos con mayor depósito de colágena. La fibrosis puede extenderse desde la dermis hasta planos más profundos; en ocasiones hay depósito subcutáneo de calcio.^{5,7} La afección vascular condiciona isquemia local que limita la cicatrización y favorece la presencia de infecciones.

Se clasifica en varios subtipos, de acuerdo a la existencia de afección a otros órganos además de la piel, así como de acuerdo a la causa.^{3,5,6,8,12}

CLASIFICACION

1. Esclerodermia Sistémica

a. Difusa: fibrosis cutánea sistémica y generalizada que incluye porción proximal de extremidades tronco y cara. Hay ataque temprano de órganos internos.

b. Limitada: (CREST “calcinosis, enfermedad de Raynaud, dismotilidad esofágica, esclerodactilia y telangiectasia”): ataque sistémico de la piel distal, y a menudo de la cara, con ataque tardío de los órganos internos.

c. Síndromes de “sobreposición”: cambios propios de la esclerodermia (en la piel) con características de otros trastornos de tejido conectivo.

2. Esclerodermia Localizada

a. Morfea

b. Morfea generalizada

- c. Morfea profunda
- d. Lineal : En cara "golpe de sable" y extremidades
- e. Panesclerótica
- f. Sistémica-Limitada

3. Fascitis eosinófilica

4. Formas secundarias

- a. Inducida por fármacos (Bleomicina, Pentozocina)
- b. Por sustancias químicas (Clorhidrato de polivinilo, Síndrome de aceite tóxico, Enfermedad humano por adyuvante "implante de silicón".)

5. Pseudoesclerodermia

- a. Fenilcetonuria
- b. Síndrome de envejecimiento prematuro
- c. Fibrosis ideopática localizada
- d. Escleredema
- e. Porfiria cutánea
- f. Queiropatía diabética

La esclerodermia es una enfermedad rara de distribución mundial, puede aparecer en cualquier etapa de la vida, sin embargo hay diferencias importantes en los patrones de presentación clínica en la edad pediátrica y del adulto.

La incidencia anual de la esclerosis sistémica, se ha estimado de 0.45 a 1.9% por cada 100 000 habitantes, la edad máxima de inicio es de 30 a 50 años, con predominio en mujeres, con una proporción 3:1 en relación a los varones, mientras que la incidencia de la esclerodermia localizada es de 2.7% por cada 100 000 habitantes, con relación mujer: varón 1:1 en la presentación lineal.^{3,5,17}

La esclerodermia localizada es mucho más común que la esclerosis sistémica en los niños, aún así es una enfermedad rara, no existen datos de la prevalencia en esta edad, es probable el subregistro, ya que muchos menores con morfea leve y lesiones de esclerodermia lineal pueden pasar inadvertidos.

En el Hospital for Sick Children de Toronto se observó, la siguiente distribución de pacientes con Esclerodermia localizada: 87% presenta afección lineal, 10% morfea y solo el 3 % morfea generalizada, la proporción mujeres/varones varía entre 1.5: 1, con edad media de inicio de 6-8 años de edad.^{5,18}

ESCLERODERMIA LOCALIZADA

- **Morfea.** Comienza con una placa circunscrita de induración cutánea, típicamente en el tronco, varía de 0.5 a 20cm de diámetro.
- **Morfea generalizada.** Hay múltiples placas confluentes y afectan más de 2 sitios anatómicos. Desde el inicio de la enfermedad, la piel está edematosa y caliente, muestra un borde violáceo característico, con un centro color marfil, en el lapso de uno a varios años, la lesión adquiere firmeza e hiperpigmentación o hipopigmentación
- **Morfea profunda.** Presenta paniculitis, placas hiperpigmentadas simétricas, con inflamación más profunda e involucra el tórax alto.

- **Lineal.** Se caracteriza por una o varias bandas fibrosas de piel, localizadas en alguna extremidad, las lesiones frecuentemente siguen la distribución del dermatoma y son unilaterales en el 85% de los casos.
- ⇒ La lesión que involucra la cara o el cuero cabelludo se denomina en "Golpe de sable", es frecuente la hemiatrofia facial, así como la asociación con uveítis, pérdida de cejas y pestañas, disfunción ocular y anomalías dentales.^{3,5,10,11}
- ⇒ En niños con esclerodermia lineal, puede haber retraso del crecimiento en la extremidad afectada, así como contracturas y limitación de la movilidad articular a medida que la piel se endurece sobre la articulación.
- **Panesclerótica.** Afecta a menores de 14 años, hay un engrosamiento generalizado de la piel, con afección de tronco, extremidades, cara, piel cabelluda de forma progresiva.

Las lesiones de esclerodermia localizada muestran una evolución característica que va desde los cambios inflamatorios tempranos, hasta la fibrosis progresiva, con afectación del tejido subcutáneo, músculo e incluso hueso, lo cual puede condicionar atrofia local. Rara vez evoluciona la esclerodermia localizada a la variedad sistémica, Christianson y cols. reportan 2 casos de una serie de 235 pacientes.^{13,15}

ESCLEROSIS SISTEMICA

En la niñez la esclerosis sistémica es mucho menos frecuente que la esclerodermia localizada. El Colegio Americano de Reumatología (CAR) ha sentado algunos criterios de clasificación para hacer el diagnóstico. Para cumplir con los criterios de la clasificación, basta la presencia de un criterio mayor, que sería un cambio cutáneo escleromatoso típico en sentido proximal a las articulaciones metacarpofalángicas, o dos de tres criterios menores (Esclerodactilia, cicatrices deprimidas u hoyuelos digitales o la detección de fibrosis intersticial en ambas bases pulmonares).

La Esclerosis Sistémica se divide en tres subgrupos que difieren no sólo en su cuadro inicial y evolución; sino también en sus características coexistentes, progresión de la enfermedad y anormalidades de laboratorio.

- **Difusa.** Cuando el ataque de la piel incluye la porción proximal de extremidades e incluso el tronco. Su evolución es rápida y afecta de forma temprana órganos internos.
- **Limitada.** Por lo común su curso es benigno, afecta la piel y la cara en sus porciones más distales; la afección de órganos internos se produce después de muchos años de evolución. Anteriormente denominado Síndrome de CREST (calcinosis, fenómeno de Raynaud, dismotilidad esofágica, esclerodactilia y telangiectasias)
- **Síndrome de Sobreposición.** Se define como la aparición de características de algunas enfermedades del tejido conectivo como la polimiositis, dermatomiositis, lupus eritematoso generalizado, artritis reumatoide y esclerodermia.

La principal herramienta para el diagnóstico es la clínica, ya que no existen datos específicos de laboratorio en la esclerodermia localizada; sin embargo, se han detectado anticuerpos antinucleares en el 23 a 73% de los pacientes, principalmente aquellos con morfea generalizada seguida de la forma lineal. La presencia de anticuerpos anti DNA de cadena simple se ha correlacionado con una dermatopatía extensa, activa y de mayor duración. No se han identificado anticuerpos contra Scl-70 a diferencia de la variedad sistémica. Se han encontrado incrementos séricos de IgG e IgM e incluso un 60% suele tener factor reumatoide positivo, sin embargo ninguno de estos elementos son específicos de la enfermedad^{3,5,16}

La decisión de inicio de tratamiento depende de la variedad de presentación, así como de la actividad de la enfermedad, en general se recomienda el uso de lubricantes. Hasta el momento no se cuenta con estudios aleatorizados para evaluar la eficacia de los medicamentos empleados (metrotexate, colchicina, D-penicilamina, ciclosporina A y esteroides), solo existen reportes anecdóticos y experiencias personales.

La fisioterapia es parte esencial del tratamiento para conservar los arcos de movilidad articular, sin embargo, en ocasiones es necesario la cirugía ortopédica para corrección de deformidades graves, sin dejar de considerar los posibles problemas con la cicatrización de las heridas, otro punto importante es el apoyo psicológico principalmente en aquellos pacientes con alteraciones estéticas.^{3,5,6,11}

MATERIAL Y MÉTODOS

A través de la revisión de las libretas de programación de citas de la Consulta Externa de Reumatología Pediátrica, se identificaron los niños y niñas, portadores de Esclerodermia que fueron atendidos durante el periodo comprendido entre Agosto de 1998 a Julio del 2003.

Se realizó un estudio transversal descriptivo retrolectivo, durante el periodo comentado; con la obtención de la información de los expedientes a través de la aplicación de una hoja de recolección de datos, tomando en cuenta los siguiente:

- Criterios de Inclusión
Hombre o mujer menor 16 años con diagnóstico de Esclerodermia

- Criterios de Exclusión
Pacientes con expediente clínico incompleto o ausente

Una vez obtenida la información, el análisis de resultados se realizó por medio de estadística descriptiva, con la determinación de promedios, frecuencias y porcentajes, así como la representación gráfica de los mismos.

RESULTADOS

Durante el período comprendido entre agosto de 1998 a Julio del 2003 se identificaron 25 pacientes portadores de Esclerodermia de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología, de los cuales se excluyeron 7 por no haber localizado el expediente.

El sexo femenino fue el mas afectado en 77.7% (n=14), el sexo masculino en 22.2% (n=4) , con una relación mujer : hombre = 3.5 : 1. **Gráfica 1**

Edad de ingreso al servicio: **Gráfica 2**

- Adolescentes 55.6% (n=10)
- Escolares 38.9% (n=7)
- Preescolares 5.6% (n=1)
- Edad promedio de 10.5 años (rango 4 a 15 años).

De acuerdo a las características clínicas encontradas: **Gráfica 3**

1. Morfea: 5.6% (1 paciente femenino).
2. Morfea Generalizada: 11.1% (1 paciente femenino y 1 masculino).
3. Morfea Profunda: 22.2% (4 pacientes femeninos).
4. Lineal: 50% (6 pacientes femeninos y 3 masculinos).
5. Panesclerótica: No hubo pacientes con este tipo de afección.
6. Sistémica-Limitada: 11.1% (2 pacientes femeninos).

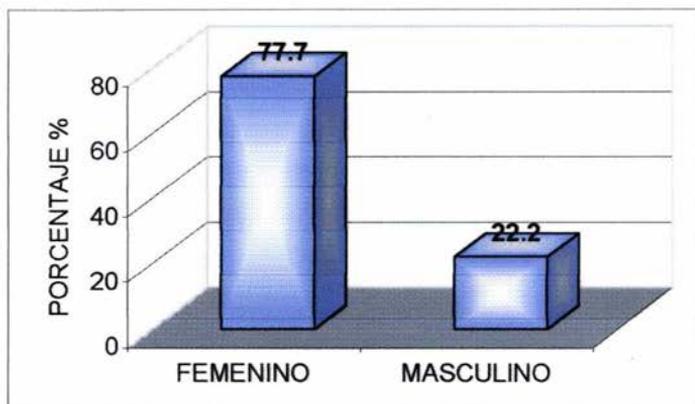
El tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas al ingreso al servicio de Reumatología Pediátrica es de más de 3 años en el 28% (n=5), de 2 a 3 años en el 38.9% (n=7), de 1 a 2 años en el 22% (n=4) y en el 11.1% (n=2), antes del año de evolución de la enfermedad (Rango 1 a 8 años de evolución). **Gráfica 4**

El 50% (n=9) recibió tratamientos múltiples previos instituidos por otro médico sin respuesta aparente, por lo que se enviaron a Reumatología Pediátrica. **Gráfica 5.**

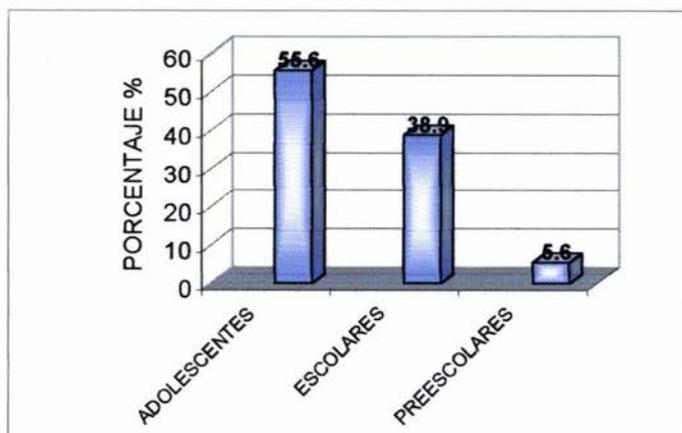
El 100% de los pacientes al terminar el estudio tenían tratamiento con Ciclosporina A.

GRÁFICAS

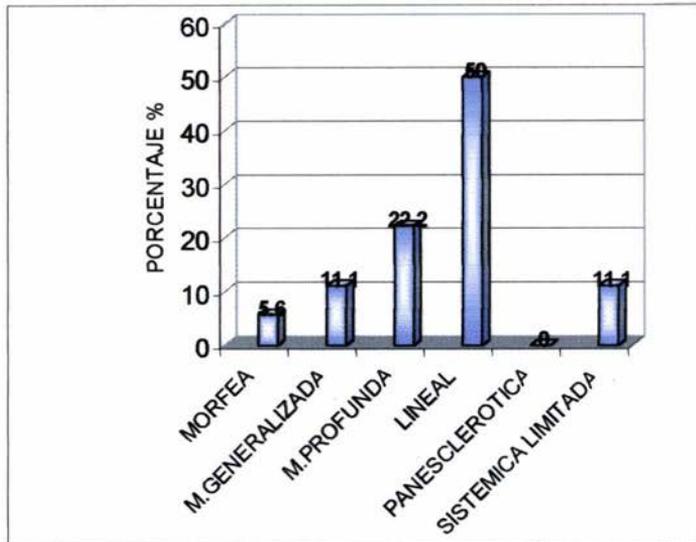
Gráfica 1. Distribución por sexo de los pacientes con Esclerodermia Localizada.



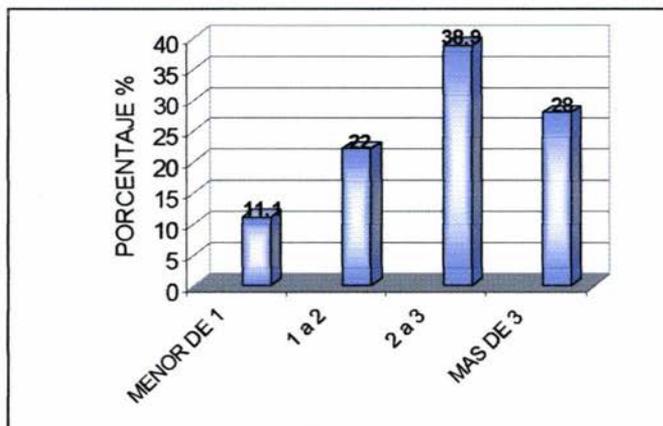
Gráfica 2. Distribución por Edad de los pacientes con Esclerodermia Localizada.



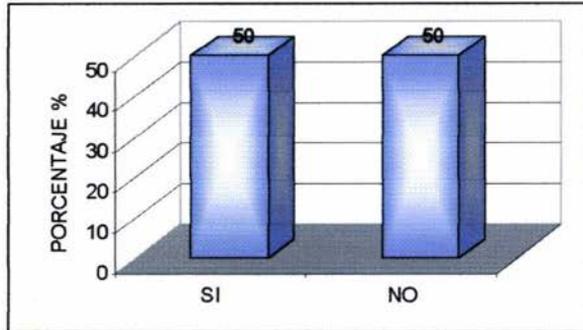
Gráfica 3. Distribución por tipo de presentación.



Gráfica 4. Distribución por el tiempo de evolución al ingreso al Servicio Reumatología Pediátrica.



Gráfica 5. Pacientes portadores de Esclerodermia Localizada con tratamiento previo al ingreso.



DISCUSIÓN

Estudiamos a 18 pacientes en edad pediátrica con diagnóstico de esclerodermia, de acuerdo a los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología, siete pacientes con diagnóstico establecido se excluyeron del estudio por no haber localizado el expediente en el archivo clínico.

La edad de inicio en las formas localizadas es 10 años en promedio y de las formas limitadas de 8.5 años como lo reporta la literatura, así mismo, en cuanto al sexo el femenino es el más afectado (77.7%) con una relación mujer:hombre de 3.5:1 mayor de acuerdo a los estudios realizados.

En cuanto a las características clínicas; la esclerodermia lineal es la más frecuente (95%), con induración de la piel y disminución del crecimiento de la extremidad afectada (11.1%) como se reporta en la literatura. La morfea profunda se encontró en 22.2% de la población (4 pacientes) con presentación de placas hiperpigmentadas, afección más profunda de la piel y tórax alto. El 11.1% de los pacientes se caracteriza por morfea generalizada con más 2 sitios anatómicos involucrados y en placa.

Es importante mencionar que la literatura mundial reporta a la forma sistémica limitada presente hasta en un 13%, nosotros solo la observamos en el 11.1% de nuestra población en el sexo femenino y de acuerdo al rango de edad conocido, cifra por debajo de la reportada internacionalmente, creemos que se relaciona a los subregistros o porque no se elabora el diagnóstico.

No encontramos en esta población datos clínicos para apoyar el diagnóstico de enfermedad generalizada o sistémica, como son: calcinosis, Raynaud, telangiectasias, úlceras en pulpejos, cambios escleróticos de piel o afección a órganos, dato que no correlaciona con los reportes por diferentes autores, pero creemos necesario captar más pacientes en un lapso mayor de tiempo para poder determinar la variedad clínica de esa enfermedad.

En cuanto el tiempo para hacer el diagnóstico de la enfermedad en el servicio de Reumatología, tuvimos un rango de 1 a 8 años; esto es debido al desconocimiento para el diagnóstico clínico por el resto de la población médica, ya que únicamente el 11% se diagnosticó y recibió tratamiento antes del año de evolución de la enfermedad.

En cuanto a la institución del tratamiento 50% recibió múltiples tratamientos, como son D-Penicilamina, colchicina, griseofulvina lo que habla de poca respuesta clínica, de ahí la necesidad del envío con el Reumatólogo Pediatra. En cuanto al tratamiento actual el 100% de la población hasta el momento de la conclusión de este estudio tenían como tratamiento CsA; esto obliga a continuar este estudio en un lapso de tiempo, para evaluar la respuesta clínica de esta enfermedad.

CONCLUSIONES

- ❖ **La esclerodermia localizada en su presentación lineal, es la forma más frecuente en la población infantil.**

- ❖ **Inicia principalmente en la edad escolar, con franco predominio por el sexo femenino.**

- ❖ **La esclerodermia es un enfermedad rara, de causa desconocida, lo que implica un reto para su diagnóstico oportuno.**

- ❖ **Es necesario continuar estudiando a esta enfermedad en la edad pediátrica para conocer el comportamiento clínico.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Benedek TG, Rodnan GP. A brief history of the rheumatic diseases. *Bill Rheum Dis* 1982; 32:93-102.
2. Dorland. *Diccionario médico*. 23th ed, 1990, Interamericana McGraw-Hill.
3. Cassidy JT, Petty RE. The systemic sclerodermas and related disorders. *Textbook of pediatric rheumatology*. 4th ed, cap 21:505-533.
4. Fredrick MW. Systemic sclerosis. *Rheumatology* 2th ed, cap 9:901-914, 1997.
5. Uziel Y, Miller ML, Laxer RM. Scleroderma in children. *Ped Clin Med North Am* 1995; 42:1171.
6. Nelson AM. Localized scleroderma. *Textbook of pediatric rheumatology* 4th ed, cap 22:535-543.
7. Torres JE, Sanchez JL. Histopathologic differentiation between localized and systemic scleroderma. *Am J Dermatopathol* 1998;20:242-245.
8. Subcommittee for scleroderma criterio of American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Critere Committee: Preliminary Criterio of the classification of systemic sclerosis. *Arthritis Rheum* 1980;23:581-590.
9. Singesen BH. Scleroderma in childhood. *Pediatr Clin Med North Am* 1986; 33: 1119-1139.
10. Uziel Y, Krafchik BR, Silverman ED. Localized scleroderma in childhood: a reported of 30 cases. *Arthritis Rheum* 1994;23:328-340.
11. Haustein UF, Haupt B. Drog-Induced scleroderma and sclerodermiform conditions. *Clin Dermatol* 1998;16:353-356.

12. Birdi N, Laxer RM, Thorner P, Fritzler MJ, Silverman ED. Localized scleroderma progressing to systemic disease. *Arthritis and Rheumatism* 1993;36:410-415.
13. Torok E, Ablonczy E. Morphea in children. *Clin Exp Dermatol* 1986;11:607-612.
14. Dehem L, Roujeau J, Cosmes A. Internal involvement in localized scleroderma. *Medicine* 1994;73:241-245.
15. Takehara K, Moroi Y, Nakabayashi Y. Antinuclear antibodies in localized scleroderma. *Arthritis Rheum* 1983;26:612-616.
16. Medsger TA Jr, Masi AT. Epidemiology of systemic sclerosis. *Ann Intern Med* 1971;74:714-721
17. Peterson LS, Nelson AM, et al. The epidemiology localized scleroderma in OLMSTED Conty 1960 – 1993. *J Rheumatol* 1997;24: 73-80.

ESTIA TESIS NO SA
DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESCLERODERMIA

Nombre _____

Cédula _____

Sexo _____

Edad _____

Manifestaciones clínicas

Tiempo de evolución _____

Tratamientos Previos _____

Tipo de Esclerodermia _____

Tratamiento Actual _____

