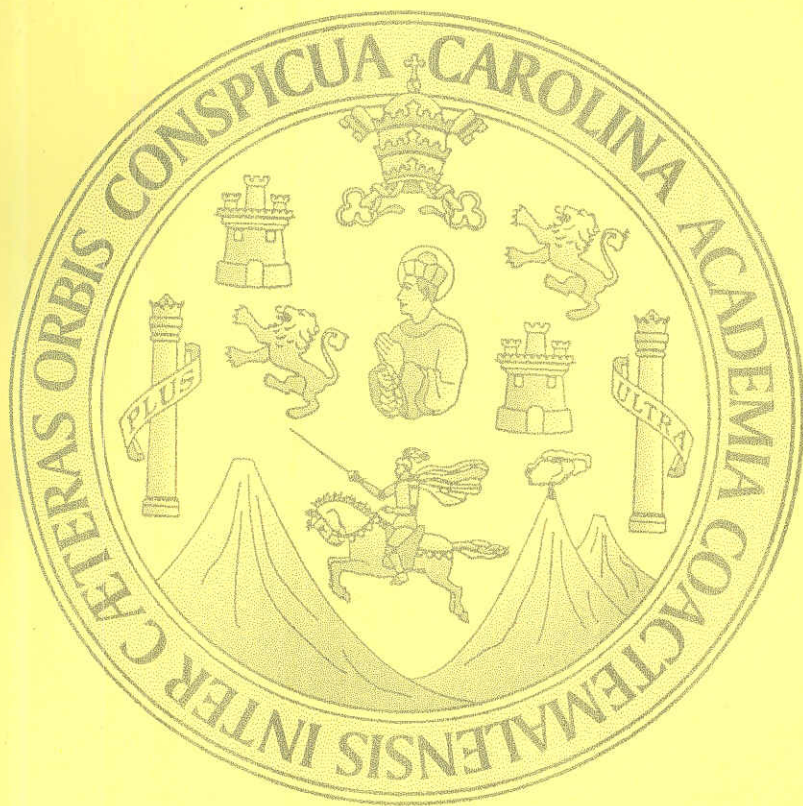


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS



NYDIA OLIMPIA ORTEGA GONZÁLEZ

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS.....	7
MARCO TEÓRICO	9
MATERIAL Y MÉTODOS	27
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	33
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	55
RESUMEN	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS	61

I. INTRODUCCION

La artritis psoriásica se clasifica como una espondiloartropatía seronegativa, con un grado variable de afectación axial y periférica; se asocia a entesopatía (inflamación de la zona de inserción de un tendón al hueso), se diferencia de la artritis reumatoide por negatividad de factor reumatoide aunque en la artritis psoriásica el 5% de los afectados pueden tener factor reumatoide positivo.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la frecuencia de artritis psoriásica, para lo cual se revisó el total de 130 expedientes de pacientes con diagnóstico de psoriasis durante el año 2000. Posteriormente se evaluó clínicamente a los pacientes en busca de manifestaciones articulares y a los que se encontraron positivos se les solicitó exámenes de laboratorio y radiografías.

Se encontró que la frecuencia de artritis psoriásica es de 4.08%, la cual es inferior a la frecuencia reportada en la literatura que es 5 - 8% (24).

El inicio temprano de artritis en el paciente afectado por psoriasis se asocia a peor pronóstico y a mayor probabilidad de que se produzca artropatía destructiva, pero cuánto más pronto se haga el diagnóstico mayor beneficio trae al paciente ya que se puede ofrecer tratamiento farmacológico y fisioterapia de forma temprana.

En el presente estudio se encontró que el sexo masculino es el más afectado, contrario a la literatura que describe que es el sexo femenino el más afectado por artritis psoriásica. Los grupos etáreos más afectados son los de 36 - 45 años y 56 - 65 años, similar a lo descrito en la literatura. La relación más frecuente entre tiempo de evolución de psoriasis y aparecimiento de artritis se encontró entre los que tenían menos de 1 año de padecer psoriasis y el tipo que más se asocia a artritis es en placas.

Se espera que con los resultados obtenidos en ésta investigación se contribuya a reforzar los conocimientos acerca de artritis psoriásica en Guatemala y a mejorar el tratamiento de los pacientes afectados.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Psoriasis es una alteración inflamatoria de la piel caracterizada por erupciones en forma de placas rojas, escamosas, que predominan sobre codos, rodillas, tronco, manos/uñas y cuero cabelludo. (18,24)

Afecta a 8 de cada 10,000 personas de cualquier edad pero la mayoría de las veces empieza entre los 15 y 35 años de edad. Se relaciona con la respuesta inmune e inflamación y puede agravarse por cualquier lesión o irritación de la piel. En un 5 - 8% de los casos se acompaña de inflamación articular conociéndose esta entidad como artritis psoriásica. (18,24)

La artritis psoriásica comienza entre los 30 a 50 años de edad; la prevalencia de artritis psoriásica es de 5 - 8%. (5,6,24)

La artritis no es una complicación de la psoriasis, ni tampoco psoriasis es complicación de la artritis. La psoriasis puede preceder a la artritis en 60% de los casos, aparecer simultáneamente en 15% de los casos y la artritis preceder a la psoriasis en 25% de los casos. (15)

El inicio de la artritis psoriásica puede ser agudo o con síntomas leves. En algunos casos la enfermedad puede aparecer en una articulación después de haber sufrido trauma. (7)

Debido a que su etiología y evolución son poco conocidas, es importante que esta patología sea estudiada ampliamente y se le brinde la atención que amerita, para que al igual que en otros procesos crónicos se le dé al paciente que la padece una atención integral y con esto se mejore su calidad de vida.

En el presente estudio se determina la frecuencia con la cual la artritis se presenta en pacientes con psoriasis, sus manifestaciones clínicas asociadas y los hallazgos de laboratorio más frecuentes lo cual permite la obtención de datos propios de Guatemala.

III. JUSTIFICACION

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que causa en el individuo que la padece un impacto social y laboral importante. No existe tratamiento curativo, únicamente se controla la evolución de la enfermedad.

La artritis psoriásica es un proceso que se acompaña de función articular limitada, por lo que se le debe prestar mayor atención por parte del especialista y la familia del paciente. Médicos y familiares deben conocer la enfermedad y motivar al paciente a que cumpla la terapia establecida, tanto medicamentosa como de fisioterapia.

En Guatemala se trabaja sobre la base de estadísticas de otros países y con poblaciones racialmente diferentes, razón por la que el presente estudio es de gran importancia ya que nos permite conocer datos propios que mejorarán la atención a los pacientes que presenten artritis psoriásica.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar las principales manifestaciones articulares y los hallazgos de laboratorio en pacientes con diagnóstico de psoriasis que consultaron por primera vez a INDERMA durante el año 2001 y fueron estudiados en el período de mayo y junio de 2002.

B. ESPECIFICOS

Determinar:

1. La frecuencia de artritis en pacientes con psoriasis.
2. La edad más frecuente de inicio de artritis psoriásica.
3. El sexo más afectado por artritis psoriásica.
4. El origen étnico más frecuente de artritis psoriásica.
5. La forma de inicio más frecuente de artritis psoriásica.
6. Las manifestaciones clínicas articulares referidas por pacientes con psoriasis.
7. La relación entre tiempo de evolución de psoriasis e inicio de artritis.
8. El tipo de artritis psoriásica.
9. El tipo de psoriasis que más se asocia con artritis.
10. Si la artritis psoriasisica se acompaña de respuesta de fase aguda
11. El estadio funcional de artritis psoriásica.
12. La frecuencia de Pitting en artritis psoriásica.

V. MARCO TEORICO

A. PSORIASIS

1. Definición

Es una enfermedad crónica de la piel de causa desconocida constituida por placas eritematosas - escamosas que afecta diversas partes de la piel principalmente codos, rodillas, tronco, manos, uñas y cuero cabelludo. Se caracteriza por presentar remisiones y exacerbaciones. (17,18,24)

Psoriasis deriva del griego a través del latín *iasis* que significa estado y *psor* que significa prurito. (11)

2. Aspectos Históricos

La primera descripción de psoriasis fue hecha por Hipócrates quien utilizó los términos de psora y lepra en condiciones que pueden ser reconocidas como psoriasis. Más tarde, Celsus describió 40 diferentes dermatosis que fueron interpretadas por R. William como psoriasis. William separó dos entidades psoriasiformes la lepra graecorum y la psora leprosa que más tarde fueron llamadas psoriasis. (8,11)

3. Epidemiología

Es más frecuente en el adulto joven, regularmente comienza entre 15 y 35 años; afecta ambos sexos por igual, en Estados Unidos su incidencia es de 8 por cada 10,000 personas siendo la más baja a los 20 años de edad, se reportan más de 200,000 casos nuevos al año y se calcula que anualmente los gastos de tratamiento alcanzan 1.6 billones de dólares. (16, 17, 18,24)

La enfermedad es más común en individuos de raza blanca, puede presentarse en negros e hispanos y es poco frecuente en indios americanos. (11,16)

La prevalencia de psoriasis es mayor en las áreas urbanas que en las rurales aproximándose 5%, pero no se debe a factores geográficos y es mayor en las áreas de industria pesada. (8,11)

4. Etiología

Se desconoce cuál es la causa de la psoriasis. Se cree que es una enfermedad en la que participan genes, respuesta inmune e inflamación. Es una enfermedad de la piel con zonas lesionadas y no lesionadas. (8,11,13,19,20)

Existen 5 teorías que tratan de explicar este fenómeno:

- a) Teoría del defecto primario: hay un defecto en la piel de hiperproliferación celular y metabólica, con aumento en la velocidad de recambio celular y queratinopoyesis (proceso en que un queratinocito se divide en la capa basal, llega al estrato córneo y luego se descama). Usualmente dura 28 días en las personas sanas, en psoriasis tarda únicamente 4 días. (11,17,20,24)
- b) Teoría genética: la psoriasis se ha asociado a antígenos de histocompatibilidad HLAB13, HLAB27, HLABW16, HLABw57, HLAB17, HLACw6. Un hijo de padre o madre con psoriasis tiene 40 % más de posibilidades de padecer la enfermedad que la población general. (11,17,20,24)
- c) Teoría infecciosa: al presentar infecciones concomitantes por bacterias especialmente respiratorias las lesiones aumentan. Patógenos que se han asociado con psoriasis pueden ser Streptococcus pyogenes, virus de inmunodeficiencia humana. (11,17,20,24)
- d) Teoría psicosomática: se basa en la observación de que en algunos pacientes al estar en situaciones de estrés o cambios emocionales el brote de psoriasis aumenta. (11,17,20,24)
- e) Teoría inmunológica: se observa un infiltrado inflamatorio por neutrófilos, mononucleares, aumento en la producción de interleucinas, leucotrienos y depósitos inespecíficos de Inmunoglobulinas. (11,17,20,24)

5. Histopatología

Pueden estar presentes los siguientes hallazgos:

- a) Hiperqueratosis (acantosis): aumento de la capa córnea.
- b) Paraqueratosis: aumento de la capa córnea con presencia de núcleos en sus células.
- c) Microabscesos de Munro: neutrófilos y depósitos de fibrina en la zona de paraqueratosis.
- d) Ausencia de capa granular.
- e) Adelgazamiento de los segmentos suprapapilares del estrato de Malpighi.
- f) Pústula espongiforme muy pequeña en todos los segmentos suprapapilares. (pústula de Kogoj)
- g) Mitosis en 1 o 2 capas por encima de la basal.
- h) Estiramiento y edema de las papilas.
- i) Elongación de los procesos interpapilares con ensanchamiento de su parte inferior en palillo de tambor.
- j) Infiltrado mononuclear linfocitario en la epidermis.
- k) Signo de Auspitz o rocío sangrante: al haber un adelgazamiento de los segmentos suprapapilares, el rascado quita estas pocas células, se exponen los capilares situados en el vértice de las papilas dérmicas y sangran.
- l) Signo del dedo: puntilleo fino en la lámina ungueal, conociéndose estos pequeños puntos como Pitting; onicolísis (separación de la lámina ungueal de su lecho), hiperqueratosis subungueal, leuconiquia o blanqueamiento de las uñas. (8,14, 17, 18,20,24)

6. Factores de Riesgo

La psoriasis se agrava por cualquier lesión o irritación de la piel (fenómeno de Koebner); puede ser severa en paciente inmunodeprimidos o portadores de enfermedades autoinmunes; otros factores también pueden agravarla son:

- a) Medicamentos (beta - bloqueadores, carbonato de litio, etc.)
- b) Infecciones bacterianas o virales (estreptococo, VIH)
- c) Consumo excesivo de alcohol y drogas
- d) Obesidad
- e) Exceso o falta de luz solar
- f) Estrés físico y emocional
- g) Clima frío
- h) Traumas, rozamientos o rascados de la piel
- i) Suspensión del tratamiento tópico o sistémico
- j) Cambios endócrinos y metabólicos (8,14, 16,18,24)

7. Manifestaciones Clínicas

Es característica la aparición de erupción eritematosa en placas cubierta de escamas gruesas, plateadas, semejantes a mica (minerale grisáceo) que se desprenden con facilidad y pueden acumularse en las ropas del paciente; en las áreas intertriginosas la maceración evita la acumulación de escamas pero las lesiones son rojas y bien definidas. (8,11,13,14)

Las lesiones se distribuyen de manera simétrica en todas las áreas de prominencias o salientes óseas como codos y rodillas también ocurren en tronco, cuero cabelludo, hendidura interglútea, palmas de las manos, plantas de los pies, uñas. (8,11,14,16)

Las placas tienen bordes rojizos bien definidos, pueden ser pruriginosas, descamarse, agrietarse, ser pequeñas, múltiples o pustulosas; en la superficie de las uñas pueden observarse pequeños fosos con depresiones como de picahielo, onicolísis en la que una placa de psoriasis en la uña distal causa una coloración pardo rojiza que recuerda una gota de aceite bajo la uña. (8,11,14,18)

La curación de las lesiones conduce a una piel con cambios de color que pueden ser de hipo o hiperpigmentación. Es común un halo de hipopigmentación que rodea la piel eritematosa de la lesión psoriásica que ha sido denominado anillo de Woronoff que se cree es producido por la incapacidad local de sintetizar prostaglandina E2. (8,11,14,19)

8. Clasificación Clínica

La clasificación clínica puede ser por la localización de las lesiones o por su morfología (forma de las placas):

a) Por su localización: depende del lugar anatómico en donde se presenta la lesión. Las formas más frecuentes son:

- vulgar: Se localizan placas simétricas en superficies extensoras de las extremidades, áreas pretibiales, genitales y pliegues interglúteos.

y carecen de las escamas plateadas típicas por la maceración.

- palmo - plantar

- cuero cabelludo. (8,11,14,16,17)

b) Por su morfología: depende de la forma que adopte la lesión al coalescer. Puede ser:

- anular

- circinada

- folicular

- eritroderma: eritema y descamación generalizada. (8,11,14,16,17)

- geográfica

- psoriasis guttata: una a tres semanas después de una infección estreptocócica se desarrollan súbitamente lesiones papulares pequeñas con escamas plateadas en el cuerpo. (8,11,14,16,17)

- girata

- numular

- psoriasis pustulosa: pústulas superficiales de tres formas: palmo plantar, generalizada (psoriasis de Von Zumbush) y típica; este tipo de psoriasis es el más frecuentemente asociado a pitting.

- serpiginosa. (8,11,14,16,17)

9. Diagnóstico

Se basa en la apariencia de las lesiones cutáneas mediante observación, los exámenes de laboratorio son inespecíficos y muestran leucocitosis con elevación de la velocidad de sedimentación globular, es necesaria la realización de una biopsia de piel como estudio

necesaria la realización de una biopsia de piel como estudio confirmatorio y para descartar otros procesos. No existen otros exámenes serológicos específicos. (14,16,18)

Existen 6 criterios para el diagnóstico de psoriasis:

- a) Respuesta a determinados fármacos.
- b) Existencia de una reacción de Koebner.
- c) Ligamiento genético a los antígenos de histocompatibilidad mayor.
- d) Perfil similar de las manifestaciones clínicas asociadas muy especialmente la artritis y alteraciones ungueales.
- e) Histología en la mayor parte de los subtipos.
- f) Que en algún momento se observen placas de psoriasis típicas.

Es necesario que se encuentren por lo menos 4 de los criterios para hacer diagnóstico de psoriasis. (24)

10. Diagnóstico Diferencial

Debe diferenciarse a la psoriasis de parapsoriasis en gotas, pitiriasis rosada, liquen plano, micosis fungoide, sífilis, dermatitis atópica, erupción por medicamentos, dermatitis por contacto, dermatitis seborreica, tiña de las uñas, eczema numular. (8,11)

11. Complicaciones

- a) Infecciones secundarias que pueden diseminarse y hacerse sistémicas.

b) Dermatitis por contacto, por automedicación

c) Candidiasis

d) Cataratas

e) Cáncer de piel

f) Envejecimiento precoz de la piel

g) Eritroderma: la psoriasis se disemina y luego se generaliza presentando la paciente afección de más del 90 % de la superficie corporal. Estos pacientes pueden mostrar alteración metabólica, pérdida de proteínas y líquidos por la piel.

h) Artropatía: puede presentarse poliartritis crónica progresiva con afección de articulaciones interfalángicas de manos y pies; hay dolor, psoriasis ungueal en un 80 %, anquilosis, rigidez y deformidad. (17,18)

12. Tratamiento

Debe de ser individualizado, su objetivo es que los intervalos de remisión sean largos; se divide en tópico y sistémico.

a) Tópicos:

- i) Antralina: 0.5% - 2% se aplica por 20 minutos y luego se retira.
- ii) Alquitrán de hulla: 3 % - 5 % en crema, se aplica por la noche en las lesiones; produce supresión del DNA.

- iii) Ácido salicílico: 3 % - 6 %, queratolítico y ayuda a remover la escama; crema y loción.
- iv) Corticosteroides: deben ser usados con precaución y por tiempo corto; disminuyen la queratinopoyesis y la proliferación de células inflamatorias.

v) Análogos de la vitamina D:

- Calcipotriol: crema y loción capilar, se aplica 2 veces al día; no debe aplicarse junto a ácido salicílico ya que este disminuye la acción del Calcipotriol.
- Tacalcitol: ungüento de una sola aplicación al día, disminuye la queratinopoyesis al disminuir la síntesis de DNA (8,11,12,14,17,21,22)

b) Sistémicos:

- i) Metotrexate: disminuye la proliferación celular al inhibir la fase S. Si se toma por tiempo prolongado puede producir afección hepática; solo debe ser usado por médicos especialistas.
Dosis: 2.5 a 7.5 mg 3 dosis orales cada 12 horas a la semana.
- ii) Dapsona: inmunoreguladora; dosis 100 mg / día
- iii) Etreinato e isotretinoína: derivados de vitamina A.
Dosis de 0.1 mg / Kg. / día
Funciona bien para psoriasis de grandes placas y variantes resistentes a terapia convencional.

- iv) Alquitrán de hulla más luz ultravioleta B (régimen de Goeckerman); quizás el tratamiento más efectivo para psoriasis extensa (> 20 % de superficie corporal), se aplica alquitrán de hulla por la noche y al día siguiente luz ultravioleta B.
- v) PUVA: psoralenos más luz ultravioleta A. (8,11,12,14,17,21,22)

13. Pronóstico

Es bastante variable, usualmente la enfermedad se presenta con remisiones y brotes. (18)

B. ARTRITIS PSORIASICA

1. Definición

Es una enfermedad inflamatoria aparentemente auto inmunitaria que afecta las articulaciones de las personas que padecen psoriasis de la piel o de las uñas, muy similar a la artritis reumatoide pero con serología de artritis reumatoide negativa. (3,4,5,10,15,24)

2. Epidemiología

Esta enfermedad es más frecuente en mujeres que en varones en una proporción de 2.5 a 1. En un 40% de los pacientes con artritis psoriásica se encuentra un antecedente familiar directo de psoriasis o artritis psoriásica; en un 57% de pacientes con antecedente familiar

directo de artritis psoriásica puede encontrarse una radiografía con destrucción ósea. En los Estados Unidos la prevalencia es de 5 - 8 %, su incidencia es de 10 - 15% y puede comenzar entre los 30 a 50 años de edad; la psoriasis precede a la artritis en un 60% de los casos, aparecen simultáneamente en un 15% de los casos y la artritis precede a la psoriasis en un 25% de los casos. (11,15,20,23)

En artritis psoriásica existe relación entre HLA B27 y DR7 los cuales son los más frecuentes; la artritis erosiva es más común entre quienes poseen el HLA DR3.(11)

3. Aspectos Históricos

La asociación de artritis y psoriasis fue formalmente descrita por primera vez en 1818 por Alibert y fue designada como artritis psoriásica por Bazin en 1860. En la época de la II guerra mundial la artritis psoriásica fue agrupada como una " variante " de artritis reumatoide. (11,20)

4. Manifestaciones Clínicas

Comienza en una o varias articulaciones que se afectan de forma asimétrica, cursa con tendinitis (inflamación de los tendones), inflamación de la fascia y ligamentos. Clínicamente se manifiesta en un 70% como artritis de las articulaciones de los dedos, 15% como poliartritis simétrica indistinguible de la reumatoide salvo por su

seronegatividad, 5% como artritis de las articulaciones distales de los dedos, 5% como artritis mutilante con destrucción ósea y 5% como espondilitis anquilosante; entre todos los pacientes con artritis psoriásica, un 40% puede sufrir de sacroileitis. Estos pacientes también pueden presentar entesopatía (inflamación de la zona en que un ligamento o tendón se une al hueso), oligoartritis asimétrica de pequeñas articulaciones interfalángicas proximales, interfalángicas distales y metatarsofalángicas; como manifestaciones extraarticulares conjuntivitis y uveítis. (1,2,3,4,5,10,11,13,15,20)

Suele comenzar de forma lenta, los síntomas articulares más frecuentes son:

- i) Rigidez matutina
- ii) Dolor e inflamación articular
- iii) Fatiga, cansancio general
- iv) Limitación a la movilidad
- v) Cambios de coloración articular (2,20)

Por el grado de afección de la artritis se ha valorado la siguiente clasificación que evalúa la capacidad funcional del paciente:

Grado I: No hay restricción de la capacidad para realizar actividades.

Grado II: Restricción moderada, pero con capacidad de realizar casi todas las actividades diarias.

Grado III: Restricción notable, con incapacidad de realizar casi todas las actividades diarias.

Grado IV: Incapacidad, confinamiento a la cama o silla de ruedas. (2)

Se han reportado una tendencia a la mejora de la artritis cuando se resuelve la psoriasis. (24)

5. Clasificación Clínica

Existen 2 tipos de afectación en artritis psoriásica:

i) Forma periférica: afecta a las articulaciones alejadas de la columna, afecta principalmente al sexo femenino; su patrón clínico de compromiso puede ser monoarticular, oligoarticular o poliarticular. Se describen 3 subtipos de artritis psoriásica de afectación periférica:

- Oligoartritis asimétrica que afecta tanto articulaciones pequeñas como grandes, se observa dactilitis en manos y pies.
- Afección interfalángica distal, relacionada con cambios ungueales.
- Poliartitis simétrica semejante a artritis reumatoide que carece de factor reumatoide o nódulos subcutáneos.

ii) Forma axial: afecta a la columna vertebral y articulación sacro ilíaca (espondilitis psoriásica) en donde se evidencia inflamación; en algunos casos se presentan neuralgias asociadas, puede encontrarse artritis mutilante que se manifiesta por destrucción de las vértebras o destrucción poliarticular que afecta a manos y pies. Afecta principalmente al sexo masculino y es el tipo de artritis psoriásica al que más se asocia pitting. Su patrón clínico de compromiso puede ser con o sin articulación periférica asociada. (5,6,7,10,20)

6. Diagnóstico

Una persona con oligoartritis inflamatoria seronegativa que se presente en articulaciones interfalángicas distales asociado con dactilitis (Inflamación de la vaina que rodea a los tendones de las manos y los pies, dándole a los dedos aspecto de "salchicha"), entesopatía, onicodistrofia y un antecedente de psoriasis no representa ningún problema para el diagnóstico. (11,20)

Aproximadamente una de cada 7 personas con artritis psoriásica presenta artritis en ausencia de lesiones psoriásicas, en estos pacientes es importante el antecedente familiar de psoriasis y el hallazgo de onicodistrofia; 20 o más pits(puntilleo en las uñas) sugieren psoriasis, 60 pits es patognomónico. (20)

Es característica importante la ausencia de factor reumatoide sérico lo que la distingue de artritis reumatoide. La ausencia de nódulos subcutáneos, pericarditis, esplenomegalia con síndrome de Felty, vasculitis necrotizante con mononeuritis, derrame pleural, neuropatías, habla mucho a favor de artritis psoriásica. (11,13,20)

Entre los hallazgos de laboratorio que pueden asociarse a artritis psoriásica se encuentra la demostración de HLAB27 en estos pacientes, elevación de reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación, PCR), factor reumatoide negativo, hallazgos propios de psoriasis como leucocitosis, anemia ferropriva. (11,20)

La radiología es un buen auxiliar en el diagnóstico de artritis psoriásica; se observa en una radiografía la presencia de anquilosis, nueva formación de hueso, erosiones, osteolisis en las articulaciones, deformidad secundaria a contracturas, deformidad de lápiz en copa la cual consiste en osteolisis simétrica y cónica en la cabeza ósea proximal con alargamiento en la base de la cabeza distal por nueva formación de hueso, sacroileítis asimétrica, artritis interfalángica distal, sindesmofitos voluminosos no marginales, periostitis. (11,20,24)

7. Tratamiento

Los medicamentos disponibles para el tratamiento de artritis psoriásica se dividen en las siguientes categorías:

1. Antiinflamatorios no esteroideos los cuales constituyen la primera línea de medicación en pacientes con artritis y psoriasis.
2. Sales de oro, sulfasalazina, metotrexate los cuales poseen mínimo efecto en la enfermedad de la piel pero muy buen efecto en la enfermedad articular.(24)
3. Etreinato, que posee efecto en la piel y articulaciones.
4. Ciclosporina la cual posee efecto en las articulaciones y la piel.
5. Fototerapia con psoralenos y luz ultravioleta A (320 - 390 nm) (PUVA) pudieran tener algún efecto en la piel y articulaciones.

En pacientes con leve o moderado compromiso de las articulaciones o entesopatía la terapia es antiinflamatorios no esteroideos; en presencia de severa artritis erosiva en múltiples articulaciones puede utilizarse antiinflamatorios en adición a agentes inmunosupresores . (9,20,21,24)

En el caso de afección de piel y articular puede utilizarse metotrexate solo o en combinación con ciclosporina a dosis bajas de 2.5mg/kg/d, sulfasalazina sola o en combinación con metotrexate; si se trata de afección grave puede utilizarse antagonistas del factor de necrosis tumoral tanto con etanercept como con infliximab.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. TIPO DE ESTUDIO

1. De acuerdo a la profundidad: Descriptivo
2. De acuerdo a la recolección de la información: Ambispectivo

B. SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO

Pacientes atendidos en INDERMA con diagnóstico de psoriasis y sus expedientes.

C. POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes atendidos en INDERMA diagnosticados con psoriasis en el período de enero a diciembre de 2001 los cuáles son 130 según registros.

D. CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes hombres y mujeres mayores de 16 años.
2. Pacientes diagnosticados con psoriasis y que consultaron por primera vez durante el año 2001.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
2. Pacientes que decidan retirarse del estudio.

F. VARIABLES

1.Independiente: Psoriasis

- 2.Dependiente:
- a) Artritis
 - b) Hallazgos de laboratorio y radiología
 - c) Tipo de psoriasis
 - d) Edad
 - e) Sexo
 - f) Clase funcional
 - g) Origen étnico
 - h) Pitting
 - i) Inicio de artritis psoriásica
 - j) Respuesta de fase aguda
 - k) Tipo de artritis psoriásica

G. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Se procedió a la revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico de psoriasis que consultaron por primera vez en el año 2001 de donde se obtuvo la información de las características de psoriasis. Posteriormente se localizó a dichos pacientes y se les citó a INDERMA en los meses de mayo y junio, tiempo en el que se les realizó interrogatorio, examen físico y a los pacientes con hallazgos clínicos sugestivos se les realizó radiografías, velocidad de sedimentación y proteína C reactiva. Con los datos obtenidos se llenaron las boletas de recolección de datos.

H. DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUA	DEFINICION OPERACIONAL	MEDICION
Artritis	Inflamación articular	Evaluación clínica	Nominal
Tipos de psoriasis	Por morfología y localización	Vulgaris, gutatta, palmo - plantar, pustulosa, etc	Nominal
Hallazgos de laboratorios y radiografías	Resultados positivos o negativos	HB:>12mg/dl, FR<6, PCR<6 GB hasta 9000 V/S hasta 20 A.Urico 2-7mg/dl erosión, deformidad, etc.	Razón
Sexo	Diferencia entre	Masculino y femenino	Nominal
Origen étnico	Raza de la persona	Asiático, blanco negro, mestizo	Nominal

Edad	Tiempo de vida de la persona	16 - 25 años 26 - 35 años 36 - 45 años 46 - 55 años 56 - 65 años > 66 años	Intervalo
Estadio funcional	Movilidad articular	I, II, III, IV	Nominal
Pitting	Puntilleo en las uñas	Evaluación clínica	Nominal
Respuesta de fase aguda	Aumento en reactantes de fase aguda	Aumento en V/S PCR, FR.	Razón
Inicio de artritis psoriásica	Tiempo de inicio de sintomatología	Agudo Subagudo Crónico	Nominal
Tipo de artritis psoriásica	Según su afección	Axial o periférica	Nominal

I. INSTRUMENTO

Se recolectó la información por medio de una boleta la cual consta de tres partes, la primera que incluye datos generales del paciente y sus antecedentes; la segunda que incluye el examen físico que se realizó al paciente y la tercera los hallazgos de laboratorio. Se llenó una boleta por cada paciente evaluado.

J. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Se tabularon los datos en base a porcentajes y se presentan cuadros utilizando hoja de cálculo de Microsoft Word.

K. ASPECTOS ETICOS

Al presentar los resultados de la investigación, no se dieron a conocer los nombres de los pacientes que fueron incluídos. Se respetó la integridad del paciente ya que no se le realizaron pruebas que hagan peligrar su salud o su vida. El paciente conoce y acepta participar en el estudio y pudo retirarse del mismo cuando así lo deseó.

L . RECURSOS

1.Materiales físicos:

- a) Equipo de oficina
- b) Computadora y sus accesorios.
- c) Materiales de oficina
- d) Infraestructura de INDERMA

2.Humanos:

- a) Asesores y revisora.
- b) Personal médico y paramédico del INDERMA
- c) Encargada de archivo
- d) Estudiante Investigadora.

3.Económicos:

a) Fotocopias	Q. 200 . 00
b) Materiales de oficina	Q. 100 . 00
c) Servicio de Internet	Q. 100 . 00
d) Luz eléctrica	Q. 500 . 00
e) Cartuchos de tinta	Q. 500 . 00
f) Telegramas	Q. 160 . 00
g) Servicio telefónico	Q. 500 . 00
h) Impresión de tesis	Q. 2,000 . 00
TOTAL	Q. 4,060 . 00

VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

Cuadro No. 1

Frecuencia de Artritis en Pacientes con Psoriasis

Diagnóstico	TOTAL	
	Absoluto	
Artritis	4	4.08%
Osteoartritis	2	2.04%
Fibromialgia	1	1.02%
Hiperlaxitud	1	1.02%
No participó	5	3.84%
Se retiró	4	3.07%
Artritis psoriásica probable	2	2.04%
No acudió a su cita	23	17.69%
Total de pacientes	130	100.00%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANALISIS:

Se estableció que del total de los pacientes con diagnóstico de psoriasis que consultaron por primera vez al Instituto de Dermatología y Cirugía de piel -INDERMA- durante el año 2001, la frecuencia de artritis psoriásica fue de 4.08%; porcentaje de población afectada que es inferior al rango de frecuencia que está reportado en la literatura (de 5 - 8%).(24)

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

Cuadro No. 2

Edad de inicio de artritis en pacientes con psoriasis

Edad	TOTAL	
	Absoluto	
16 - 25 a.	0	0.00%
26 - 35 a.	0	0.00%
36 - 45 a.	2	50.00%
46 - 55 a.	0	0.00%
56 - 65 a.	2	50.00%
> 65 a.	0	0.00%
TOTAL	4	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANALISIS:

La edad de inicio más frecuente de la artritis en los pacientes con psoriasis fue de 36 - 45 años y 56 - 65 años, lo cual coincide con la literatura que reporta que su comienzo es entre los 30 a 50 años de edad.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

Cuadro No. 3

Distribución por sexo en pacientes con artritis psoriásica

Sexo	TOTAL	
	Absoluto	
Masculino	3	75.00%
Femenino	1	25.00%
TOTAL	4	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANALISIS:

El sexo más afectado por artritis psoriásica fue el masculino; este resultado difiere de la literatura ya que se reporta más frecuente en mujeres.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS			
Cuadro No. 4			
Origen Etnico más afectado por Artritis en Psoriasis			
Origen Etnico	TOTAL		
	Absoluto		
Asiático	0	0.00%	
Blanco	0	0.00%	
Mestizo	4	100%	
Negro	0	0.00%	
TOTAL	4	100%	
FUENTE: Boleta de recolección de datos.			

ANALISIS:

El total de pacientes afectados por artritis psoriásica es de origen mestizo, debido a que en Guatemala este grupo constituye la mayoría. Para estudiar esta variable se requerirá de otro tipo de estudio.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS			
Cuadro No. 5			
Forma de Inicio más Frecuente de Artritis en Psoriasis			
Forma de Inicio	TOTAL		
	Absoluto		
Agudo	4	100.00%	
Subagudo	0	0.00%	
Crónico	0	0.00%	
TOTAL	4	100%	
FUENTE: Boleta de recolección de datos.			

ANALISIS:

Se encontró que la artritis psoriásica aparece más frecuentemente de forma aguda, lo cual concuerda con lo descrito en la literatura.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

Cuadro No. 6

Hallazgos Clínicos de Artritis en Psoriasis

Hallazgos Clínicos	Absoluto	
Entesopatía	1	25.00%
Dactilitis	1	25.00%
Dolor	4	100%
Inflamación	1	25.00%
Rigidez	1	25.00%
Deformidad	1	25.00%
FUENTE: boleta de recolección de datos		

ANALISIS:

El hallazgo clínico más frecuentemente observado fue dolor. Es importante destacar que en algunos casos un paciente presentó más de un hallazgo clínico.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

Cuadro No. 7

Articulaciones más Afectadas en Psoriasis

Articulaciones Afectadas	TOTAL	
	Absoluto	
Esqueleto Axial	3	75.00%
Manos	1	25.00%
FUENTE: boleta de recolección de datos		

ANALISIS:

Se observó más frecuentemente afección espinal, lo cual demuestra la afección de articulaciones grandes que frecuentemente se puede encontrar en artritis psoriásica.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

Cuadro No. 8		
Articulaciones más frecuentemente dolorosas		
Articulaciones	TOTAL	
	Absoluto	
Rodillas	3	75.00%
Tobillos	2	50.00%
FUENTE: Boletas de Recolección de datos		

Análisis:

Es importante destacar que de los pacientes evaluados, la mayoría refirió dolor en las rodillas, aunque al evaluar clínicamente no se evidenció inflamación en las mismas; tampoco se evidenció inflamación en los tobillos.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

Cuadro No. 9			
Relación entre Aparecimiento de Artritis y Evolución de Psoriasis			
	Evolución de Psoriasis	Aparecimiento de Artritis Absoluto	
	7 - 12 m.	3	75.00%
	13 - 18 m.	0	0.00%
	19 - 24 m.	0	0.00%
	> 24 m.	1	25.00%
	TOTAL	4	100%
FUENTE: Boleta de recolección de datos			

ANALISIS:

La mayoría de los pacientes afectados por psoriasis presentaron artritis antes de cumplir un año de presentar el padecimiento de la piel; el inicio temprano de artritis psoriásica evidencia peor pronóstico pero la detección temprana de la misma puede mejorarlo.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS		
Cuadro No. 10		
Tipos de Artritis Psoriásica		
Tipo de Artritis	TOTAL	
	Absoluto	
Axial	3	75.00%
Periférica	1	25.00%
TOTAL	0	100%
FUENTE: Boleta de recolección de datos.		

ANALISIS:

En la mayoría de los pacientes se encontró que el tipo de artritis más frecuente fue axial .

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS			
Cuadro No. 11			
Tipos de Psoriasis más Asociados con Artritis			
Tipo de Psoriasis por localización	TOTAL		
	Absoluto		
Cuero cabelludo	2	50.00%	
Vulgar	1	25.00%	
Invertida	1	25.00%	
TOTAL	4	100%	
FUENTE: Boleta de recolección de datos.			

ANALISIS:

Se encontró que según la localización de la psoriasis, la mayoría presentó artritis asociada a psoriasis en el cuero cabelludo.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS			
Cuadro No. 12			
Tipos de Psoriasis más Asociados con Artritis			
Tipo de Psoriasis	TOTAL		
por Morfología	Absoluto		
Placas	3	75.00%	
Seborrea	1	25.00%	
TOTAL	4	100%	
FUENTE: Boleta de recolección de datos.			

ANALISIS:

Se encontró que según la morfología de la psoriasis, la mayoría presentó artritis asociada a psoriasis en placas.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS		
Cuadro No. 13		
Tipos de psoriasis más frecuentes		
Tipos de Psoriasis	TOTAL	
	Absoluto	
Placas	84	85.71%
Seborrea	6	6.12%
Gutatta	5	5.10%
Pustulosa	1	1.02%
Pitting	1	1.02%
Pustulas y placas mixtas	1	1.02%
TOTAL	98	100.00%
FUENTE: Boletas de Recolección de datos		

Análisis: Se observa que el tipo más frecuente de psoriasis en la población de pacientes evaluados es en placas, lo cual se relaciona con que el tipo más frecuente de psoriasis en que se encontró artritis es en placas.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

Cuadro No. 14		
Hallazgos de Laboratorio en Artritis Psoriasica		
Hallazgos de Laboratorio	TOTAL	
	Absoluto	
Anemia	0	0.00%
Aumento de V/S	4	100%
Aumento de PCR	3	75.00%

FUENTE: boleta de recolección de datos

ANALISIS:

Se encontró que el total de los pacientes afectados por artritis psoriásica presentó elevación de velocidad de sedimentación y un 75% aumento en proteína C reactiva, ninguno de ellos presentó anemia.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

Cuadro No. 15		
Estadío Funcional de Artritis Psoriásica		
Estadío Funcional	TOTAL	
	Absoluto	
Estadío I	3	75.00%
Estadío II	1	25.00%
Estadío III	0	0.00%
Estadío IV	0	0.00%
TOTAL	4	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANALISIS:

La mayoría de pacientes afectados por Artritis Psoriásica se encontró en estadío I, lo cual es importante ya que el tratamiento temprano evita incapacidad y mejora el pronóstico.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

Cuadro No. 16			
Frecuencia de Pitting en Artritis Psoriásica			
Presencia de Pitting	TOTAL		
	Absoluto		
SI	1		25.00%
NO	3		75.00%
TOTAL	4		100%
FUENTE: Boleta de recolección de datos.			

ANALISIS:

Es importante observar que el porcentaje de pacientes que sí presentaron pitting (puntilleo fino de las uñas) representa el 25% de la población, demostrando así que este puede asociarse a artritis psoriásica.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

Cuadro No. 17			
Antecedente Familiar de Psoriasis			
Antecedentes familiares	TOTAL		
	Absoluto		Relativo
Sí	1		25.00%
No	3		75.00%
TOTAL	4		100.00
FUENTE: Boleta de recolección de datos.			

ANALISIS:

La mayoría de los pacientes no presentó antecedente familiar de psoriasis, a pesar de que la literatura refiere que el mismo es frecuente.

VIII. CONCLUSIONES

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS		
Cuadro No. 18		
Hallazgos Radiológicos en Artritis Psoriásica		
Hallazgos en Radiografías	TOTAL	
	Absoluto	
Sindesmofitos	1	25.00%
Disminución en espacio articular interfalángico	1	25.00%
Ensanchamiento sacroilíaco	1	25.00%
Esclerosis sacroilíaca	1	25.00%
Rectificación de lordosis	1	25.00%
FUENTE: Boletas de recolección de datos		

Análisis:

Puede observarse que de el total de pacientes con diagnóstico de artritis Psoriásica, el 25 % de ellos presentó hallazgos radiológicos sugestivos de ésta patología, siendo importante describir que en un mismo paciente pudo encontrarse dos hallazgos.

1. De los pacientes diagnosticados con psoriasis y atendidos en el Instituto de Dermatología y Cirugía de piel durante el año 2001, el 4.08% presentó artritis psoriásica.
2. El sexo más afectado por artritis psoriásica es el masculino con 75% y los grupos etáreos de 36 - 45 años y 56 - 65 años.
3. La articulación más afectada fue esqueleto axial.
4. El inicio de la artritis psoriásica fue en forma aguda en la mayoría de los casos (75%)
5. La mayoría de pacientes diagnosticados con artritis psoriásica no tiene antecedentes familiares de psoriasis.
6. La artritis se asocia más a psoriasis en placas según la clasificación por morfología y psoriasis de cuero cabelludo según localización.
7. El aparecimiento de artritis fue en la mayoría de los casos (75%) en forma temprana (7 - 12 meses de inició de la psoriasis) y axial.
8. El total de pacientes con artritis psoriásica presentó hallazgos en radiografías diagnósticos de la patología.

9. El total de pacientes con artritis psoriásica fue de origen mestizo.
10. La manifestación clínica más frecuente fue dolor, referido por los pacientes principalmente en las rodillas.
11. La mayoría de los pacientes (75%) se encontró en estadio funcional I, lo cual es favorable ya que mientras más temprano se hace el diagnóstico, mejor pronóstico tiene el paciente.
12. Se encontró que en un 25% de los pacientes se presenta Pitting, el cual se asocia mayormente con artritis psoriásica axial según lo refiere la literatura.

IX. RECOMENDACIONES

Se recomienda a INDERMA que:

1. A todos los pacientes con diagnóstico de psoriasis se les investigue la presencia de artritis psoriásica.
2. Los casos de artritis psoriásica que sean detectados se refieran a reumatología
3. Brindar al paciente con artritis psoriásica tratamiento farmacológico y fisioterapia para reducir el riesgo de incapacidad.

X. RESUMEN

El presente estudio descriptivo ambispectivo se realizó en el Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel "Dr. Fernando A. Cordero" con el objetivo de evaluar la frecuencia y sintomatología en pacientes con artritis psoriásica. Durante los meses de mayo y junio de 2002 se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de psoriasis atendidos por primera vez desde enero a diciembre de 2001; a cada uno de ellos se les realizó interrogatorio y examen físico para determinar la presencia o no de artritis y sus características clínicas.

A los pacientes con sintomatología y hallazgos clínicos de artritis se les realizó exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico. La frecuencia de artritis psoriásica fue de 4.08%, el sexo más afectado fue masculino, los grupos etáreos afectados fueron de 36 - 45 años y 56 - 65 años. La artritis se asoció más con psoriasis en placas, la articulación más afectada fue esqueleto axial, el tipo más frecuente de artritis fue axial, el hallazgo clínico más frecuente fue dolor.

Todos los pacientes con artritis psoriásica presentaron aumento de reactantes de fase aguda y hallazgos radiológicos positivos.

Se recomienda a INDERMA que todos los pacientes con diagnóstico de psoriasis se les investigue la presencia de artritis psoriásica y se refieran a reumatología.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aparato Locomotor. En Surós Semiología Médica y Técnica Exploratoria. 7ª.ed. México D.F. Massón.1998. 875 - 948.
2. Arnett, Frank. Artritis En Cecil Tratado de Medicina Interna. 20 ed. México D.F. Mc.Graw-Hill.1997.Vol.II. 1685 - 1693.
3. Artritis psoriásica.<http://www.abctusalud.com/documento.asp?ID=123&G=117>
4. Artritis psoriásica. http://cisat.iscii.es/er/pryler_bus?.asp?cod-enf=187
5. Artritis psoriásica. <http://www.ser.es/pacientes/psoriasis.html>
6. Artropatías. <http://med.unne.edu.ar/revista/revista108/artropatias.html>
7. Artritis psoriásica: cómo identificarla?<http://www.pangea.org/org/psoriasis/b/artritis.html>
8. Christofers, Enno. Mrowietz, Ulrich. Psoriasis. En Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 15 ed. México D.F. Mc.Graw-Hill 1999.Vol.I. 495 - 521.
9. Clegg, D. et.al. Comparison of Sulfasalazine and Placebo in the Treatment of Psoriatic Arthritis. Am Coll Rheumatol. 1996. Dec; 39(12):2013-2020.
10. Cush, John. Las espondiloartropatías. En Cecil Tratado de Medicina Interna. 20 ed. México D.F. Mc.Graw - Hill. 1997. Vol.I 1693 - 1701.
11. Escobar, E. Giraldo, R. Psoriasis y Parapsoriasis. En Vélez, Hernán et.al. Fundamentos de Medicina. 4ª.ed. Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas. 1994. 206 - 213.
12. Guzzo, Cynthia. et.al. Farmacología Dermatológica. En Goodman Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 9ª.ed. México D.F. Mc.Graw-Hill. 1996. Vol.II. 1697 - 1719.

13. Musset, P. Psoriatic Spondyloarthropaties. J. Rheumatol. 2000 Sept; 27(59):8-9.
14. Parker, Frank. Enfermedades de la Piel de Importancia General. En Cecil Tratado de Medicina Interna. 20 ed. México D.F. Mc.Graw-Hill 1997.Vol.II. 2548 - 2550.
15. Psoriasis y artritis. <http://www.pangea.org/org/psoriasi/b/b4psoart.htm>
16. Psoriasis. <http://www.drsalud.com/noticia.asp?id-not=1193>
17. Psoriasis. <http://www.geocities.com/rav77/eritemato/psoriasis.htm>
18. Psoriasis. <http://www.tuotromedico.com/temas/psoriasis.htm>
19. Rapp, S. et.al. Psoriasis Causes as Much Disability as Major Medical Disease. J Am Acad Dermatol. 1999.Sept; 41(3):401-407.
20. Sege, Karin. Winchester, Robert. Psoriatic Arthritis. En Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 15 ed. México D.F. Mc.Graw-Hill. 1999.Vol.I. 522 - 533.
21. Tanew, A. et.al. Half side Comparison of Erythemogenic Vrs. Suberythemogenic UVA doses in Oral Photochemotherapy of Psoriasis. J Am Acad Dermatol. 1999.Sept; 41(3):408-412.
22. Vahlquist, C. et.al. Treatment of Psoriatic Arthritis with extra Corporeal Photochemotherapy and Conventional Psoralen - Ultra-Violet A Irradiation. Am Coll Rheumatol. 1996.Sept;39(9):1519-1523
23. Wong, K. et.al. Mortality Studies in Psoriatic Arthritis. Am Coll Rheumatol. 1997.Oct; 40(10):1868-1872.
24. Zanolli, Michael. et.al. Psoriasis . México D.F. Interamericana. 1995.Vol.iv. 1044.

XII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

RESPONSABLE: Nydia Olimpia Ortega González
MANIFESTACIONES ARTICULARES EN PSORIASIS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____ Fecha: _____
Registro: _____ Edad: _____ Sexo: M ___ F ___
Origen Étnico: Asiático ___ Blanco ___ Mestizo ___ Negro ___
Historia familiar de psoriasis: Sí ___ No ___
Fecha de nacimiento: _____

1. Tipo de psoriasis:

- a) Por su localización: _____
- b) Por su morfología: _____
- c) Fecha de diagnóstico: _____
- d) Inicio probable: _____

2. Psoriasis Ungueal: Sí ___ No ___

3. Historia médica:

Diagnóstico: _____ año _____ activa (si-no) _____

4. Durante la ULTIMA SEMANA ha tenido:

Dolor _____ Inflamación _____ Rigidez _____

Fecha de inicio de síntomas: _____

5. Hay deformidad articular: Sí ___ No ___

6. Artritis periférica: Previa ___ Activa ___

- a) manos _____
- b) codos _____
- c) rodillas _____
- d) tobillos _____
- e) pies _____

7. Esqueleto axial: Previa____ Activa____

- a) coxofemoral____
- c) sacroilíaca____
- d) columna____

8. Inicio de los síntomas

- a) monoarticular____
- b) poliarticular____
- c) pauciarticular____
- d) sumatorio____

9. Forma de inicio

- a) agudo____
- b) subagudo____
- c) crónico____

10. Función articular

- a) I____
- b) II____
- c) III____
- d) IV____

11. Evaluación Reumatológica

	Localización	secuela
a) oligoartritis	_____	_____
b) poliartritis simétrica	_____	_____
c) interfalángica distal	_____	_____
d) afección espinal	_____	_____
e) mutilante	_____	_____
f) entesopatía	_____	_____
g) rigidez	_____	_____
h) dactilitis	_____	_____

12. Hallazgos de laboratorio:

HB: _____ HT: _____ V/S: _____ GB: _____ PCR: _____

FR: _____ Acido Úrico: _____

Radiografías:

