

11212



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.

"CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO
DE EVOLUCIÓN DE LA PSORIASIS Y LA PRESENCIA
DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ARTROPATIA PSORIASICA"

SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO

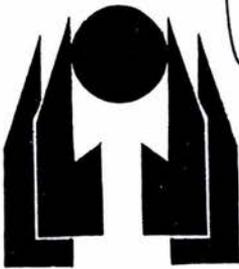


DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
P R E S E N T A :
DR. FERNANDO ESTEBAN FRESAN RIVAS

DIRECTOR DE TESIS:
DRA. GLADYS LEÓN DORANTES

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



MÉXICO, D.F.

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.

Dr. Eduardo de Anda Becerri

Director de Enseñanza
Hospital General de México, O. D.

Dra. Gladys León Dorantes

Directora de Tesis y Profesora Titular del
Curso de Especialización en Dermatología
Jefa del Servicio de Dermatología
Hospital General de México O. D.



DEDICATORIA

A mi madre Esperanza, quien me ha apoyado durante toda mi vida, con su comprensión, dedicación y consejos han hecho de mí un hombre de provecho. Gracias por tu paciencia y por haber fomentado en mí la tenacidad de cumplir mis sueños. Por todo esto y más. GRACIAS.

A Laura Fanny, mi amiga, novia, compañera y futura esposa, quien siempre ha estado a mi lado, en los momentos más felices y difíciles de mi vida, quien me ha brindado su apoyo incondicional, comprensión y amor; el cual estoy seguro perdurará hasta el fin de nuestras vidas.

A mi maestra la Dra. Gladys León Dorantes, por darme la oportunidad de seguir mi formación y creer en mí. GRACIAS.

A mi gran amiga Pao gracias por ser como eres, por ser mi amiga, fuiste y serás una de las personas más especiales, gracias por tu apoyo, siempre, tu amistad incondicional tus consejos y tu cariño.

A mis amigos, Rodrigo, Hugo, Alex, Pamela, Lupita, Alejandra, Joice, por su cariño amistad, confianza, y el apoyo que siempre me han dado y por que sin ustedes esta etapa de la vida no hubiera sido tan especial.

A mis maestros, Dr Saúl, Dr. Peniche, Dr. Sanabria, Dr Peyro, Dra. Arellano, Dra Peniche, Dr. Leonel Fierro, Dr Fernando Blancas, Dra. Vanesa Paredes, de todos ustedes aprendí no solo la mejor dermatología si no también el humanismo, y a que la esencia de un médico, es servir y ayudar, a los demás y dar lo mejor de mi como ser humano en cada una de las atenciones médicas.

A mis pacientes, ya que ellos han sido mi motor como médico, toda mi preparación y mis conocimientos, es por ustedes y para ustedes, Gracias.

T E S I S

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA PSORIASIS Y PRESENTACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ARTROPATÍA PSORIÁSICA.

Departamento de Dermatología



Nombre: Dr. Fernando Esteban Fresan Rivas

Grado: Residente de Cuarto año

Director de Tesis: Dra. Gladys León Dorantes

Sede: Hospital General de México.

I N D I C E

SECCIÓN	PÁGINA
Resumen	
I. Marco teórico.....	5 - 18
• Historia.....	5
• Epidemiología.....	5
• Etiopatogenia.....	6 - 8
• Cuadro clínico.....	8 - 11
• Histopatología.....	11 -
• Diagnóstico.....	12
• Tratamiento.....	14 - 18
II. Proyecto de investigación	
• Objetivos.....	19
• Justificación.....	20
• Hipótesis.....	20
• Diseño del estudio.....	21
• Ubicación de espacio-tiempo.....	21
• Material y Métodos.....	21
a) Población y muestra.	
b) Criterios de Inclusión	
c) Criterios de exclusión	
• Variables.....	22
• Metodología.....	23
III. Resultados.....	23 a 33
IV. Discusión.....	35 a 37
V. Conclusiones.....	38
VI. Anexos.....	39 - 40
VII. Bibliografía.....	42 - 43

I. ANTECEDENTES

ARTRITIS PSORIÁSICA: GENERALIDADES

La psoriasis es una enfermedad que existe desde la antigüedad, siendo confundida en muchas ocasiones por otras enfermedades como fueron la lepra y la sífilis. No fue hasta nuestros tiempos cuando se identificó su carácter auto inmune, y posteriormente se observó que también tenía afección de tipo articular. La primera descripción de artritis en un paciente con psoriasis se publicó en 1818.

La artritis psoriásica es una artropatía inflamatoria seronegativa que afecta al 7-10% de pacientes con psoriasis, dermatosis que padece el 1.5-2% de la población general, curiosamente con una prevalencia en pacientes con artritis seronegativa del 20% (1), aunque también se puede presentar en pacientes sin lesiones detectables de psoriasis, es más frecuente cuando el compromiso cutáneo es muy extendido, en especial en la psoriasis pustulosa.

Las estructuras articulares y peri articulares están comprometidas en varios patrones de la enfermedad, algunos de los cuales son distintivos. En ocasiones esta afección puede caracterizarse por inflamación y destrucción articular importante.

Es una enfermedad auto inmune, de origen genético, que compromete ligamentos, tendones fascia y articulaciones, esta clasificada como un espónido artropatía seronegativa, que constituye un grupo de alteraciones artríticas, que incluye la espondilitis anquilosante, la artritis enteropática y el síndrome de Reiter. Estas artropatías se caracterizan por inflamación de estructuras peri-articulares, en particular tendones y ligamentos en sus respectivos puntos de inserción, con producción de tendinitis, dactilitis, y fascitis denominada entesopatía.

La espónido artropatía típica presenta cierto grado, de compromiso de la columna, y solo afecta unas solas articulaciones, de las piernas con un patrón asimétrico.

La artritis psoriásica puede presentar este patrón de enfermedad pero es más común que se caracterice por un mayor compromiso de los miembros superiores, en especial las pequeñas articulaciones de las manos.

EPIDEMIOLOGÍA :

La prevalencia de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis no se ha establecido claramente debido a que la determinación exacta de la frecuencia, tanto de la psoriasis como de la artritis psoriásica es un reto por que se basa en criterios clínicos.

Se estima que la prevalencia de la artritis en la población en general es del 2 a 3 % presentándose una variación en los pacientes con psoriasis de 7 hasta un 42%.

La prevalencia de psoriasis en pacientes con artritis es del 2.6 al 7%, equivalente a un 0.1% de la población en general.

Las estimaciones de la prevalencia de artritis psoriásica en todos los tipos de psoriasis, varía en gran medida de acuerdo con la naturaleza del criterio diagnóstico usado pero la mayoría oscila en el rango del 5 al 8%. Por lo cual se calcula que la prevalencia en la población general de raza blanca es de 50 y 240 por 100 000 habitantes. Una cifra 10 veces menor a la prevalencia de artritis reumatoide seropositiva.

Existen factores étnicos, los cuales pueden observarse en los judíos en los que la artritis psoriásica presenta una prevalencia mayor que en raza negra.

La artritis precede cronológicamente a la psoriasis en un 25% de los casos, otras veces aparecen simultáneamente y en un 60% la psoriasis precede a la artritis, con lo que puede establecerse el diagnóstico de artritis psoriásica en ausencia de psoriasis ante una artropatía seronegativa con clínica y radiología sugestivas y algún antecedente familiar en primer grado de psoriasis .

La onicopatía se observa en el 80% de los pacientes con artritis psoriásica y sólo en el 25-32% de los casos de psoriasis no complicada. La artritis no es complicación de la psoriasis ni ésta de aquélla, más bien parece tratarse de entidades genéticamente relacionadas.

PATOGENESIS:

La patogénesis de la artritis psoriásica es desconocida, pero se considera multifactorial ya que están involucrados, factores genéticos, ambientales, e inmunológicos que influyen en la susceptibilidad a la enfermedad. Hay estudios en los cuales se reporta hasta un 40% de psoriasis o artritis psoriásica en pacientes con un familiar de primer grado. Se han encontrado antígenos HLA en brazo corto del cromosoma 6p, que se han asociado a artritis psoriásica.

Los antígenos HLA B13, B17, B38, B39, B27, , DR4, DR7 se han implicado. También son importantes en el seguimiento de la enfermedad y en la apreciación y detección de efectos secundarios posibles de los medicamentos. La presencia de HLA-B27 es de ayuda en los periodos iniciales para la caracterización y diagnóstico de la forma espondilítica.

Se ha visto que la artritis psoriásica se presenta más frecuentemente en familiares de primer grado de personas afectadas.

El mapeo genético en psoriasis ha demostrado que los cromosomas 17q, 4q y 6p principalmente este último se encuentran ligados al desarrollo de la enfermedad.

HLA B27 es más común en otras espondilo artropatías y solo lo encontramos en el 40% de los pacientes con psoriasis, HLA-B39, -B27, y -DQw3 se han asociado más a la progresión de la enfermedad.

Los factores inmunológicos que se han implicado, son las células CD8 activadas, que expresan moléculas HLA DR, y receptores IL 2, que secretan citocinas inflamatorias como el FNT, IL 1 y 2, 10.

Dentro de los factores ambientales implicados se encuentran la etiología infecciosa por *S pyogenes*, ya que se han encontrado niveles elevados de IgG a la proteína C terminal de la proteína M de la bacteria, esto puede estar ligado al fenómeno de Koebner. La artritis psoriásica comparte con la espondilo artropatía una susceptibilidad genética definida, en menor parte, por el complejo mayor de histocompatibilidad, clase I, alelo HLA B27, pero este se distingue por una asociación con los alelos clase I.

En la infección por VIH se producen síntomas que parecen ser clínicamente indistinguibles de los de la psoriasis y de la artritis psoriásica, y se ha observado una alta incidencia de HLA B27.

La artritis psoriásica y la espondilo artropatía se distinguen con claridad de la artritis reumatoide por la presencia de entesopatía en la artritis psoriásica, la ausencia de factor reumatoide o auto anticuerpo, un consumo importante de complemento atribuido a los inmunocomplejos y el patrón MHC clase II, HLA DR4-DR1 de susceptibilidad genética.

La psoriasis cursa con hiperplasia de la epidermis, en ocasiones tan sólo discretas pápulas cutáneas y a veces exclusivamente hiperqueratosis ungueal; es una entidad de etiología desconocida, asociada a los HLA B13, B16, B39, B17, B27,B37, B38, DR4, DR7 y fundamentalmente Cw6, siendo los HLA asociados a la artritis psoriásica A26, B38 y Cw6. Se sospecha la existencia de un haplotipo para psoriasis y otro para artritis.

FORMAS CLÍNICAS DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA:

Se aceptan, y es útil bajo diferentes puntos de vista, sobre todo pronóstico y terapéutico, diferentes patrones de expresión clínica de la artritis psoriásica:

- 1- Mono u oligoartritis
- 2- Afectación exclusiva o predominante de las interfalángicas distales
- 3- Poliartrosis que semeja la artritis reumatoide
- 4- Espondilitis psoriásica.
- 5-Artritis mutilante.

1- Afecta una o pocas articulaciones y en este caso de forma en general asimétrica. Pueden ser articulaciones grandes o pequeñas. En esta forma es donde es más frecuente la afectación tendinosa en su inserción o en forma de tendosinovitis en particular en los flexores de los dedos de la mano o del pie. En ocasiones todo el dedo puede aparecer tumefacto, inflamado (dactilitis).

El curso con este patrón es variable y la tendencia es a la cronicidad, pero la artritis puede debutar de un modo bastante abrupto y semejar una artritis por cristales o una artritis séptica. Esta artritis aguda es a veces recurrente.

Por otro lado y en general la evolución suele ser más favorable que las formas de comienzo poliarticular. En menos casos evolucionan a formas poliarticulares, indistinguibles de las formas ya inicialmente poliarticulares.

Las lesiones cutáneas o ungueales son a veces muy leves y requieren una búsqueda intencionada.

Entre el 30-50 % de las artritis psoriásicas podrían estar comprendidos en este subgrupo.

2- Se caracteriza por la afectación exclusiva o predominante de alguna, varias o hasta todas la interfalángicas distales.

Se asocia muy frecuentemente con la afectación de las uñas (pocillos o punteado ungueal, surcos horizontales, hiperqueratosis, leuconiquia, onicolisis, eritema y edema periungueal). Representa entre el 10-15 % de las artritis psoriásicas.

3- Poliartritis simétrica que remeda el patrón clínico y evolución de la artritis reumatoide. Sin embargo no hay factor reumatoide y tampoco nódulos subcutáneos. Algunos casos de los patrones mencionados mas arriba pueden con el tiempo ir evolucionando hacia este tipo. Comprendería del 15 al 30 % de los casos.

4- Forma espondilítica. Representa entre el 10 al 20 % de las artritis psoriásicas. Aproximadamente la mitad de ellos poseen el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27. La expresión clínica es la de una espondilitis anquilosante.

5- La forma mutilante que representa el 5 % de los casos. Como su nombre indica manifiesta lesiones geólicas y mas aún, destructivas del hueso rebasando ampliamente la articulación, ello sobre todo en manos y pies.

Los datos de laboratorio son contributorios para el conocimiento de la actividad de la enfermedad. Los reactantes de fase aguda (VSG, proteína C reactiva) son muchas veces, aunque no siempre, reflejo de la actividad de la enfermedad. La correlación no es tan fiel como en la artritis reumatoide. Muchos datos de laboratorio serán útiles en el diagnóstico diferencial y en la valoración del estado general.

Muchos especialistas coinciden en la actualidad en que, en cuanto a los síntomas la artritis psoriásica puede dividirse en 3 tipos:

- a) artritis inflamatoria asimétrica
- b) artritis simétrica
- c) espondilitis psoriásica

Los síntomas que pueden aparecer son:

- a) rigidez matutina
- b) inflamación de las articulaciones interfalángicas distales y proximales, metatarso falángicas y metacarpo falángicas. (asimétrica o simétrica).
- c) afección de uñas como onicolisis y onicodistrofia
- d) afección de columna vertebral (Espondilitis Psoriásica).

La enfermedad suele comenzar de forma lenta. La situación más habitual es la de un paciente que desde hace años tiene psoriasis y que comienza a desarrollar síntomas articulares.

En otras ocasiones la psoriasis y la artritis se manifiestan a la vez.

En muy raras ocasiones la artritis comienza antes que la psoriasis.

Los síntomas articulares más frecuentes referidos son:

- A. Al despertarse por la mañana notará las manos entumecidas, rígidas; estos síntomas mejorarán a lo largo del día.
- B. Dolor e hinchazón en una o más articulaciones.
- C. Las articulaciones que con mayor frecuencia se afectan son las articulaciones interfalángicas distales (las de la punta de los dedos), las muñecas, las rodillas, los tobillos y la columna lumbar.
- D. A los síntomas anteriores se pueden asociar: fatiga, cansancio general.

Los síntomas de la artritis psoriásica son parecidos a los de otras enfermedades reumáticas, por lo tanto es necesario efectuar una serie de pruebas para diferenciarlas. En primer lugar el médico le realizará una entrevista médica extensa, acto seguido, una metódica exploración física. Es posible que en esta exploración física se le descubra por primera vez la psoriasis o también lesiones en las uñas características de la psoriasis. La mayoría de pruebas de laboratorio servirán para descartar otras enfermedades. No existe ninguna prueba de laboratorio que sea diagnóstica de la artritis psoriásica. El examen radiográfico en la artritis psoriásica avanzada puede presentar características propias de la enfermedad, no sucede así al comienzo de la misma. El diagnóstico se basa en la confirmación de la artritis en una persona con psoriasis.

No existe ninguna enfermedad reumática y entre ellas la artritis psoriásica que se comporte de la misma forma, es decir la evolución no es semejante de un individuo a otro. Sin embargo los médicos tienen la tendencia de agrupar a los pacientes con fines de estudio y tratamiento en distintos grupos en base a una similitud de síntomas.

En el caso de la artritis psoriásica existen 2 tipos fundamentales de afección:

- Forma periférica: aquella que afecta a las articulaciones alejadas de la columna vertebral.
- Forma axial: aquella que afecta a la columna vertebral y las articulaciones sacroiliacas.

Esta clasificación no es del todo exacta y en algunas ocasiones un tipo de afección se mezcla con otra.

Se han descrito varias formas clínicas de artropatía psoriásica, con las características reseñadas en la lista que resume datos de distintas series de varios autores:

1. **Oligoartritis asimétrica**, que afecta interfalángicas distales, de evolución en brotes de semanas o meses con o sin secuelas residuales.
2. **Poliartritis simétrica** similar a la artritis reumatoide, aunque con una evolución mucho más benigna.
3. **Espondilo sacroileitis anquilosante** o sólo sacroileitis aislada, que aparece asociada en 20-30% de los pacientes con cualquier forma de artritis psoriásica.
4. **Artritis de interfalángicas distales** de los dedos afectados de onicopatía.
5. **Artritis mutilante** con lisis de metacarpianos, metatarsianos y falanges de manos y pies, que constituye la forma más severa de artritis destructiva.

DIAGNÓSTICO

La sinovitis es característica en este padecimiento y es compartida también por otros tipos de artritis se da por un mayor grado de proliferación fibroblástica que es evidente en la cápsula y que también se observa formación de nueva vasculatura, esto da lugar a la fusión articular fibrosa y a la anquilosis ósea que da lugar a las manifestaciones características de la artritis psoriásica

La entesopatía es otra de las características del padecimiento y se caracteriza por una acumulación de linfocitos y monolitos en el lugar de la inserción con las consiguientes erosiones y formación reactiva de nuevo hueso que da lugar a la formación de osteofitos y periostitis, la aparición de los dedos en salchicha de la dactilitis se debe a una inflamación periarticular extensa y a un edema asociado.

El diagnóstico de psoriasis generalmente es clínico, ya que las lesiones cutáneas son características, así como su localización aunque se puede realizar la biopsia de piel para casos en donde exista duda clínica o para fines epidemiológicos, y lo que se observa es una capa cornea hiperqueratósica, con focos de paraqueratosis de neutrófilos llamados micro abscesos de Munro, ausencia de la capa granular, elongación de los procesos interpapilares, con engrosamiento en su porción inferior, distensión y edema papilar, adelgazamiento del estrato de Malpighi en su porción suprapapilar, con presencia ocasional de una pústula espongiforme muy pequeña.

IMÁGENES RADIOLÓGICAS EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA

La radiología presentará una reducción de espacio articular y erosiones como en la artritis reumatoide, aunque diferentes autores citan menos porosis yuxta articular. En las formas espondilíticas la afectación de sacroilíacas y las calcificaciones ligamentosas vertebrales son indistinguibles de las que aparecen en la espondilitis anquilosante.

En las formas mutilantes es típica la imagen en copa y en punta de lápiz de los extremos contiguos de las falanges al articularse.

En las fases iniciales de artritis psoriásica, las radiografías pueden ser normales. Los hallazgos precoces encontrados, entre los que están el aumento de partes blandas y la osteoporosis mínima, pueden regresar sin producir secuelas permanentes.

Si la clínica progresa o surgen alteraciones articulares, los hallazgos radiológicos se hacen más evidentes (12).

La afectación asimétrica e incluso unilateral es más frecuente que en la artritis reumatoide; se afectan tanto articulaciones de miembros superiores como inferiores.

Las articulaciones interfalángicas proximales y distales, metacarpofalángicas y metatarsofalángicas se afectan con frecuencia, lo mismo que el penacho de las falanges distales y del calcáneo.

En el esqueleto axial hay afectación de sacro-iliacas y columna (13).

TABLA I. Características de la artritis psoriásica en distintas series

Características	Roberts	Kammer	Scarpa	Gladman	Torre	Veale	Jones
No de Pacientes	168	100	62	220	180	100	100
Hombre/Mujer	67/101	47/53	29/33	104/116	99/81	59/41	43/57
Edad de presentación	36/45	33/45	40/60	37	39	34	38
Oligoartritis%	¿	¿	16	21	37	43	26
Poliartritis %	78	28	47	45	35	33	63
Distal %	17	11	16	16	0	16	1
Espalda %	5	2	21	2	7	4	6
Mutilante %	5	7	2	16	4	2	4
Sacroileitis %	¿	11	16	27	20	15	6
Articulaciones distales y uñas	16	30	19	17	15	¿	6

Alteraciones radiológicas generales:

- 1. Aumento de partes blandas:** alrededor de las articulaciones afectadas o del dedo en general.
 - 2. Osteoporosis:** no es una característica destacable de esta entidad.
 - 3. Aumento o disminución del espacio articular:** en las grandes articulaciones existe una pérdida uniforme del espacio articular; en las pequeñas, la destrucción del hueso marginal y subcondral puede producir un considerable aumento del mismo.
 - 4. Erosiones óseas:** son una característica importante, aparecen inicialmente en las zonas marginales para progresar hasta las zonas centrales de la articulación. En las pequeñas articulares de manos y pies se produceafilamiento de la cabeza de la falange, originando una superficie ósea que se proyecta sobre la base de la falange vecina que se presenta en forma de copa, dando lugar a la típica imagen de lápiz en copa.
- Estas alteraciones aparecen no sólo en las articulaciones interfalángicas, sino también en metacarpofalángicas y metatarsofalángicas (14).

5. Proliferación ósea: es otra característica típica de esta artropatía. Las excrecencias óseas son irregulares, con morfología espiculada. No es raro encontrar periostitis en las metáfisis y diáfisis de los huesos de manos y pies, de aparición precoz asociada al aumento de partes blandas. Esta periostitis puede afectar a una falange en su totalidad, haciéndose radiodensa y adoptando una morfología de falange de marfil.

La fusión ósea intraarticular es prominente en manos y pies (también puede verse en la osteoartritis erosiva, en la artritis séptica, e incluso en la artritis reumatoide).

También es característica la proliferación ósea en las zonas de inserción de tendones y ligamentos, sobre todo en calcáneo, trocánteres femorales, tuberosidades isquiáticas, etc.

6. Reabsorción de los penachos de falanges distales de manos y pies, encontrándose alterada habitualmente la uña.

7. Desalineación y subluxación: el telescopaje de un hueso sobre todo puede producir la mano en antejo, desviación cubital de metacarpofalángica, o desviación peroneal de metatarso falángicas. Las deformidades en bayoneta y en cuello de cisne son menos frecuentes que en la artritis reumatoide.



TRATAMIENTO:

La artritis psoriásica es una enfermedad crónica en la que será necesaria una buena relación del paciente con su médico. El tratamiento elegido dependerá de la gravedad de la enfermedad, del tipo de artritis psoriásica, y de las características del paciente. Cuando la artritis psoriásica afecta a una o dos articulaciones, la enfermedad no es grave y se alternan periodos de tiempo sin síntoma alguno con otros con más síntomas, el tratamiento más indicado serán los antiinflamatorios. Existen un gran número de ellos.

El tratamiento con antiinflamatorios no cura la enfermedad, pero alivia el dolor, disminuye la inflamación y evita un ulterior deterioro articular. Cuando la artritis psoriásica es grave e incapacitante requiere de un tratamiento más fuerte. Es cuando entran en escena los tratamientos modificadores de la enfermedad que sirven para impedir, "frenar," el avance de la enfermedad. Un número determinado de pacientes con artritis psoriásica necesitarán de estos últimos tratamientos.

Todo tratamiento modificador de enfermedad debe discutirse con el paciente ya que todos ellos tienen unas especiales características:

En primer lugar ha de transcurrir un cierto tiempo para que actúen (de 6 a 12 semanas) excepción hecha del metotrexato.

En segundo lugar no actúan por igual en todas las personas, es decir sabemos que son efectivos en un número importante de pacientes con artritis psoriásica; sin embargo hay algunos pacientes que no mejoran con el tratamiento.

Por último el paciente que recibe estos medicamentos puede, en ocasiones padecer reacciones secundarias. De ahí que se deban realizar análisis u otras exploraciones para vigilar la aparición de estos efectos.

Los medicamentos que se utilizan para "frenar" la enfermedad son: las sales de oro, los antipalúdicos, y la sulfasalazina. Otros tratamientos son útiles tanto para la psoriasis cutánea como para la artritis: retinoides, metotrexato y ciclosporina.

El índice de severidad es el determinante principal para la decisión terapéutica a tomar que toma en cuenta la inflamación, la limitación funcional y el número de articulaciones afectadas

El tratamiento de inicio es a base de AINES, principalmente se han desarrollado los inhibidores selectivos de la COX-2 (celecoxib, rofecoxib, valdecoxib, and etoricoxib) con resultados adecuados en la mejoría de la capacidad funcional de las articulaciones afectadas.

GLUCOCORTICOIDES (Cortisona)

Los derivados de la cortisona casi nunca se aconsejan en el tratamiento de la artritis psoriásica. Sin embargo las infiltraciones locales en el interior de la articulación pueden ayudar al control de la enfermedad y se realizan en ocasiones.

CIRUGÍA ORTOPÉDICA

En momentos en que una articulación esté muy afectada por la enfermedad se puede plantear la intervención quirúrgica. La prótesis de rodilla y la prótesis de cadera son especialmente útiles. La psoriasis no facilita la infección de las prótesis y no dificulta la curación de las cicatrices.

REHABILITACIÓN

El ejercicio es esencial para mantener una articulación con un grado de movilidad aceptable. El reumatólogo le enseñará ejercicios que son tan importantes como la medicación. En el caso que la enfermedad afecte la columna lumbar estos ejercicios son de especial importancia. Estos ejercicios deberían realizarse diariamente. En otros casos le prescribirán las llamadas férulas (hechas de yeso, silicona), éstas se utilizan para mantener las articulaciones en posición correcta. En otras ocasiones le serán de ayuda -si tiene artritis en los pies- unos zapatos ortopédicos especiales.

El tratamiento de la artritis psoriásica no se diferencia del tratamiento de las enfermedades homónimas que remedan: La artritis reumatoide y la espondilitis anquilosante. Quizá hay dos consideraciones en las que creo la mayor parte de los especialistas están de acuerdo.

La primera es que cuando se acepta la indicación de comenzar con medicamentos que modifican el curso de la enfermedad o fármacos de acción lenta, las sales de oro no son una indicación inicial, teniendo en cuenta las frecuentes complicaciones o efectos secundarios cutáneos.

La segunda que el metotrexato es probablemente una buena indicación inicial, habida cuenta la buena tolerancia en general y el potencial efecto beneficioso, no solamente sobre la artritis, sino también sobre las manifestaciones cutáneas. Si se considera el curso, no excepcionalmente poco previsible, o cuando menos algo anárquico, es importante el insistir en normas genéricas, fisioterapéuticas de beneficio general, que incluirán de manera particular ejercicios apropiados y la prevención del sobrepeso.

Los esteroides no hay dado resultados satisfactorios y se mantiene la preferencia por los AINE. Otra alternativa es la sulfasalazina de la que existen estudios que hacen hincapié sobre

su efectividad en las manifestaciones periféricas de la EA y también se ha mencionado su utilidad para el problema vertebral aunque tal efecto parece ser a largo plazo.

El tratamiento de las artritis reactivas y el síndrome de Reiter es prácticamente el mismo, haciendo hincapié en que este tipo de espondiloartropatías se presenta de por sí una mayor frecuencia de manifestaciones mucosas y por ello la sulfasalazina estaría mejor indicada. De la misma forma, la presencia de agentes infecciosos desencadenantes de estos cuadros sugiere que la terapéutica antimicrobiana puede tener alguna utilidad.

En la artritis reactiva y en el Reiter con focos infecciosos genitales, el uso de tetraciclinas ofrece una buena perspectiva. La limeciclina parece proporcionar más beneficios porque inhibe la degradación de la colágena. De cualquier forma la erradicación del germen causal no siempre proporcionará remisión de las manifestaciones músculo esqueléticas y extra articulares.

En la artritis psoriásica se recomienda el uso de AINE aunque en este tipo de artropatía pueden presentarse, con mayor frecuencia, lesiones destructivas.

Las sales de oro por vía intramuscular se han informado con resultados alentadores. Otros, como metotrexate, sulfasalazina, ciclosporina A y azatioprina no ofrecen resultados consistentes.

BIOLÓGICOS

Los productos biológicos, son relativamente nuevos se trata de anticuerpos monoclonales que pueden ser, de origen murino, de origen humanizado con pequeñas áreas murinas, y totalmente humanizados, así como de receptores, el anticuerpo que ha sido aprobado por la FDA para la utilización en psoriasis es el efalizumab (Raptiva), es un anticuerpo anti CD11, que se administra, a dosis de 0.7mg/kg posteriormente a dosis de 1mg/kg durante 12 semanas, con mejoría importante resultando ser un medicamento seguro, y con efectividad importante, se han reportado como algunos efectos adversos, dolor articular, y aumento de temperatura, los cuales remitieron sin tratamiento, otro medicamento, utilizado principalmente para la artritis reumatoide y psoriásica, es el etanercept, (Embrel) que inhibe el factor de necrosis tumoral, bloqueando el receptor del mismo, este medicamento biológico, ha demostrado una efectividad importante, en artritis psoriásica principalmente, en sus

efectos adversos se ha informado de sepsis e infecciones graves (con muerte, peligro de muerte o que requieren hospitalización o antibióticos intravenosos), con el uso de Etanercept. Muchos de estos acontecimientos graves han ocurrido en pacientes con enfermedades subyacentes, que además de su artritis reumatoide, pudieran predisponerles a infecciones. Debería realizarse un seguimiento estrecho de aquellos pacientes que desarrollen una nueva infección mientras se están sometiendo al tratamiento con Etanercept.

Debería suspenderse la administración de Etanercept si un paciente desarrolla una infección grave. Los médicos deberán extremar las precauciones cuando consideren el uso de Etanercept en pacientes con historial de infecciones crónicas o recurrentes o con trastornos subyacentes que pudieran predisponer a los pacientes a infecciones, tales como diabetes avanzada o mal controlada.

Reacciones alérgicas

En ensayos clínicos, se han observado con frecuencia reacciones alérgicas asociadas a la administración de Etanercept. En la experiencia post-comercialización, las reacciones alérgicas han incluido angioedema y urticaria así como reacciones graves. Si se produce cualquier reacción alérgica o anafiláctica grave, la terapia con Etanercept debería interrumpirse inmediatamente y comenzar una terapia apropiada.

Inmunosupresión

Existe la posibilidad de que las terapias anti-FNT, incluyendo Etanercept, afecten a las defensas del hospedador frente a infecciones y enfermedades malignas, ya que el FNT es un mediador de la inflamación y modula la respuesta inmune celular. En el periodo de post-comercialización, se han recibido informes sobre enfermedades malignas (incluyendo linfoma, cáncer de mama y pulmón), (véase sección 4.8). En un estudio con 49 pacientes con artritis reumatoide tratados con Etanercept, no hubo evidencia de depresión de hipersensibilidad de tipo retardado, disminución de los niveles de inmunoglobulinas o cambio en el número de poblaciones de células efectoras. Se desconoce si el tratamiento con Etanercept puede influir sobre el desarrollo y curso de las enfermedades malignas e infecciones activas y/o crónicas. La seguridad y eficacia de Etanercept en pacientes con inmunosupresión o infecciones crónicas no han sido evaluadas. Dos pacientes con artritis crónica juvenil desarrollaron infección por varicela y signos y síntomas de meningitis aséptica que se resolvieron sin secuelas. Los pacientes con una exposición significativa al virus de la varicela deben interrumpir temporalmente el tratamiento con Etanercept y debe considerarse el tratamiento profiláctico con inmunoglobulina de varicela Zoster.

II. Proyecto de Investigación:

Correlación entre el tiempo de evolución de la psoriasis y la presencia de signos y síntomas de artropatía psoriásica

O B J E T I V O S

PRINCIPALES

- Conocer la frecuencia de la presencia de síntomas y signos clínicos de artropatía psoriásica en pacientes con psoriasis
- Efectuar la correlación entre tiempo de evolución de la psoriasis y la presencia de síntomas y/o signos clínicos de artropatía psoriásica.

SECUNDARIOS

- Conocer el grupo de edad más frecuente con signos y síntomas de artropatía psoriásica.
- Conocer el género más frecuentemente afectado..
- Conocer las articulaciones más frecuentemente afectadas
- Conocer las variedades clínicas de psoriasis más frecuentemente asociadas.
- Conocer la frecuencia y tipo de afección ungueal en pacientes con signos y/o síntomas de artropatía psoriásica.

J U S T I F I C A C I O N

La artritis psoriásica, es una espondiloartropatía seronegativa autoinmune en la cual los síntomas y signos más frecuentes pueden ser eventualmente similares a la artritis reumatoide. Afecta aproximadamente del 10% al 40% de la población con psoriasis. Existe controversia acerca de la asociación entre el tiempo de la evolución de la psoriasis cutánea y la aparición de signos y síntomas relacionados con artropatía psoriásica.

Los signos y síntomas que pueden sugerir la aparición de artropatía psoriásica son: rigidez matutina, inflamación de la articulaciones interfalángicas distales y proximales, metacarpo falángicas y metatarso-falángicas , (asimétrica o simétrica), afección ungueal caracterizada por pozuelos, manchas en gota de aceite, onicolisis y/u onicodistrofia. Afección de columna vertebral que se puede manifestar como dificultad a la movilidad con dolor y/o rigidez, lo cual sugiere espondilitis anquilosante. La progresión de la artropatía psoriásica puede tener un gran impacto en la calidad de vida del paciente.

el médico general. Es por ésto, que la detección temprana de la artropatía psoriásica, queda en manos de estos médicos. El presente estudio tuvo como propósito evaluar la frecuencia de la presencia de signos y síntomas de artropatía y su correlación con el tiempo de evolución de la psoriasis cutánea.

H I P Ó T E S I S

- Hay correlación entre el tiempo de evolución de la psoriasis y la presencia de signos y síntomas de artropatía psoriásica.

DISEÑO DE ESTUDIO

- Observacional
- Descriptivo
- Prospectivo

UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO

- Pacientes ambulatorios de la clínica de psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Población y muestra:** Pacientes con diagnóstico clínico de psoriasis que acudieron a consulta a la clínica de psoriasis durante los meses de Junio, Julio y Agosto del 2004 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico clínico de psoriasis de cualquier variedad
- Ambos sexos
- Mayores de 18 años
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Menores de 18 años
- Antecedente de artritis de cualquier etiología previa al diagnóstico de psoriasis
- No aceptar estar incluidos en el estudio.

VARIABLES:

Principal:

- Presencia – ausencia de signos y/o síntomas de artropatía psoriásica.
- Tiempo de evolución de la psoriasis.

Demográficas

- Edad.
- Género.

Secundarias

Síntomas de artropatía:

- Dolor
- Rigidez matutina.
- Limitación funcional

Signos de artropatía:

- Tipo de articulaciones afectadas.
 - Interfalángicas
 - Metacarpo-falángicas
 - Metatarso-falángicas
 - Otras
- Eritema articular.
- Artritis

Afección ungueal:

- Presencia – ausencia.
- Tipo
 - Pozuelos
 - Manchas de aceite
 - Onicosis
 - Onicodistrofia.

METODOLOGÍA

A los pacientes elegibles, se les realizó una exploración clínica y se les aplicó un cuestionario dirigidos a medir las variables principales, demográficas y secundarias. Los datos obtenidos, se registraron en una hoja de cálculo para su análisis.

Análisis: se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión así como análisis de correlación.

VIII. RESULTADOS

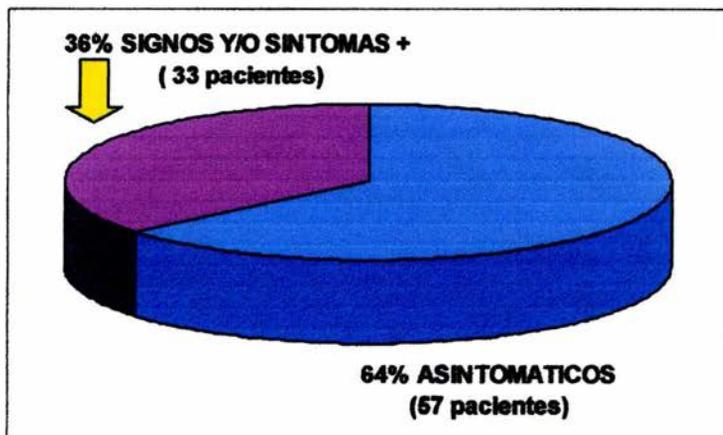
FRECUENCIA

Se revisaron en el Departamento de Dermatología en la clínica de psoriasis a 90 pacientes, 72 de género masculino y 18 género femenino a los cuales se les realizó historia clínica, exploración y aplicación de un cuestionario de síntomas de artropatía prediseñado.

La frecuencia de la presencia de signos y/o síntomas de artropatía psoriásica en pacientes con psoriasis fue de 33 pacientes. (36%). (Gráfica 1)

GRAFICA 1 : FRECUENCIA DE SIGNOS Y/O SÍNTOMAS DE ARTROPATÍA PSORIÁSICA EN PACIENTES CON PSORIASIS

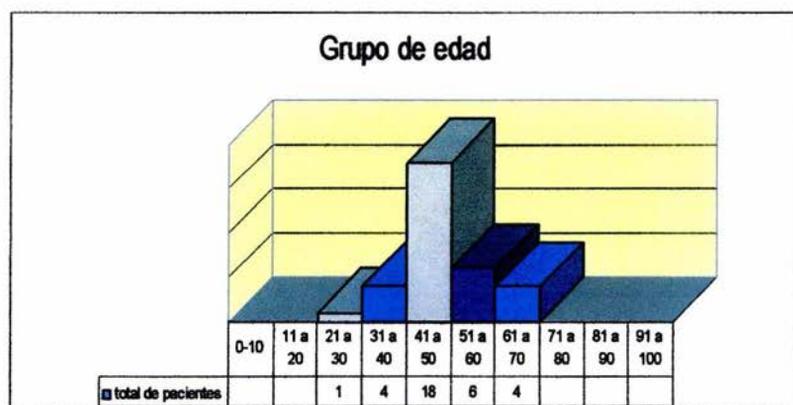
N = 90 pacientes.



PREVALENCIA POR GRUPO DE EDAD

El grupo de edad más frecuente con signos y/o síntomas de artropatía fué el de la quinta década de la vida (55%), con un rango de los 25 a 65 años, presentándose una media de 40 años. Los pacientes sin signos o síntomas de artropatía psoriásica, tuvieron una media de 57 años con un rango de 35 a 70 años. (Tabla 1, gráficas 2 y 3).

GRAFICA 2: GRUPO DE EDAD EN PACIENTES CON SIGNOS Y/O SINTOMAS DE ARTROPATÍA PSORIASICA.



El grupo de edad más afectado en los pacientes con signos y o síntomas de artropatía psoriásica fue de 41 a 50 años.

GRAFICA 3 : GRUPO DE EDAD EN PACIENTES SIN SIGNOS Y/O SINTOMAS DE ARTROPATÍA PSORIASICA.

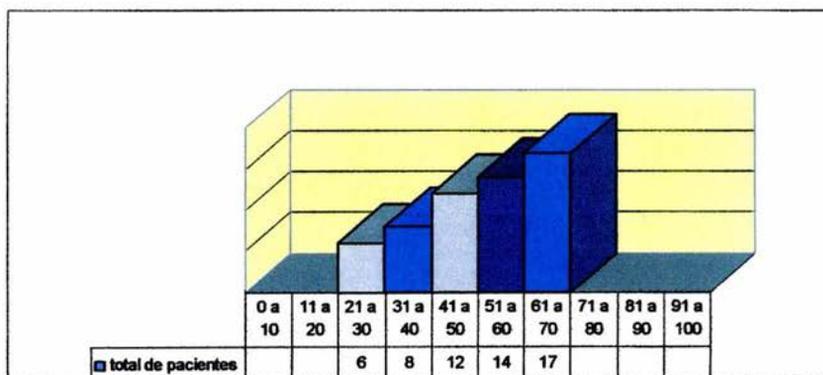


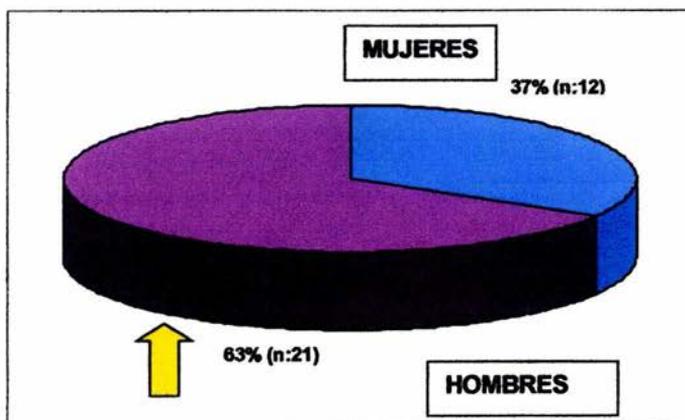
Tabla 1: FRECUENCIA DE PRESENCIA – AUSENCIA DE SIGNOS Y/O SINTOMAS DE ARTROPATÍA PSORIASICA SEGUN GRUPO DE EDAD AFECTADO

Grupo de edad	Sintomáticos	%	Asintomáticos	%
	N		N	
21 -30	1	3%	6	11%
31-40	4	12%	8	14%
41-50	18	55%	12	21%
51-60	6	18%	14	24%
61-70	4	12%	17	30%
TOTAL	33	100%	57	100%

PREVALENCIA POR GÉNERO

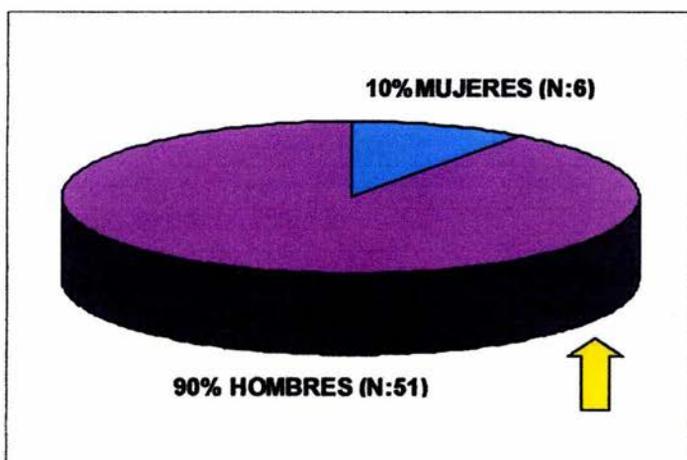
El género más frecuentemente afectado en pacientes con signos y/o síntomas fue el masculino con un 63% (21), mientras que el género femenino se presentó en un 37%, (12). (Gráfica 4)

GRAFICA 4: PREVALENCIA DE GÉNERO DE PACIENTES CON SIGNOS Y/O SÍNTOMAS DE ARTROPATIA PSORIASICA.



En el grupo de los pacientes sin sintomatología de artropatía, se observó, que la frecuencia del género masculino fue del 90%, con 51 pacientes, y del género femenino fue de 10% con 6 pacientes.

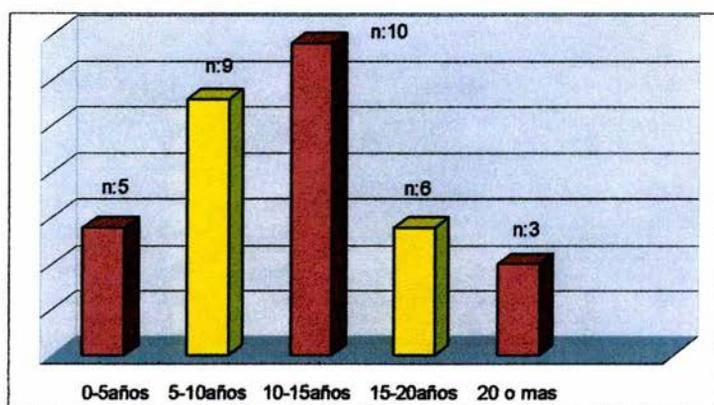
GRAFICA 5 : PREVALENCIA DE GÉNERO DE PACIENTES SIN SIGNOS Y/O SÍNTOMAS DE ARTROPATIA PSORIASICA.



FRECUENCIA ENTRE TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PSORIASIS Y LA PRESENCIA DE SIGNOS Y/O SINTOMAS DE ARTROPATÍA PSORIÁSICA.

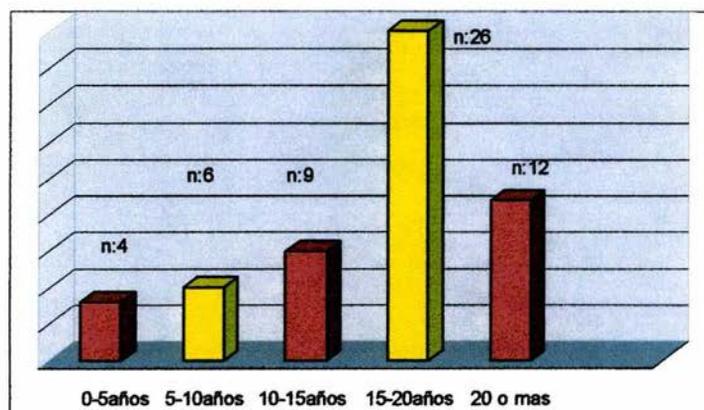
Se observó que el grupo de paciente con signos y/o síntomas de artropatía psoriásica, N:33 es más frecuente cuando la psoriasis tiene una evolución de 5 a 15 años, en cambio el grupo de paciente asintomático con respecto a la artropatía psoriásica el tiempo de evolución es mayor generalmente mayor a 15 años. (Gráficas 6, 7)

GRÁFICA 6: Frecuencia de sintomatología y tiempo de evolución de psoriasis en pacientes con signos y/o síntomas de artropatía psoriásica.



N: 33 PACIENTES

GRÁFICA 7: Tiempo de evolución de la psoriasis en pacientes asintomáticos.



N: 57 PACIENTES

En el grupo de pacientes sin síntomas de artropatía psoriásica se observa que en el tiempo de evolución de la psoriasis, el grupo mas grande es de 15 a 20 años, o mas.

PREVALENCIA POR AÑOS DE EVOLUCION DE LA PSORIASIS

La prevalencia de signos y/o síntomas de artropatía considerando los años de evolución de la psoriasis fue menor en los grupos de mayor tiempo de evolución de la psoriasis. (Tabla 2). Si consideramos a todos aquellos que tenían menos de 15 años de evolución, la prevalencia fue de 55%,(24/43) en comparación con aquellos que tenían más de 15 años de evolución en que se encontró solo en un 19%.(9/47).

Tabla 2:PREVALENCIA POR AÑOS DE EVOLUCION DE LA PSORIASIS

Años de evolución	Sintomáticos N	%	Asintomáticos N	%
0-5	5	56%	4	44%
5-10	9	60%	6	40%
10-15	10	50%	9	50%
15-20	6	19%	26	81%
20 años o más	3	20%	12	80%
TOTAL	33		57	

SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA

Los síntomas más frecuentemente presentados fueron el dolor a nivel articular y la rigidez matutina, siendo más frecuente el dolor en 88% de los pacientes y de rigidez matutina en el 12% de los pacientes.

Por medio de la realización de cuestionarios se encontró que los pacientes presentaron los siguientes síntomas. (Tablas 3,4).

Tabla 3: Frecuencia de Síntomas:

SINTOMAS	PORCENTAJE	No. DE PACIENTES
DOLOR	88%	29
RIGIDEZ MATUTINA	12%	4
LIMITACION FUNCIONAL	9%	3

Tabla 4 : Los signos clínicos más frecuentes encontrados fueron:

SIGNOS	PORCENTAJE	No. DE PACIENTES
ERITEMA	39%	13
AUMENTO DE VOLUMEN	85%	28
ARTRITIS(eritema+volumen)	6%	2

Los pacientes que tuvieron eritema y aumento de volumen se les catalogo como artritis

ARTICULACIONES MÁS FRECUENTEMENTE AFECTADAS

En la siguiente gráfica se observan las articulaciones mas frecuentemente afectadas que fueron las articulaciones interfalángicas distales metacarpofalángicas, generalmente afectando de 1 a 3 articulaciones.

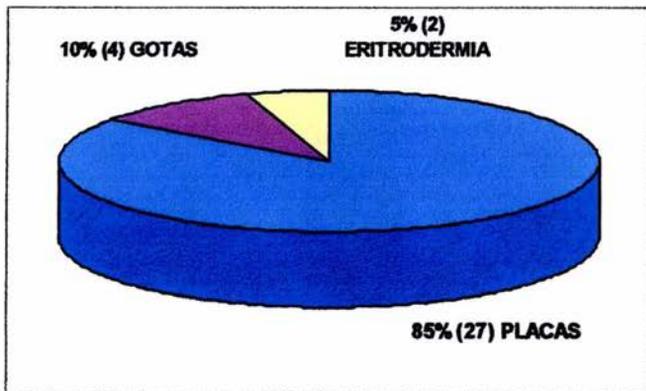
Tabla 5 : Articulaciones más frecuentemente afectadas

Articulación afectada	No. de pacientes	Porcentaje	No de articulaciones
interfalángicas distales de manos	15	45%	1-3
interfalángicas distales de pies	4	13%	1-3
Metacarpofalángicas	2	6%	1
Interfalángicas proximales	1	3%	1
Rodillas	5	15%	1-2
Sacroiliaca	6	18%	1
Codos	1	3%	1

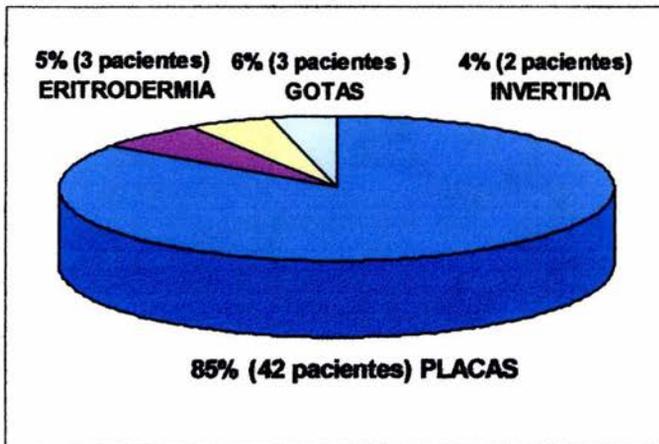
VARIETADES CLÍNICAS DE PSORIASIS MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE SIGNOS Y/O SÍNTOMAS DE ARTROPATÍA PSORIASICA

Las variedades clínicas más frecuentemente asociadas en pacientes con signos y síntomas fueron Psoriasis en placas en un 85% (n:27), psoriasis en gotas 10% (n:4), y eritrodermia 5% (n:2)

GRAFICA 10: Variedades clínicas de psoriasis más frecuentes en pacientes con signos y síntomas de Artritis psoriásica



GRAFICA 11: VARIETADES CLINICAS EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS



N: 33 Pacientes

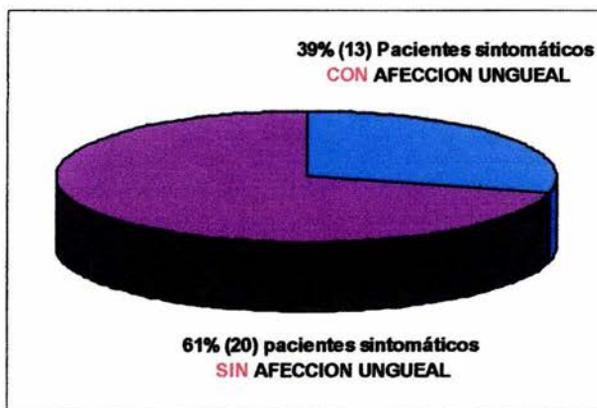
AFECCIÓN UNGUEAL

Se realizó exploración física dirigida a encontrar la frecuencia de afección ungueal y el tipo de esta en los pacientes con signos y/o síntomas de artropatía psoriásica.

Tabla 6: AFECCION UNGUEAL EN PACIENTES CON SIGNOS Y/O SINTOMAS DE ARTROPATÍA PSORIASICA

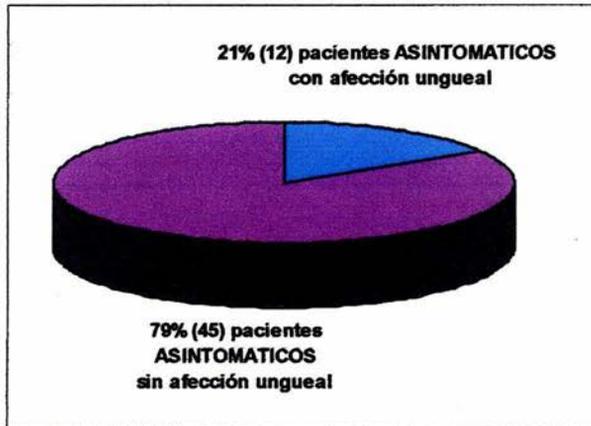
PRESENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS	NO. TOTAL DE PACIENTES	NO. DE PACIENTES CON AFECCIÓN UNGUEAL	PORCENTAJE
SI	33	13	39%
NO	57	12	21%

GRAFICA 12. AFECCION UNGUEAL EN PACIENTES SINTOMATICOS



N: 33 PACIENTES

GRAFICA 13. AFECCIÓN UNGUEAL EN PACIENTES ASINTOMATICOS

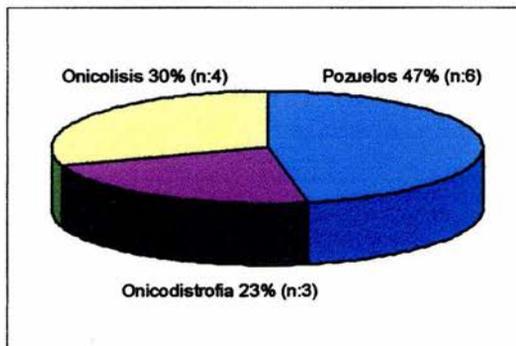


N: 57 PACIENTES

TIPO DE AFECCIÓN UNGUEAL MÁS FRECUENTE EN PACIENTES CON SIGNOS Y/O SINTOMAS DE ARTROPATIA PSORIÁSICA.

Dentro del grupo de pacientes con signos y síntomas de artropatía psoriásica se observó la siguiente frecuencia y tipo de afección ungueal. En el grupo de pacientes con sintomatología de artropatía psoriásica, la afección ungueal más frecuente fueron los pozuelos o pits, seguido de la onicodistrofia, en un 23% y de la onicolisis en un 30%. (Gráfica 14).

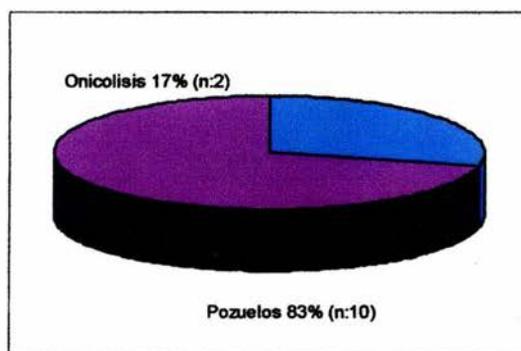
GRAFICA 14: Variedades clínicas de afección ungueal más frecuentes en pacientes con síntomas de artropatía psoriásica.



TIPO DE AFECCIÓN UNGUEAL MÁS FRECUENTE EN PACIENTES SIN SIGNOS Y/O SINTOMAS DE ARTROPATIA PSORIASICA.

En los pacientes sin sintomatología de artropatía psoriásica se observó que el tipo de afección ungueal más frecuente fue los pozuelos en un 83% y la onicolisis en un 17%.(Gráfica 15).

GRÁFICA 15: Variedades clínicas de afección ungueal más frecuentes en pacientes sin síntomas de artropatía psoriásica.



IX. D I S C U S I Ó N

La artritis psoriásica es un padecimiento que afecta a pacientes de todos los géneros, razas, y estratos sociales. En estudios anteriores se ha visto que la artritis psoriásica se encuentra con una prevalencia que fluctúa entre el 5 y el 40% de la población con psoriasis.

En nuestro estudio, encontramos una prevalencia de signos y síntomas sugestivos de artropatía en el 36%. Esto se debe probablemente a que solo se hizo un tamizaje rápido basado en exploración e interrogatorio intencionado. En un estudio efectuado en 1990 en el que se utilizó además el estudio radiográfico se encontró una prevalencia mucho mayor, (63%), incluso en casos asintomáticos.

Respecto a la edad, encontramos que los casos con signos y síntomas de artropatía fueron más frecuentes en la 4ta y 5ta décadas de la vida, con un rango entre los 25 y 65 años de edad, con una media a los 45 años de edad y un ligero predominio en el género masculino. Sin embargo la proporción de mujeres afectadas de este grupo fue mayor al de mujeres en el grupo asintomático.

Llama la atención que el grupo de pacientes con menor tiempo de evolución de la psoriasis se encontró con una mayor prevalencia de signos y/o síntomas sugestivos de artropatía pues el 55% de los pacientes con una evolución de psoriasis menor a 15 años, los tenía en comparación con solo el 19% en los de más de 15 años de evolución de la psoriasis.

Esto podría deberse a que los pacientes con franca artropatía psoriásica son más frecuentemente manejados por los servicios de reumatología.

La prevalencia de pacientes con artropatía psoriásica, en pacientes con un tiempo de evolución de la psoriasis menor a 15 años, fue mayor, a los pacientes con una evolución de la psoriasis mayor a 15 años, lo cual no coincide con lo reportado en la literatura, en donde se reporta que la prevalencia de artropatía psoriásica es mayor y es directamente proporcional al tiempo de evolución de la psoriasis.

Se realizó un cuestionario de síntomas clínicos, en el cual obtuvimos resultados que son similares a los reportados por Jajic(17), con respecto a la prevalencia por género, difieren en que Jajic, encontró que la artritis psoriásica es más frecuente en pacientes con psoriasis a nivel inguinal o perianal. En nuestra población, encontramos que es más frecuente en psoriasis en placas, con localización en rodillas, tronco y pliegues de extensión de extremidades superiores.

Las articulaciones más frecuentemente afectadas encontradas en nuestro estudio fueron las articulaciones de pies y manos en total con un 67%, siendo en este grupo las más frecuentes las interfalángicas distales de manos, seguidas de las metatarso-falángicas, y la afección proximal fue la menos frecuente. Fuera de pies y manos la articulación más frecuentemente afectada fue la sacroiliaca en un 18% de los pacientes, esto concuerda con lo reportado en la literatura. En otros estudios las articulaciones de la rodilla son más frecuentes, lo cual no ocurrió en nuestros pacientes. La poliartritis simétrica, que es similar a la artritis reumatoide, fue mucho menos frecuente, lo cual coincide de lo reportado por Scarpa(19).

Las lesiones cutáneas más frecuentes en los pacientes con artritis psoriásica fueron la psoriasis en placas en un 85% de los casos, seguida de la psoriasis en gotas en un 4%, y eritrodermia en 2%. Lo cual difiere con otros estudios en los cuales se encontró mayor frecuencia de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis invertida, seguida de la psoriasis en placas y posteriormente la eritrodermia psoriásica.

A la exploración física encontramos que los signos clínicos más frecuentes fueron: aumento de volumen en un 85%, eritema en un 15%, ambos en el 6% de los casos y se encontró la presencia de lesiones cutáneas sobre las articulaciones afectadas en el 21%.

Se hizo exploración ungueal dirigida a comparar la diferencia entre los grupos que no presentaban síntomas y signos de artropatía psoriásica y se observó que el 39% de los pacientes con signos y síntomas de artropatía psoriásica tuvieron afección ungueal comparados con el grupo de los pacientes sin síntomas de artropatía psoriásica.

Se encontró que la afección ungueal se presentó solo en el 21% de los casos, casi en la mitad de los mismos, siendo en el grupo con sintomatología los pozuelos el tipo de afección más frecuente, y posteriormente la onicolisis. En el grupo asintomático, también fueron los pozuelos el tipo de afección más frecuente.

Se encontró un rango de tiempo de evolución de la psoriasis a la presentación de sintomatología de artropatía psoriásica de 2 a 14 años con un promedio de 7 años.

En virtud de una alta prevalencia de signos y /o síntomas sugestivos de artropatía psoriásica encontrada en los pacientes con psoriasis, incluso en pacientes con poco tiempo de evolución de la enfermedad cutánea, es importante que el dermatólogo interroge y explore intencionadamente para una detección temprana del problema y así efectuar una referencia oportuna para el manejo reumatológico. Esto puede permitir mejorar la calidad de vida del paciente en especial si se previenen las secuelas incapacitantes de las diversas formas de artritis psoriásica. El manejo multidisciplinario del paciente psoriásico se hace patente con este trabajo.

X. C O N C L U S I O N E S

- 1.- La frecuencia de signos y/o síntomas de artropatía psoriásica fue de 36% , en 90 pacientes con psoriasis.
- 2.- El grupo de edad más afectado en los pacientes con signos y síntomas fue de 41 a 50 años con un 55%, y en el grupo asintomáticos fue de 61 a 70 años en un 30%.
- 3.- La presencia de signos y síntomas fue mayor en pacientes que se encontraban en una edad de 41 a 50 años, con una prevalencia del 55%
- 4.-El grupo con signos y/o síntomas tuvo una mayor proporción de mujeres (37%) en comparación con el grupo asintomático (10%) .
- 6.- Los síntomas mas frecuentes fueron dolor en un 88%, y la rigidez en un 12%.
- 7.- No hubo diferencias entre las variedades clínicas asociadas entre ambos grupos. Las variedades clínicas mas frecuentes en el grupo de pacientes con signos y/o síntomas de artropatía psoriásica fue la psoriasis en placas en un 85%.
- 9.- La afección ungueal fue significativamente mayor en el grupo que presento signos y/o síntomas de artropatía psoriásica (39%) en comparación con el grupo asintomático (21%).
- 10.- El tipo más frecuente de afección ungueal en ambos grupos fueron los pozuelos en el grupo sintomático fue de 47% y en el asintomático fue de 83%. Solo el grupo sintomático presento onicodistrofia en un 23%
- 11.- Consideramos que la aplicación de cuestionarios de sintomatología y la exploración física orientada al diagnóstico de artropatía psoriásica es importante para la detección temprana de esta, su tratamiento oportuno y prevención de secuelas incapacitantes.

Cuestionario de Manifestaciones clínicas

Nombre:
Edad:
Originario:
Residente:
Ocupación.

1.- Tiempo de evolución de psoriasis _____

2.-Tiempo de diagnóstico. _____

3.- Tratamiento actual. _____

4.-Síntomas.

A) Intensidad del dolor
• 0 sin dolor
• 10 muy intenso, incapacitante.

Marcar con una cruz: X

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

B) Tiempo de evolución del dolor: _____

C) Horario de inicio de dolor articular:

Mañana Tarde Noche

D) Horario de mayor intensidad de dolor articular:

Mañana Tarde Noche

E) El dolor me causa incapacidad para realizar mis actividades.

SI NO

F) El dolor es mayor en alguna de las dos manos.

Casi siempre Siempre A veces Casi nunca Nunca

G) El dolor es mayor en el tercio distal de los dedos.

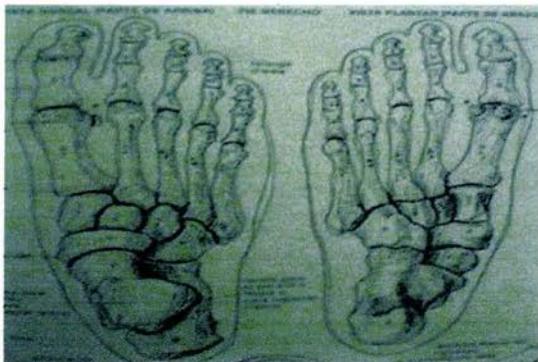
Casi siempre Siempre A veces Casi nunca Nunca

H) El dolor es en mas de 3 dedos

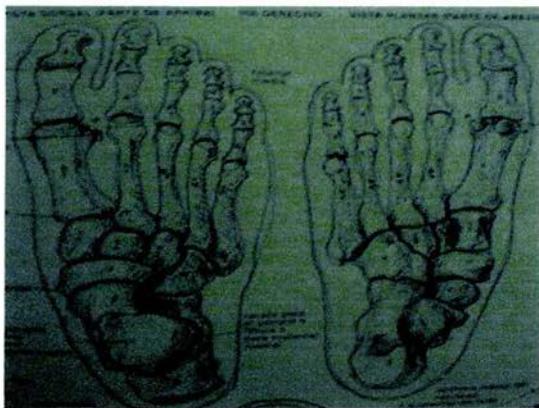
Casi siempre Siempre A veces Casi nunca Nunca

I) Sufro de dolor en la espalda baja

Señale articulaciones que cursan con dolor



Señale articulaciones que cursan con Inflamación



XI. BIBLIOGRAFÍA

1. GLADMAN D D. Psoriatic arthritis. En: K Harris, R Sledge (ed), *Textbook of Rheumatology*. W B Saunders Co, 1997; 5.ª ed, vol 2, 999-1005.
2. HELLIWELL P, et al. A re-evaluation of the osteoarticular manifestations of psoriasis. *Br J Rheumatol*. 1991;30: 339.
3. MATHIES H. Arthritis Psoriásica. Características de las principales enfermedades reumáticas para el diagnóstico en la práctica médica. *Compendia Rheumatologica. I*. Eular Publishers, 1978; 34-40.
4. BRANCOS CUNILL M A, et al. Oligo-Poliartritis. Técnicas de exploración y diagnóstico. En: *Reumatología*. Salvat Editores, S.A., 1990; 101-104.
5. ROBERTS M E T, et al. Psoriatic Arthritis: Follow-up study. *Ann Rheum Dis*. 1976; 35: 206.
6. KAMMER G M, et al. Psoriatic arthritis: Clinical, immunologic and HLA study of 100 patients. *Semin Arthritis Rheum*. 1979; 9: 75.
7. SCARPA R, et al. Psoriatic arthritis in psoriatic patients. *Br J Rheumatol*. 1984; 23: 246.
8. GLADMAN D D, et al. Psoriatic arthritis: Clinical and laboratory analysis of 220 patients. *Q J Med*. 1987; 62:127.
9. TORRE ALONSO J C, et al. Psoriatic arthritis (PA): A clinical, immunology and radiological study of 180 patients. *Br J Rheumatol*. 1991; 30: 245.
10. VEALE D, et al. Classification of clinical subsets in psoriatic arthritis. *Br J Rheumatol*. 1994; 33: 133.

11. JONES S M, *et al.* Psoriatic arthritis: Outcome of disease subsets and relationship of joint disease to nail and skin disease. *Br J Rheumatol.* 1994; 33: 834.
12. GREENFIELD G B. Rasgos radiológicos cardinales: Reabsorción del hueso. En: *Diagnóstico radiológico de las enfermedades óseas.* Ed Científico Médica, 1972; 304-305.
13. RESNICK D, *et al.* *Artritis Psoriásica. Huesos y articulaciones en imagen.* Ed Marban, 1998; 265.
14. MARTEL W, *et al.* Erosive osteoarthritis and psoriatic arthritis. A radiologic comparison in the hand, wrist and foot. *AJR.* 1980; 134: 125
15. PEDROSA C S, *et al.* Sistema músculo-esquelético: artropatías. *Diagnóstico por imagen: Tratado de Radiología Clínica.* Ed Interamericana, 1986; 1477.
16. MIEHLE W. Radiología. Artritis Psoriásica. *Compendia Rheumatologica.* 6. Eular Publishers, 1981; 42-54.
17. JAJIC. Prevalence of psoriatic arthritis in a population of patients with psoriasis. *Acta Med Croatica* 2003;57(4):323-6
18. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin N Am* 1988;24:829-44.
19. SALVARANI C, OLIVIERI I, CANTINI F, MACCHIONI L, BOIARDI L. Psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 1998;10:299-305.
20. SHBEEB M, URAMOTO KM, GIBSON LE, O'FALLON WM, GABRIEL SE. The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County, Minnesota, USA, 1982-1991. *J Rheumatol* 2000;27:1247-50.
21. MOLL JM, WRIGHT V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1973;3:55-78.
22. GLADMAN DD. Psoriatic arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol* 1995;9:319-29.
23. JONES SM, ARMAS JB, COHEN MG, LOVELL CR, EVISON G, MCHUGH NJ. Psoriatic arthritis: outcome of disease subsets and relationship of joint disease to nail and skin disease. *Br J Rheumatol* 1994;33:834-9.