



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Características clínico-radiológicas de los pacientes con Espondiloartritis Axial de la cohorte de Espondiloartritis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en 2016-2018

AUTORAS:

Sánchez Gómez, Rebeca Esther
Talledo Dioses, Viviana Valentina

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Médico**

TUTOR:

Zúñiga Vera, Andrés Eduardo

Guayaquil, Ecuador

30 de abril del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Sánchez Gómez, Rebeca Esther y Talledo Dioses, Viviana Valentina, como requerimiento para la obtención del título de Médico.

TUTOR

f. _____
Zúñiga Vera, Andrés Eduardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 30 días del mes de abril del año 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Sánchez Gómez, Rebeca Esther y Talledo Dioses, Viviana
Valentina

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, “Características clínico-radiológicas de los pacientes con espondiloartritis axial de la cohorte de Espondiloartritis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en 2016-2018” previo a la obtención del título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 días del mes de abril del año 2019

LAS AUTORAS

f. _____
Sánchez Gómez, Rebeca Esther

f. _____
Talledo Dioses, Viviana Valentina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Sánchez Gómez, Rebeca Esther y Talledo Dioses, Viviana
Valentina

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “Características clínico-radiológicas de los pacientes con espondiloartritis axial de la cohorte de Espondiloartritis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en 2016-2018”, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 días del mes de abril del año 2019

LAS AUTORAS:

f. _____
Sánchez Gómez, Rebeca Esther

f. _____
Talledo Dioses, Viviana Valentina

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Sanchez-R_Talledo-V_62.docx (D50846871)
Submitted: 4/19/2019 6:43:00 PM
Submitted By: REBECASANCHEZ1589@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por guiar nuestros pasos y permitirnos cumplir este propósito.

A nuestros padres por su sacrificio, apoyo, paciencia y amor invaluable.

A nuestros hermanos, ejemplo de esfuerzo y dedicación; por enseñarnos a mantenernos fuertes y no desistir.

A nuestro tutor de tesis, por su inmensa paciencia, generosidad y sabiduría al guiarnos en este arduo trabajo.

Sánchez Gómez, Rebeca Esther

Talledo Dioses, Viviana Valentina

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres Jorge Sánchez y Mariana Gómez quienes me
brindaron su apoyo incondicional siempre.

A mis hermanos Jorge, Diana y Daniel que me han ayudado de una u otra
forma a lo largo de la carrera.

Sánchez Gómez, Rebeca Esther

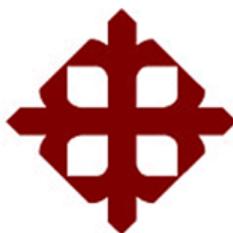
Dedico esta tesis a la memoria de mi padre, Jorge Talledo, el amor de vida,
quien me acompañó desde que inicié este camino y siempre me brindó
palabras de aliento cuando sentía que todo estaba perdido; el que me
enseñó a amar esta noble profesión y a nunca rendirme.

A mi madre Luzmila, la luz de mi vida, por enseñarme que con amor,
paciencia y humildad se pueden lograr grandes cosas.

A mis hermanas, Ingrid y Úrsula, por su apoyo incondicional quienes con sus
palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y
cumpla con mis ideales.

Sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

Talledo Dioses, Viviana Valentina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Vera Landívar, Gloria Xiomara
DOCENTE

f. _____

Pérez Correa, Daniel Felipe
DOCENTE

f. _____

Moreno Córdova, Guido Niman
DOCENTE

f. _____

Zúñiga Vera, Andrés Eduardo
TUTOR

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEÓRICO	4
1.1 Capítulo I: Introducción a las Espondiloartritis	4
1.2 Capítulo II: Espondiloartritis axial (EspAax)	9
MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Diseño del estudio.....	11
Área de estudio y Población.....	11
Criterios de selección	11
Criterios de inclusión	11
Criterios de exclusión	12
Método de recogida de datos	12
VARIABLES	13
CONSIDERACIONES ÉTICAS	18
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXOS	41

RESUMEN

La Espondiloartritis (EspA) es una enfermedad inflamatoria y crónica, que debido a sus características clínico-radiológicas se retrasa su diagnóstico, favoreciendo la progresión de la EspA Axial. **Objetivo:** Determinar las principales características clínicas y radiológicas que presentan los pacientes con diagnóstico de EspA en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre los años 2016 - 2018. **Metodología:** Estudio de cohorte retrospectivo, descriptivo, observacional. **Resultados:** Se obtuvo una población de estudio de 114 pacientes, 87 (76.32%) varones. Con una media de edad de 42 años. La clínica fue de inicio insidioso en 73.68% y su sintomatología más frecuente fue dolor en extremidad 86.84%, lumbalgia inflamatoria 57.02%. Un 68.42% no refirió sintomatología extra-articular. Se observó en un 21.93% uveítis y en 6.14% psoriasis. Alguna evidencia radiológica se presentó en 76.32%, el 55.26% cumplió con criterios de Nueva York, 22.81% tenía sindesmofitos y otras osificaciones en un 33.33%. El 57.89% presentó sacroilitis, bilateral 50% y con grado IV el 21.05%. El promedio del BASDAI fue de 4.38 con desviación standard de 2.35. El promedio de BASFI fue de 4.77 con desviación standard de 3.03. El 57,89% del PCR se situó en valores superiores a 5mg/L, con un promedio de 4.96 y desviación standard de 7.46. El HLAB-27 fue positivo en 61.40% de la población. **Conclusión:** La mayor población afectada fue la masculina. La clínica en su mayoría fue insidiosa y el síntoma frecuente fue el dolor periférico, seguido de lumbalgia. La manifestación extra-articular más frecuente fue la uveítis. Más de la mitad de la población cumplía criterios de Nueva York para Espondilitis Anquilosante. La mayoría tenía HLAB-27 positivo.

Palabras Clave: Espondiloartritis Anquilosante, Espondiloartritis Axial no radiográfica, Uveítis, Psoriasis, Artritis, Entesitis

ABSTRACT

Spondyloarthritis (SpA) is an inflammatory and chronic rheumatic disease. Due to their clinical and imaging characteristics, diagnosis is delayed, helping to the progression of axial SpA. **Objective:** Determine the main clinical and radiological characteristics of SpA patients in the Hospital Teodoro Maldonado Carbo, between 2016 - 2018. **Methodology:** Retrospective, descriptive, observational, cohort study. **Results:** We obtained a population of 114 patients, 87 (76.32%) males. With an average of 42 years old. Insidious onset was observed in 73.68% and the most frequent symptom was a limb pain 86.64%, and inflammatory lumbar pain 57.02%. A 68.42% did not show any extra-articular symptoms. A 21.93% shows uveitis, 6.14% psoriasis. It was radiologic evidence in 76.32% of cases and 55.26% met the New York criteria, 22.81% showed syndesmophytes and other ossifications in 33.33%. Patients showed sacroiliitis in 57.89%, 50% were bilateral, with grade IV in 21.05%. The BASFI average was 4.77 and the standard deviation was 3.03. 57.89% of individuals showed a PCR higher than 5 mg/L, whose average was 4.96 and the standard deviation was 7.46. 61.40% of the population had a positive HLAB-27. **Conclusion:** Most of the population were male. The most frequent onset was insidious and the most frequent symptom was peripheral pain, followed by lumbar pain. The most frequent extra-articular symptom was uveitis. Most of the patients had Ankylosing spondylitis, meeting the New York criteria; and had a positive HLAB 27.

Key words: Ankylosing, No Radiographic Axial Espondiloarthritis, Uveitis, Psoriasis, Arthritis, Entesitis

INTRODUCCIÓN

Las espondiloartritis (EspA), también denominadas como espondiloartropatías seronegativas, son un grupo de enfermedades reumáticas relacionadas entre sí, debido a que comparten características clínicas, fisiopatológicas, genéticas, radiográficas, epidemiológicas y de respuesta terapéutica. Dentro de este grupo, además de otras, se incluye en la actualidad a la espondiloartritis axial (EspAax), la cual engloba dos subgrupos: la espondilitis anquilosante (EA) y la EspAax no radiográfica (EspAax-nr) ¹.

La prevalencia global de las enfermedades reumáticas inflamatorias varía entre 0.23% y 1.8%. La EspA, perteneciente a este grupo de enfermedades, presenta una prevalencia variada entre diferentes grupos étnicos, situándose en Europa entre el 0.08 y el 0.26%, con una prevalencia estimada en los Estados Unidos de 0.9% a 1.4% ^{2,3}. La información epidemiológica sobre enfermedades reumáticas en el Ecuador es escasa, un estudio sobre prevalencia de trastornos musculoesqueléticos y enfermedades reumáticas ⁴ realizado en la ciudad de Cuenca, determinó que el 32.5% (muestra de 4877) reportó dolor musculoesquelético en los últimos 7 días del inicio del estudio y 45.7% en algún momento de la vida; la prevalencia de osteoartritis de rodilla fue de 7.4%, artrosis de mano 5.3%, dolor de espalda baja 9.3%, artritis reumatoidea 0.8%, fibromialgia 2%, gota 0.4% y lupus 0.06%, pero no se encontraron estudios epidemiológicos poblacionales de EspA en nuestro país. En un estudio de prevalencia hospitalaria de EspA y uso de tratamientos biológicos y no biológicos realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016, se seleccionó 181 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión; los resultados obtenidos demostraron que 115 pacientes eran del género masculino (63.54%) y 66 del género femenino (36.46%), siendo la edad más frecuente de presentación entre 30 a 50 años (42.55%) con una media de 49.2. La presentación clínica más frecuente fue la mixta (49.72%), seguida de la axial (36.46%) y luego la periférica (13.81%) ⁵.

La EspA es una enfermedad reumática inflamatoria y crónica, en la cual algunos de los motivos por los cuales hay un retraso en su diagnóstico son por la inespecificidad en los marcadores de laboratorio e imagen. A pesar del notable avance en conocimientos en el aspecto clínico y terapéutico de la enfermedad, aún se conoce muy poco sobre su patrón de inicio. Un estudio realizado en España se concluyó que el retraso diagnóstico es de aproximadamente 6,5 +/- 8,4 años, resultando difícil de determinar cómo progresa la enfermedad y las primeras manifestaciones clínicas. Se estima que existe un retraso promedio de 8,5 años entre el inicio de los síntomas y su probable diagnóstico; y solo un 15% de los casos reciben un diagnóstico dentro de los tres meses posteriores a la presentación inicial ³.

La necesidad de realizar este tipo de estudio en esta población se debe a que los profesionales de salud que se desenvuelven en entornos no especializados con frecuencia no reconocen los signos y síntomas de la espondiloartritis, algo que probablemente pase también en nuestro país. Las manifestaciones clínicas musculoesqueléticas de la enfermedad a menudo se diagnostican erróneamente como un dolor lumbar de tipo mecánico, lo que conlleva a retrasos en el acceso a un tratamiento efectivo, mientras tanto el paciente se va deteriorando; y lo que inició como una EspAax-nr puede progresar a una EA.

Por estos motivos se realizó este estudio. La descripción de las características tanto clínicas como radiológicas con las que se presentan los pacientes con EspAax en nuestra población, podrían servir para detectar y diagnosticar a tiempo la enfermedad; y de esta manera brindar el tratamiento específico.

MARCO TEÓRICO

1.1 Capítulo I: Introducción a las Espondiloartritis

El término EspA se emplea para referirse a una familia de trastornos de carácter inflamatorio que comparten algunas características entre sí, que incluyen manifestaciones extraarticulares que pueden debutar al inicio o durante el transcurso de la enfermedad. La EspA puede clasificarse como EspAax o EspA periférica, dependiendo de la distribución y la afectación articular se las puede denominar de la siguiente manera ⁶.

1. EspAax
 - a. EA
 - b. EspAax-nr
2. SpA periférica
 - a. Artritis reactiva
 - b. Artritis psoriásica
 - c. Artritis enteropática
 - d. Espondiloartropatía indiferenciada
 - e. Espondilitis juvenil

Los diferentes tipos de EspA comparten ciertas características, las principales son la inflamación de las articulaciones axiales principalmente las sacroiliacas, la oligoartritis asimétrica especialmente de las extremidades inferiores, la dactilitis y la entesitis que es la inflamación del ligamento o tendón en los sitios de inserción al hueso. Nos enfocaremos en la EspAax, la cual engloba dos subgrupos: la EA y la EspAax-nr ⁷.

La EspAax frecuentemente se presenta como dolor de espalda de tipo crónico potencialmente incapacitante. A menudo se asocia con una o más de las características extraespinales articulares o periarticulares, que abarcan entesitis, sinovitis y dactilitis. Además, pueden estar asociados otro tipo de características no articulares como son la uveítis, psoriasis y la enfermedad inflamatoria intestinal ⁸.

La prevalencia de la EspAax va a depender del grupo étnico, la población de estudio y los criterios de clasificación. Existe una clara correlación entre la prevalencia de EA y la presencia del antígeno leucocitario humano (HLA-B27).

Se estima que aproximadamente del 5 al 6% de las personas que tienen resultados positivos frente al antígeno leucocitario humano (HLA-B27) padecen EA. En Estados Unidos la prevalencia de EspAax fue de 1.4% y de EA fue de 0.55%. Las prevalencias medias de EA por 10.000 en América del Norte, Europa, Asia, América Latina y África fueron 31.9, 23.8, 16.7, 10.2 y 7.4, respectivamente. Algunos estudios reportan que el riesgo de EA aumenta entre los familiares de pacientes afectados y que es más común entre los hombres, pero las frecuencias entre hombres y mujeres son más similares en EspAax-nr^{9, 10}. En Ecuador existe muy pocos estudios sobre la prevalencia de las EspA; podemos destacar un estudio de prevalencia de EspA y uso de tratamientos biológicos y no biológicos realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016; en el cual se seleccionó 181 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Los diagnósticos que se encontraron en dicha población fueron espondilitis anquilosante (65.75%), artritis psoriásica (33.15%), enfermedad de Reiter (0.55%) y artritis reactiva (0.55%). La presentación clínica más frecuente fue la mixta (49.72%), seguida de la axial (36.46%) y luego la periférica (13.81%). El síntoma extraarticular más frecuente fue la dactilitis (16.57%). El 28.73% de pacientes tuvo HLA B27 positivo, y el 40.33% presentaron sacroilitis⁵.

Patología

Estas enfermedades afectan a las articulaciones y la columna vertebral y comparten ciertas características. Por ejemplo, causan dolor de espalda, inflamación de los ojos (uveítis), síntomas digestivos y erupciones cutáneas. Algunos están fuertemente asociados con el gen HLA-B27. Como causan en gran medida los mismos problemas y comparten características genéticas, algunos expertos creen que estos trastornos comparten también causas y fisiopatología similares¹¹.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de las EspA evolucionan de forma lenta. El paciente suele tener períodos libres de síntomas y períodos con exacerbaciones de la enfermedad. La afectación de la columna vertebral es más extensa en la EA y puede ocasionar complicaciones, como fracturas y

compromiso neurológico. No obstante, y a pesar del carácter crónico de estas enfermedades, son pocos los pacientes que van a evolucionar a una forma invalidante y lo normal es que presenten pocas secuelas, permitiéndole tener una vida casi normal ¹².

Los signos y síntomas de la enfermedad son variables, sin embargo, la sintomatología característica es la lumbalgia inflamatoria que se acompaña de rigidez matinal de más de 30 minutos, en especial por las mañanas y que mejora con la actividad física pero no con el reposo y que se exacerba por las noches. La lumbalgia de la EA es crónica, insidiosa; con frecuencia se acompaña de dolor en los glúteos a nivel de la articulación sacroilíaca. El curso de la enfermedad es variable, pueden existir periodos de remisión espontánea que se alternan con periodos de exacerbación ¹³.

Principales características musculoesqueléticas:

Dolor de espalda inflamatorio (Inflammatory back pain - IBP): se caracteriza por ser un dolor de tipo mecánico o inespecífico, es muy común en la EspAax. Con una prevalencia del 20% aproximadamente. Se ha descrito un patrón de malestar que debe de cumplir con ciertos parámetros para considerarlo como IBP. Se utilizan los criterios de "ASAS (Evaluación de la Sociedad Internacional de Espondilo de la Artritis)" para identificarlos. Si se cumplen 4 de los 5 criterios se considera como positivo, mientras que si se cumplen 3 de los 5 criterios se lo cataloga como sospechoso ¹⁴.

- Aparición de molestias en la espalda antes de los 40 años.
- Inicio insidioso.
- Mejora con el ejercicio.
- No mejora con el descanso.
- Dolor en la noche

Una característica adicional del dolor lumbar en los pacientes con EspAax, es que tienen una muy buena respuesta al tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo, desapareciendo dentro de las 24 a 48 horas, esto es muy característico de la EspA¹⁵.

Artritis periférica: Se caracteriza por ser de inicio agudo, afecta predominantemente las extremidades inferiores, especialmente las rodillas y

los tobillos y se acompaña de hinchazón. Suele ser asimétrica y afecta de una a tres articulaciones, puede ser de carácter leve o incapacitante. La sensibilidad y especificidad de la oligoartritis asimétrica en la EspA es de 41-87% ^{7, 16}.

Entesitis: hace referencia a la inflamación en el sitio de inserción de los ligamentos, tendones, cápsula articular o fascia al hueso, y es relativamente específica de EspA. En el examen físico se observa como hinchazón en los talones, en la zona de inserción del tendón de Aquiles. Existen otros sitios de entesis que pueden no estar inflamados, pero si ocasionar mucho dolor, como lo son las crestas ilíacas, troncánteres mayores, epicóndilos en los codos, mesetas tibiales, uniones costocondrales en el esternón, tuberosidades humerales, entre otros ^{16, 17, 18}.

Dactilitis (dedos de salchicha): es un rasgo característico, pero no específico de la EspA, también aparece en la artritis psoriásica y en la artritis reactiva. En la dactilitis todo el dedo está hinchado, a diferencia de la sinovitis, en donde la inflamación se limita a las articulaciones ¹⁹.

Otras características musculoesqueléticas: se pueden observar manifestaciones musculoesqueléticas adicionales como dolor en el cuello, dolor en la pared torácica anterior o en la caja torácica, cifosis dorsal, limitación en los rangos de movimiento lumbar y expansión torácica. La limitación en los rangos de movimiento de la columna vertebral y expansión torácica, dependerán de la edad, el tiempo de evolución y el daño estructural ^{20, 21}.

Manifestaciones clínicas no musculoesqueléticas:

Enfermedad ocular inflamatoria: la conjuntivitis y la uveítis son dos enfermedades inflamatorias oculares que pueden asociarse con EspA. La conjuntivitis se caracteriza por ser no purulenta y transitoria, los síntomas suelen desaparecer a la semana. La uveítis suele aparecer de forma aguda y unilateral, los pacientes pueden manifestar dolor, enrojecimiento y fotofobia. Se estima que entre el 20 al 25% de los pacientes que presentan uveítis a repetición padecen EspA ^{22, 23, 24}.

Inflamación de la mucosa intestinal: la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se asocia en un 6.8% con la EA ²⁵.

Psoriasis: Es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta la piel y se caracteriza por presentar lesiones escamosas y engrosadas. La psoriasis se presenta en aproximadamente 10% de los pacientes con EA ^{25, 26}.

Métodos diagnósticos

HLA-B27: se estima que aproximadamente 90% de los pacientes con EA y entre el 50 al 70% de los pacientes con algún tipo de EspA tienen positivo el antígeno HLA-B27; sin embargo, si solo se tiene un HLA-B27 positivo, no se considera como diagnóstico definitivo ²⁷.

Reactantes de fase aguda: dentro de este grupo se incluye la velocidad de eritrosedimentación y los niveles de Proteína C Reactiva; estos tienden a aumentar en un 35 a 50% en los pacientes con EspAax ²⁸. Cabe recalcar que los niveles de PCR elevados son predictores de la progresión en las imágenes radiológicas.

Estudios de imagen

La principal prueba es la radiografía simple. El hallazgo característico es la sacroilitis en paciente jóvenes ²⁹. En el siguiente apartado se detallará más este tipo de pruebas complementarias.

1.2 Capítulo II: Espondiloartritis axial (EspAax)

Espondiloartritis anquilosante (EA)

La EA es la más frecuente y representativa del grupo de EspA y la que está más firmemente ligada con el gen HLA-B27. Se caracteriza por ser una enfermedad inflamatoria sistémica de carácter crónico, su origen aún es desconocido. Al inicio de la enfermedad se presenta disminución de la movilidad de la columna vertebral que se manifiesta como restricción a la flexión y extensión de la columna lumbar y limitación en la expansión torácica. Una característica diagnóstica es la sacroilitis; los pacientes lo refieren como dolor a nivel de los glúteos que se exagera a la digitopresión a nivel de las articulaciones sacroilíacas. Para confirmar la presencia de sacroilitis se puede solicitar una radiografía simple de cadera, sin embargo, los cambios que son parte de los criterios diagnósticos tienden a ser tardíos y percibirse después de tres o cinco años evolución y en algunos casos tardan muchos años más. Sin embargo, algunos estudios demuestran que la RM puede detectar los cambios incipientes de la sacroilitis resultando ser de gran ayuda para un diagnóstico precoz ^{1, 30}.

No se conoce una causa específica que esté asociada a la EA, sin embargo, se presume que existen factores genéticos que están fuertemente arraigados al desarrollo de la enfermedad. Algunos estudios coinciden que la EA tiene mayor incidencia en las personas portadoras del antígeno HLA B27, pero la presencia de HLA B27 no es absolutamente esencial para el desarrollo de la enfermedad. Las personas portadoras de este antígeno parecen desencadenar una respuesta anormal frente a la acción de determinados gérmenes. Por lo tanto, probablemente la presencia de ambos factores entre otros más sean los desencadenantes de la enfermedad ³¹.

Criterios de New York

A pesar de que existen ciertas limitaciones para el diagnóstico precoz de la EA, se recomienda utilizar los criterios de New York (NY). Sin embargo, el uso de estos criterios es limitado, debido a que es difícil detectarlo en estadios precoces; algunos estudios realizados estiman que entre un 50%-70% de los pacientes que padecen la enfermedad tardarán aproximadamente entre 5 a

10 años para que se manifieste radiológicamente. Además, la sacroilitis grado I-II a veces es difícil de delimitar resultando muchas veces errónea y retrasando su diagnóstico. En los nuevos criterios diagnósticos modificados de New York de la espondilitis axial para su diagnóstico cierto se requiere de un criterio radiológico y 1 o más criterios clínicos, mientras que el diagnóstico probable demanda la presencia de los 3 criterios clínicos o solo un criterio radiológico ³².

EspA pre-radiográfica

En la EspAax-nr o también llamada pre-radiográfica se incluyen a los pacientes que no presentan ninguna alteración en las radiografías o por el contrario a aquellos pacientes que presentan sacroilitis inicial pero que no cumplen con los criterios NY modificados, pero pueden presentar edema en sacroilíacas en la RM ^{6, 33}.

Los pacientes con EspAx exhiben anomalías radiográficas compatibles con sacroilitis, pero estos hallazgos están ausentes o son mínimos en la radiografía simple en EspAax-nr. El diagnóstico se apoya en la evidencia de la inflamación activa de las articulaciones sacroilíacas (SI) en la resonancia magnética (RMN), mediante una combinación de otros hallazgos, o ambos. No está claro si este tipo de clasificación hace referencia a trastornos distintos pero superpuestos o simplemente puntos diferentes en la gravedad o cronología de la enfermedad. Diversos estudios han demostrado que aproximadamente del 5-10% de los pacientes con EspAx-nr desarrollarán sacroilitis radiográfica de EA en aproximadamente dos años y 20% después de cinco años de seguimiento ^{9, 34, 35}.

MATERIALES Y MÉTODOS

OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo general

Determinar las características clínicas y radiológicas que presentan los pacientes con diagnóstico de EspAax en el HTMC, entre los años 2016 - 2018.

Objetivos específicos

1. Describir las características clínicas de EspAax clasificados por subtipo.
2. Describir las características radiológicas de la EspAax clasificados por subtipo.
3. Correlacionar el subtipo de EspAax con las diversas complicaciones.

Diseño del estudio

Se trató de un estudio longitudinal, retrospectivo, descriptivo, observacional.

Área de estudio y Población

Esta investigación se realizó en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2016-2018. La población de estudio fueron todos los pacientes con diagnóstico de EspAax.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de EspAax entre los años 2016-2018.

- Pacientes codificados con CIE 10: M45, M46, M48.0, M49.5, M49.8. que consten en el MIS /MEDICAL INFORMATION SYSTEM.

Criterios de exclusión

- Pacientes con otro tipo de espondiloartropatía.
- Pacientes con datos insuficientes clínicos y/o radiológicos
- Pacientes con diagnóstico no realizado por médico reumatólogo.

Método de recogida de datos

- El método que se utilizó en la presente investigación fue la de revisión y recogida de datos en el sistema informático de archivo médico MIS /MEDICAL INFORMATION SYSTEM, y del sistema de imágenes AdVisor. Posterior a ello se realizó un filtro de datos en una hoja de Microsoft Excel con todos los criterios de selección relevantes para el estudio.

VARIABLES

Las variables que intervinieron en el presente estudio se determinan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable en estudio		Definición de la variable	Indicador	Tipo	Nivel de medición
Demográficas	Edad	Rango etario del paciente.	Número de años registrado en historia clínica.	Cuantitativa Numérica: Discreta	Número de años
	Sexo	Condición orgánica que define hombres y mujeres.	Según el sexo biológico registrado en la historia clínica.	Cualitativa Categórica Nominal Dicotómica	M (Masculino)= 0, F (Femenino)= 1
Criterios clínicos	Inicio insidioso	Forma lenta y progresiva de la enfermedad.	Descrito en la historia clínica.	Cualitativa Categórica Nominal Dicotómica	No= 0, Sí= 1
	Presencia de artritis	inflamación o degeneración de articulaciones.	Descrito en la historia clínica.	Cualitativa Categórica Nominal Dicotómica	No= 0, Sí= 1
	Presencia de dactilitis	Inflamación de un dedo de la mano o del pie.	Descrito en la historia clínica.	Cualitativa Categórica Nominal Dicotómica	No= 0, Sí= 1
	Presencia de entesitis	Inflamación en la zona de inserción del	Descrito en la historia clínica.	Cualitativa Categórica Nominal	No= 0, Sí= 1

		ligamento o tendón o musculo al hueso.		Dicotómica	
	Presencia de Dolor en extremidad	Percepción sensorial delimitada en miembro superior o inferior.	Según datos proporcionados en la historia clínica.	Cualitativa Categoría Nominal Dicotómica	No= 0, Sí= 1
	Lumbalgia Inflamatoria	Dolor localizado en la parte baja de la espalda.	Según datos proporcionados en la historia clínica.	Cualitativa Categoría Nominal Dicotómica	No= 0, Sí= 1
	Manifestaciones extra-articulares	Signos clínicos observados en región distinta a la zona articular. Uveítis: inflamación de la capa media del ojo. Psoriasis: afección cutánea.	Según datos proporcionados en la historia clínica.	Cualitativa Categoría Nominal Politémica	No=0, Uveítis= 1, Intestinal= 2, Psoriasis=3, Otras o más de 1 =3.
	Promedio Escala BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis)	Cuestionario para medir la actividad de la enfermedad	Dato proporcionado en la historia clínica.	Cualitativa Categoría Escala Politémica	Promedio BASDAI recolectado de las historias clínicas

	Disease Activity Index)	en pacientes con Espondilitis Anquilosante.			en el periodo de estudio.
	Promedio Escala BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)	Cuestionario para medir la funcionabilidad de los pacientes con Espondilitis Anquilosante.	Dato proporcionado en la historia clínica.	Cualitativa Categorica Escala Politómica	Promedio BASFAI recolectado de las historias clínicas en el periodo de estudio.
Crterios radiológicos	Cumplimiento de criterios New York (NY)	Criterios diagnósticos modificados de NY definidos para Espondilitis Anquilosante.	Variable determinada a juicio de los investigadores según cumplimientos de criterios NY descritos en la historia clínica.	Cualitativa Categorica Nominal Dicotómica	No= 0, Sí= 1
	Manifestaciones radiológicas	Signos evidentes en estudios de imagen.	Según datos proporcionados en la historia clínica y/o reportado por médico imagenólogo.	Cualitativa Categorica Nominal Dicotómica	No= 0, Sí= 1
	Presencia de sindesmofitos	Osificación de las fibras externas del	Según datos proporcionados en la historia	Cualitativa Categorica Nominal	No= 0, Sí= 1

		anillo fibroso del disco intervertebral	clínica y/o reportado por médico imagenólogo.	Dicotómica	
	Presencia de sacroilitis	Inflamación de las articulaciones sacroilíacas	Según datos proporcionados en la historia clínica y/o reportado por médico imagenólogo.	Cualitativa Categoría Nominal Dicotómica	No= 0, Sí= 1
	Tipo de sacroilitis	Patrón inflamatorio de las articulaciones sacroilíacas.	Según datos proporcionados en la historia clínica y/o reportado por médico imagenólogo.	Cualitativa Categoría Nominal Politémica	No=0, Unilateral=1, bilateral=2
	Grado de Sacroilitis	Nivel de afectación inflamatoria en articulaciones sacroilíacas.	Según datos proporcionados en la historia clínica y/o reportado por médico imagenólogo.	Cuantitativa Escala Ordinal Politémica	No o no mencionado=0, Grado 1= 1, Grado= 2, Grado 3= 3, Grado 4= 4.
	Presencia de Cuadraturas, Romanus, Puentes Óseos, Erosiones.	Formación de tejido óseo en carillas articulares o	Según datos proporcionados en la historia clínica	Cualitativa Categoría Dicotómica	No= 0, Sí= 1

		entre vertebras			
Criterios de Laboratorio	PCR (Proteína C Reactiva) >5 mg/L	Marcador de laboratorio que indica alta actividad inflamatoria de la enfermedad	Según datos proporcionados en la historia clínica	Cualitativa Categorica Nominal Dicotómica	No=0, Sí=1
	Promedio PCR	Marcador de laboratorio que indica nivel actividad inflamatoria de la enfermedad	Según datos proporcionados en la historia clínica	Cualitativa Categorica Nominal Dicotómica	No=0, Sí=1
	Presencia de HLAB-27 (antígeno leucocitario humano B*27)	Expresión en la membrana de las células de este marcador para evaluar la posibilidad de enfermedad autoinmune.	Según datos proporcionados en la historia clínica	Cualitativa Categorica Nominal Politómica	No mencionado=0, Sí=1, Sí=2

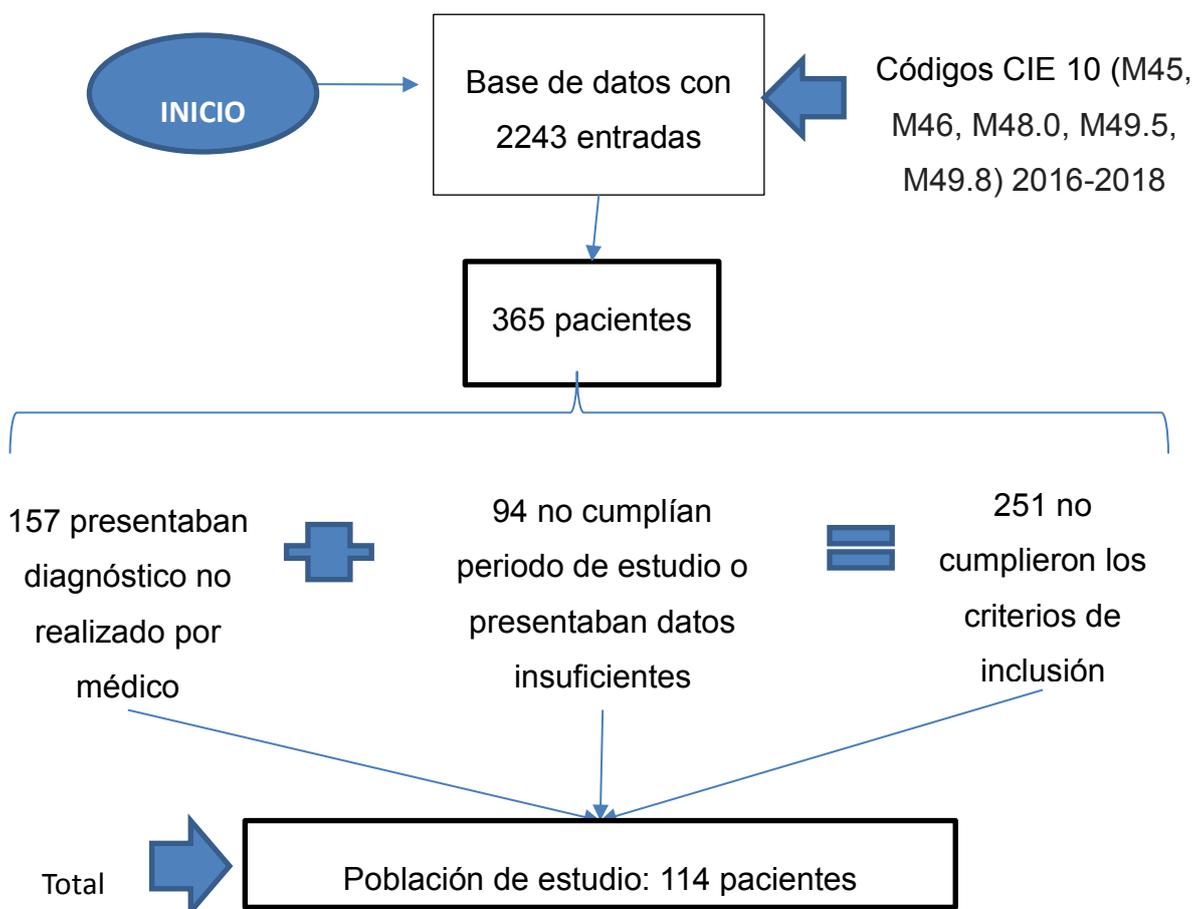
CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio fue aprobado por la comisión científica de la carrera de Medicina. La realización de este estudio no tuvo conflictos de interés por parte de los investigadores y se realizó sin fuentes de financiación. Se obtuvo la base de datos por parte del departamento de estadísticos, tras solicitud y autorización del departamento de investigación del hospital y verificado y aprobado por la jefatura de Reumatología. Se tomó dicha información mediante la base de datos en la cual se mantuvo la confidencialidad tanto de sus datos personales como números de cédulas, nombres, historia clínica y resto de información a la que tuvimos acceso para la realización de este estudio.

RESULTADOS

La base de datos enviada por el Departamento de Estadística del HTMC, tuvo un total de 2243 episodios con los códigos CIE 10 (M45, M46, M48.0, M49.5, M49.8), registrados en el periodo de estudio (2016-2018). Estos fueron filtrados, obteniendo un universo de 365 pacientes que fueron atendidos en la consulta externa del HTMC en el área de Reumatología. De estos 365 pacientes, 251 (68.76 %) no cumplieron los criterios de inclusión, 157 (43.01%) el diagnóstico no fue realizado por médico reumatólogo y 94 (25.75%) fueron diagnosticados durante el periodo de estudio o presentaban datos insuficientes. En total quedó una población de estudio de 114 (31.24%) pacientes (**Gráfico 1**).

Gráfico 1: Flujograma de búsqueda de casos



Elaborado por: Sánchez, R; Talledo, V. **Fuente:** Estadísticas Reumatología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2018.

De los 114 pacientes, 87 (76.32%) fueron de sexo masculino y 27 (23.68 %) fueron de sexo femenino. En cuanto al resultado de HLAB -27 se obtuvo que 70 pacientes (61.40%) presentaron un resultado positivo, frente a 15 (13.16%) con resultado negativo y 29 (25.44%) que no se encontró reporte de este examen de laboratorio (**Tabla 4**).

Tabla 4. Características Genéticas de la Población

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Masculino	87	76.32
	Femenino	27	23.68
	Total	114	100
HLA B-27	No Reporte	29	25.44
	Negativo	15	13.16
	Positivo	70	61.40
	Total	114	100
Elaborado por: Sánchez, R; Talledo, V.			
Fuente: Estadísticas Reumatología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2018.			

Con respecto a las variables clínicas, se obtuvo que 84 (73.68%) tuvieron un inicio insidioso de la enfermedad, frente a 30 (26.32%) que tuvieron una clínica distinta. En orden de frecuencia los pacientes presentaron: el dolor en al menos una extremidad fue referido por 99 pacientes (86.84%), a diferencia de 15 (13.16%) que no refirió clínica de dolor periférico. La lumbalgia inflamatoria se presentó en 65 pacientes (57.02%), con respecto a 49 (42.98%) que refirió no presentar dolor lumbar o presentaron otro tipo de lumbalgia. En cuanto a la presencia de artritis 72 pacientes (63.13 %) no refirieron tal sintomatología, a diferencia de 42 pacientes (36.84%) que refirieron tumefacción y/o inflamación en al menos una articulación. La entesitis se presentó en 42

pacientes (36.84%) y 72 pacientes (63.16%) no la refirieron. Los pacientes que presentaron dactilitis fueron 16 (14.04%), a diferencia de 98 (85.96%) que no lo refirieron (**Tabla 5**).

Tabla 5. Características Clínicas de la Población

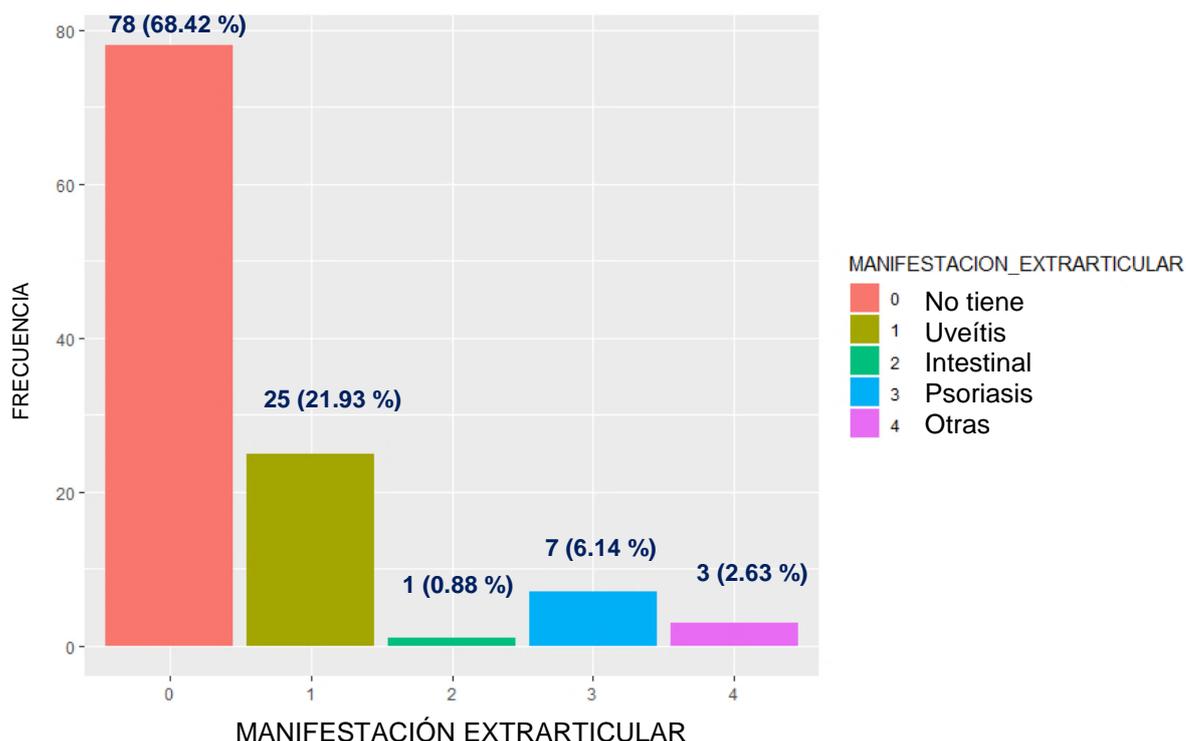
En cuanto a la sintomatología extra-articular 78 pacientes (68.42%) refirieron

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
INICIO INSIDIOSO	No	30	26.32
	Sí	84	73.68
	Total	114	100
DOLOR EN EXTREMIDAD	No	15	13.16
	Sí	99	86.84
	Total	114	100
LUMBALGIA INFLAMATORIA	No	49	42.98
	Sí	65	57.02
	Total	114	100
ARTRITIS	No	72	63.16
	Sí	42	36.84
	Total	114	100
ENTESITIS	No	72	63.13
	Sí	42	36.84
	Total	114	100
DACTILITIS	No	98	85.96
	Sí	16	14.04
	Total	114	100
Elaborado por: Sánchez, R; Talledo, V.			
Fuente: Estadísticas Reumatología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2018.			

no presentar clínica extra-articular, y de los que manifestaron sintomatología

extra- articular, el diagnostico de uveítis fue más frecuente en 25 (21.93%), seguido de 7 (6.14%) diagnosticados con psoriasis, 3 (2.63%) presentaron otras manifestaciones o más de una patología extra-articular y solo 1 (0.88%) se evidencio enfermedad inflamatoria intestinal en sus consultas médicas (**Gráfico 2**).

Gráfico 2: Manifestaciones Extra-Articulares



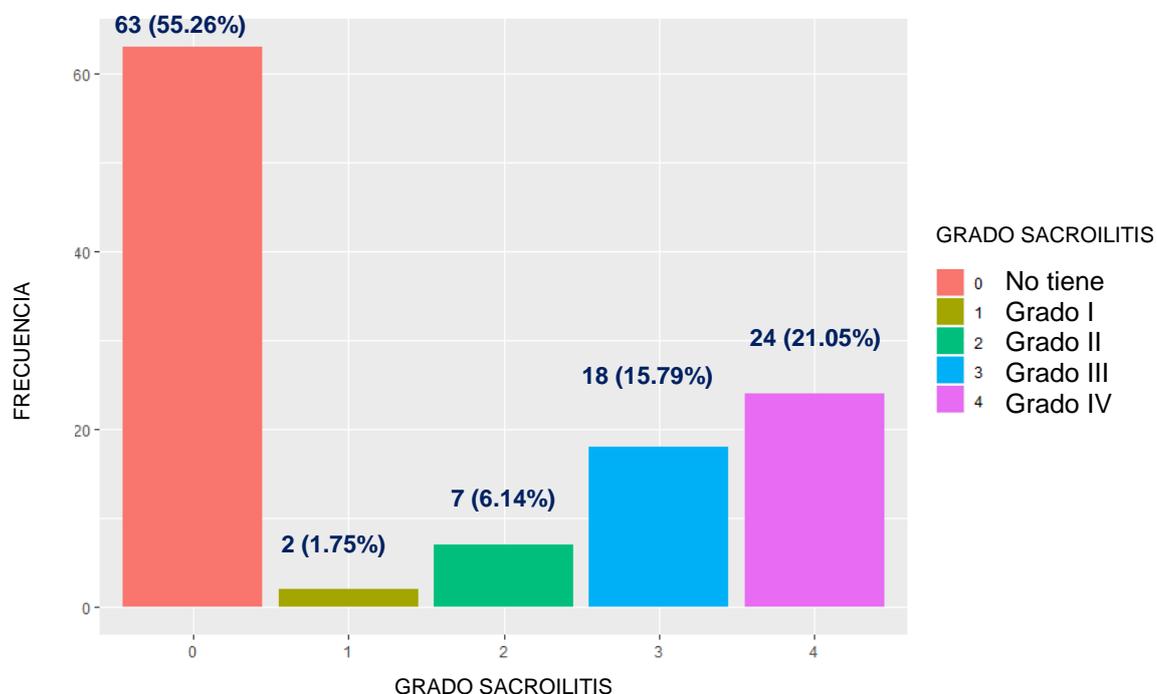
Elaborado por: Sánchez, R; Talledo, V.

Fuente: Estadísticas Reumatología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2018.

En total fueron 87 (76.32%) los que presentaron manifestación evidente en sus imágenes radiológicas, frente a 27 (23.68%) que se determinó EspA n-r. Se observó que 63 (55.26%) pacientes cumplieron los criterios radiológicos de New York y 51 (44.73%) no cumplieron con esta variable. Asimismo 26 (22.81%) pacientes presentaron sindesmofitos, frente a 88 (77.19%) que no se observó este tipo de osificación. De igual manera se observó que 38 (33.33%) pacientes presentaron otro tipo manifestaciones radiológicas como erosiones, cuadraturas, esquinas brillantes/ Romanus y/o puentes óseos, frente a 76 (66.66%) donde no se encontró reporte de imagen que demuestre tales osificaciones (**Tabla 6**).

De los 114 pacientes observados en el estudio 66 (57.89%) manifestaron sacroilitis, frente a 48 (42.11%) donde no se pudo constatar inflamación SI, de estos pacientes 9 (7.89%) presentaron sacroilitis unilateral y 57 (50%) bilateral, en orden de frecuencia de los pacientes que presentaron sacroilitis fueron 24 (21.05%) con grado IV, 18 (15.79%) con grado III, 7 pacientes (6.14%) con grado II, 2 pacientes (1.75%) con sacroilitis grado I (1.75%) y 10 (8.77%) pacientes no tenían reporte imagenológico que estadificara el grado de severidad de su sacroilitis en sus consultas (**Gráfico 3**).

Gráfico 3: Grado de Sacroilitis



Elaborado por: Sánchez, R; Talledo, V.

Fuente: Estadísticas Reumatología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2018.

En cuanto a los exámenes de laboratorio como la PCR, la cual determina la actividad inflamatoria de la enfermedad se determinó que 66 (57.89%) pacientes tuvieron valores superiores a 5mg/L de PCR, frente 48 (42.11%) donde este valor fue inferior a 5 mg/L (**Tabla 6**).

Tabla 6. Características Radiológicas y de Laboratorio de la Población

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESPONDILOARTRITIS AXIAL	EspAax n-r ¹	51	44.74
	EA ²	63	55.26
	Total	114	100
MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS	No	27	23.68
	Sí	87	76.32
	Total	114	100
CRITERIOS NEW YORK	No	51	44.74
	Sí	63	55.26
	Total	114	100
SINDESMOFITOS	No	88	77.19
	Sí	26	22.81
	Total	114	100
CUADRATURAS, ROMANUS, PUENTES ÓSEOS, EROSIONES	No	76	66.66
	Sí	38	33.33
	Total	114	100
SACROILITIS	No	48	42.11
	Sí	66	57.89
	Total	114	100
TIPO DE SACROILITIS	Unilateral	9	7.89
	Bilateral	57	50
	Total	66	57.89
PCR >5 mg/L	No	48	42.11
	Sí	66	57.89
	Total	114	100

1. **EspAax n-r**: Espondiloartritis Axial No Radiográfica. 2. **EA**: Espondilitis Anquilosante

Elaborado por: Sánchez, R; Talledo, V. **Fuente:** Estadísticas Reumatología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2018.

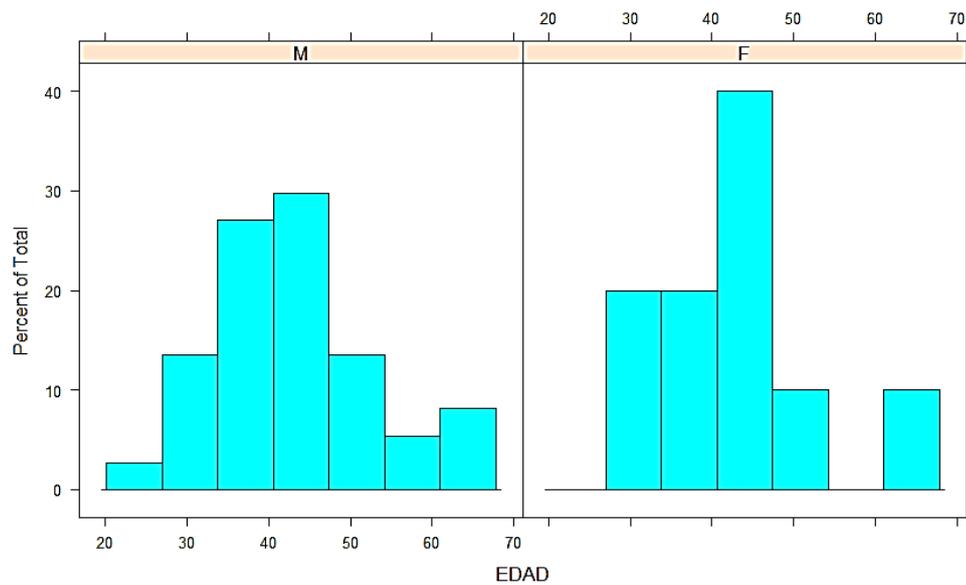
La edad promedio en el grupo de estudio fue de 43.39 años con una moda de 40 años, una mediana de 42 años, una edad mínima de 21, una edad máxima de 66, en un rango de 45 años, obteniendo una desviación standard de 10.31. El promedio de tiempo de seguimiento por paciente fue de 104.57, con un seguimiento mínimo de 0.0, un seguimiento máximo de 154.71, en un rango de 154.71, con una mediana de 109.71 y una desviación standard de 40.66. El promedio del número de consultas médicas fue de 9.18, con un mínimo de 1 y un máximo de 27 consultas por paciente, donde la mediana fue de 9 consultas, en un rango de 26 y su desviación standard fue de 4.30, siendo en total 3 consultas por año. En cuanto al puntaje BASDAI se obtuvo un promedio de 4.38 con una mediana de 4.27, un mínimo de 0.0 y un máximo de 8.93 en un rango de 8.93 y una desviación standard de 2.35, estimado en un total de 85 pacientes. En el puntaje la escala BASFI se obtuvo un promedio de 4.77 con una mediana de 4.64, un mínimo de 0.0 y un máximo de 10 en un rango de 10 y una desviación standard de 3.03, esto fue determinado en 47 pacientes que tenían este dato en su historia clínica. En el puntaje de PCR se obtuvo un promedio de se obtuvo un promedio de 4.96 con una mediana de 2.72, un mínimo de 0.14 y un máximo de 44.85 en un rango de 44.70 y una desviación standard de 7.46 (**Tabla 7**).

Tabla 7. Características de Seguimiento

	Promedio	MIN	MAX	Mediana	Rango	Desviación Standard	Total Pacientes
Edad	43.39	21	66	42	45	10.31	114
Tiempo de Seguimiento	104.57	0	154.71	109.71	154.7	40.66	114
Número de consultas	9.18	1	27	9	26	4.30	114
Promedio BASDAI	4.38	0	8.93	4.27	8.93	2.35	85
Promedio BASFI	4.77	0	10	4.64	10	3.03	47
Promedio PCR	4.96	0.14	44.85	2.72	44.70	7.46	114
Elaborado por: Sánchez, R; Talledo, V.							
Fuente: Estadísticas Reumatología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2018.							

Como podemos ver (**Gráfico 4**) la mayor cantidad de hombres se encuentra concentrado entre 35 y 45 años, mientras que las mujeres tienen su pico entre 40 y 50 (40%) y un 40% entre 40 y 50 años.

Gráfico 4: Edad Según el Sexo

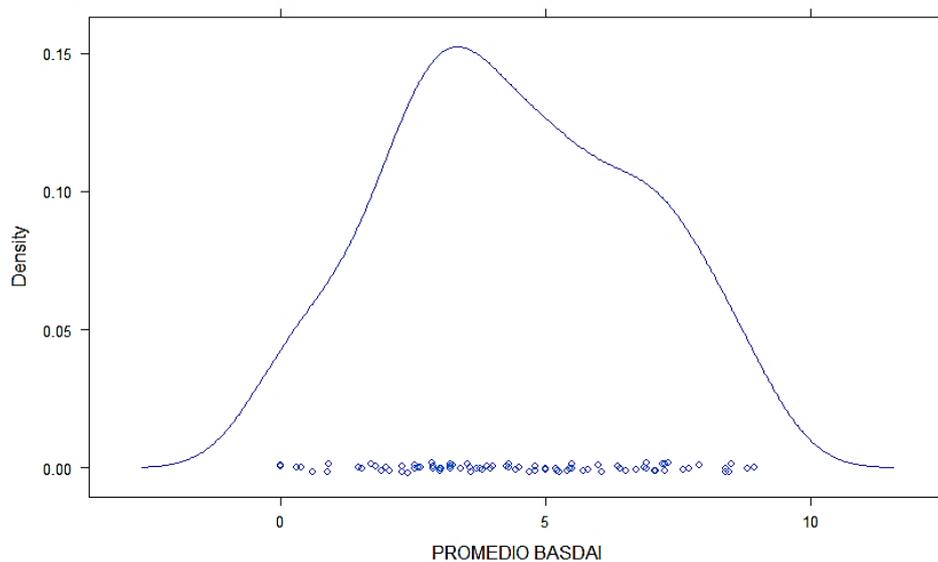


Elaborado por: Sánchez, R; Talledo, V.

Fuente: Estadísticas Reumatología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2018.

En el puntaje BASDAI (**Gráfico 5**), se puede observar que la nube de puntos del promedio BASDAI se concentra entre 2,5 y 5, y en 2,5 alcanza su mayor densidad.

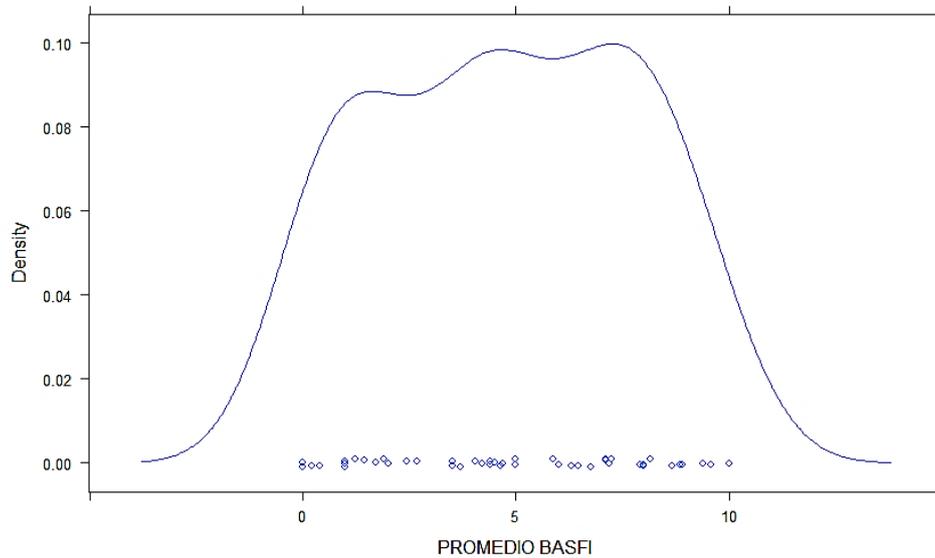
Gráfico 5: Puntaje BASDAI



Elaborado por: Sánchez, R; Talledo, V. Fuente: Estadísticas Reumatología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2018.

En el **Gráfico 6**, el puntaje BASFI presenta una alta dispersión entre los valores 0 y 10, en donde su distribución de probabilidad es muy similar.

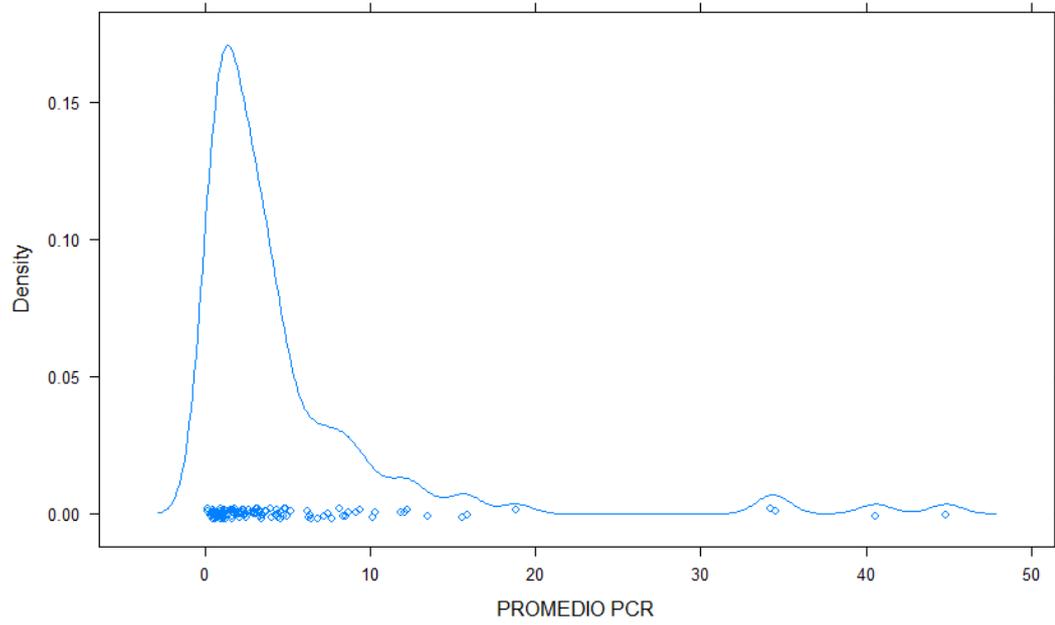
Gráfico 6: Puntaje BASFI



Elaborado por: Sánchez, R; Talledo, V. **Fuente:** Estadísticas Reumatología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2018.

Y finalmente en el **Gráfico 7**, podemos observar que los valores de PCR, su centro de masa se encuentra muy cercano a cero que es el punto donde la distribución de probabilidad alcanza su punto máximo.

Gráfico 7: Puntaje PCR



Elaborado por: Sánchez, R; Talledo, V.

Fuente: Estadísticas Reumatología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2018.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en pacientes atendidos en la consulta externa de reumatología del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, en estudios similares realizados en pacientes con espondiloartritis como AQUILES⁴⁵, REGISPONSER⁴⁸, REGISPONSER-Early³ y RESPONDIA⁴⁹⁻⁵³ los cuales son estudios de cohorte en pacientes a nivel Europeo y de Latinoamérica respectivamente; estos incluyen algunas variables analizadas en el presente estudio, con la diferencia metodológica de la inclusión de sus pacientes a medida que avanzaba la investigación siendo recolectada de varios hospitales, al contrario la siguiente revisión comenzó con una cohorte de pacientes con un diagnóstico determinado (espondiloartritis), en un periodo establecido, siendo recolectados de un solo hospital. Las investigaciones con población Internacional efectuadas en América latina como Costa Rica, Chile y Perú fueron con un menor número de pacientes (33,109, 60 respectivamente); mientras que estudios como REGISPONSER⁴⁸, REGISPONSER-Early³ y RESPONDIA-Brasil⁵⁰, (1385, 150, 1036), realizados con pacientes de Europa, de Brasil cuentan con una población de estudio mayor, en comparación con este estudio donde se obtuvo una población de 114 pacientes.

Actualmente existen cortes hospitalarias nacionales⁴ que al igual que en estudios de cohorte internacional como AQUILES⁴⁵ y RESPONDIA, coinciden con el presente estudio en que existe un mayor número de incidencia en el sexo masculino y la edad promedio de presentación se encuentra alrededor de la cuarta década de vida. Aunque se pudo constatar que comparando la edad según el sexo (**Gráfico 2**) hay una mayor prevalencia de EspA en mujeres en este rango etario; Otros estudios hospitalarios de cohorte europea⁴³ nos refieren una relación entre hombres y mujeres de 1:1 asegurando una peor funcionalidad en mujeres en comparación con hombres; a diferencia de este estudio donde la mayor afectación es la población masculina y la relación hombres: mujeres es 3.2:1. Por lo tanto, se cree que se debería realizar estudios aplicados al sexo según la edad para corroborar la mayor afectación

femenina en este rango de edad; debido a que en las mujeres la clínica es un poco menos evidente que en los varones y se podría haber subdiagnosticado la enfermedad y así también poder determinar la causa de esta diferencia.

Estudios de RESPONDIA en Chile ⁵⁰ demostraron que el síntoma más frecuente fue la lumbalgia inflamatoria, seguido de la artritis periférica; en Brasil ⁵¹ tuvo mayor frecuencia la coxitis, seguido artritis en extremidades, comparando con nuestro estudio el síntoma mayormente se presentó fue el dolor en extremidades, seguido de lumbalgia inflamatoria y luego en igual presentación la presencia de artritis y/o entesitis.

En RESPONDIA Costa Rica ⁵², tuvo prevalencia otro tipo de espondiloartritis sobre la axial, a diferencia de Brasil ⁵⁰ donde hay una mayor prevalencia de la clínica axial con respecto a otros tipos de espondiloartritis. Comparando con el presente estudio hay una mayor prevalencia de EA. por lo tanto se sugiere futuros estudios de seguimiento radiológico en pacientes a nivel nacional para determinar la progresión de la enfermedad y poder determinar características incipientes y un diagnóstico precoz. Así mismo la progresión de la EspA n-r a EA.

Comparando manifestaciones extra-articulares AQUILES ⁴⁵ determinó que existe una mayor prevalencia de psoriasis, seguido de uveítis y EII; Estudios como RESPONDIA Brasil ⁵⁰ y REGISPONSER- Early ³, determinan que hay mayor frecuencia de uveítis, seguido de psoriasis, concordando con nuestra investigación donde hay mayor prevalencia de uveítis y luego psoriasis. AQUILES nos sugiere que la coexistencia de estas presentaciones estuvo ligada a sexo y edad. Por lo que se sugiere estudios enfocados en estos grupos poblacionales para así determinar la prevalencia nacional. Y si se podría estar subdiagnosticado patologías como la psoriasis sobre la uveítis.

El presente estudio analizó la variable de escala BASDAI la cual comparamos con RESPONDIA Brasil ⁵⁰ y sus resultados se asemejan con los obtenidos en la actual investigación, donde el puntaje BASDAI promedio fue de 4.12 y el BASFI de 4.53, predominando el puntaje BASFI, en comparación con los resultados obtenidos en nuestra investigación donde el promedio BASDAI es de 4.38 y el promedio BASFI es de 4.77. Existe otro estudio realizado en

Argentina ⁴⁹, de la cohorte RESPONDIA el cual indica un mayor porcentaje en la escala BASDAI (4) en relación con la escala BASFI (3.3). Otros estudios afirman que actualmente BASDAI está siendo sustituido por el ASDAS (acrónimo en inglés de «puntuación de la actividad de la enfermedad de espondilitis anquilosante»). Sin embargo, la sensibilidad del ASDAS puede ser menor en las mujeres al no considerar la entesitis y subestimar la afectación periférica, pues pasa de un peso del 20% en el BASDAI al 10,43% en el ASDAS, siendo formas más frecuentes de expresión de la espondiloartritis en las mujeres ⁴³. El actual estudio estuvo limitado debido a que muchos pacientes tuvieron estos datos clínicos incompletos debido a que no hubo un adecuado seguimiento en sus consultas y/o los pacientes no seguían el tratamiento. Por lo que se sugiere estudios enfocados en estas variables para determinar la afectación tanto inflamatoria e incapacitante de la enfermedad. Y finalmente los estudios RESPONDIA^{50, 51}, realizados en Brasil ⁵⁰, Costa Rica ⁵² Perú ⁵³ concuerdan que hay mayor prevalencia HLA B-27 positivo y correlación de este con la enfermedad. En el presente estudio existieron datos faltantes de este determinante genético, debido al no reporte en la historia clínica, por lo que sugiere un mayor seguimiento a estos pacientes para determinar si efectivamente esta patología se encuentra ligada a este antígeno como lo sugieren otros estudios internacionales.

CONCLUSIONES

La mayor población afectada fue el sexo masculino y en comparación con estudios realizados en otros países la afectación al sexo se encuentra en discusión, aunque la mayoría concuerda que, en la afectación al sexo masculino. La edad promedio de presentación fue en la cuarta década de la vida, encontrándose la mayoría de pacientes entre finales de la tercera y quinta década. Al comparar las variables sexo y edad se determinó que la mayor población afectada en este rango etario fue la femenina en comparación con la masculina la cual tuvo menor incidencia.

La clínica de la enfermedad en la mayoría de pacientes fue insidiosa donde el síntoma más frecuente fue dolor en extremidades, seguido de lumbalgia inflamatoria, luego en igual porcentaje se presentó entesitis y/o artritis y el síntoma menos frecuente fue la dactilitis.

En la mayor parte de pacientes se evidencio signos radiológicos de la enfermedad en métodos de imagen y asimismo más de la mitad presentó criterios New York, en un gran número de pacientes se observó sindesmofitos y/o erosiones, cuadraturas, lesiones de Romanus o puentes óseos. Una gran población presentó sacroilitis de predominio bilateral y en orden de frecuencia predominó el grado IV. Aproximadamente un porcentaje similar de los que presentaron sacroilitis, tuvieron niveles elevados de PCR. Y la mayoría tuvo un HLAB27 positivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Reumatología. Grupo de trabajo ESPOGUIA. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica. Actualización. Sociedad Española de Reumatología, Madrid. 2017
2. Sieper J, Braun J. Clinical Manifestations of Axial Spondyloarthritis. En: Sieper J, Braun J, editores. Clinician's Manual on Axial Spondyloarthritis [Internet]. Tarporley: Springer Healthcare Ltd.; 2014. p. 17-29. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-907673-85-6_3
3. Rojas-Vargas M, Muñoz-Gomariz E, Escudero A, Font P, Zarco P, Almodovar R, et al. First signs and symptoms of spondyloarthritis—data from an inception cohort with a disease course of two years or less (REGISPONSER-Early). Rheumatology (Oxford, England) [Internet]. abril de 2009;48(4):404. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2656634/>
4. Guevara-Pacheco S, Feicán-Alvarado A, Sanín LH, Vintimilla-Ugalde J, Vintimilla-Moscoso F, Delgado-Pauta J, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in Cuenca, Ecuador: a WHO-ILAR COPCORD study. Rheumatol Int. septiembre de 2016;36(9):1195-204.
5. Domínguez Álvarez PA, Suárez Bastidas J. Prevalencia de Espondiloartritis y uso de tratamientos biológicos y no biológicos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016. 2016;58. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11402/1/T-UCSG-PRE-MED-716.pdf>
6. Deodhar A, Strand V, Kay J, Braun J. The term 'non-radiographic axial spondyloarthritis' is much more important to classify than to diagnose patients with axial spondyloarthritis. Annals of the Rheumatic Diseases [Internet]. mayo de 2016;75(5):791-4. Disponible en: <http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2015-208852>

7. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Annals of the Rheumatic Diseases* [Internet]. 1 de enero de 2011;70(1):25-31. Disponible en: <http://ard.bmj.com/cgi/doi/10.1136/ard.2010.133645>
8. McAllister K, Goodson N, Warburton L, Rogers G. Spondyloarthritis: diagnosis and management: summary of NICE guidance | *The BMJ* [Internet]. thebmj. 2017. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/356/bmj.j839>
9. Kiltz U, Baraliakos X, Karakostas P, Igelmann M, Kalthoff L, Klink C, et al. Do patients with non-radiographic axial spondylarthritis differ from patients with ankylosing spondylitis? *Arthritis Care Res (Hoboken)*. septiembre de 2012;64(9):1415-22.
10. Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, Brandt J, Burgos-Vagas R, Collantes-Estevez E, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis*. junio de 2009;68(6):784-8.
11. Costantino F, Talpin A, Said-Nahal R, Goldberg M, Henny J, Chiocchia G, et al. Prevalence of spondyloarthritis in reference to HLA-B27 in the French population: results of the GAZEL cohort. *Ann Rheum Dis*. abril de 2015;74(4):689-93.
12. Omar A, Sari I, Bedaiwi M, Salonen D, Haroon N, Inman RD. Analysis of dedicated sacroiliac views to improve reliability of conventional pelvic radiographs. *Rheumatology (Oxford)*. 01 de 2017;56(10):1740-5.
13. Monnet D, Breban M, Hudry C, Dougados M, Brézin AP. Ophthalmic findings and frequency of extraocular manifestations in patients with HLA-B27 uveitis: a study of 175 cases. *Ophthalmology*. abril de 2004;111(4):802-9.
14. Calin A, Porta J, Fries JF, Schurman DJ. Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. *JAMA*. 13 de junio de 1977;237(24):2613-4.

15. Reveille JD, Weisman MH. The Epidemiology of Back Pain, Axial Spondyloarthritis and HLA-B27 in the United States. *The American Journal of the Medical Sciences* [Internet]. junio de 2013;345(6):431-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002962915306303>
16. Dougados M, Linden SVD, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondylarthropathy Study Group Preliminary Criteria for the Classification of Spondylarthropathy. *Arthritis & Rheumatism* [Internet]. 10 de octubre de 1991;34(10):1218-27. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/art.1780341003>
17. Dagostino M, Olivieri I. Enthesitis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* [Internet]. junio de 2006;20(3):473-86. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521694206000374>
18. Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, van Tubergen A, Landewé R, van der Tempel H, Mielants H, et al. Assessment of enthesitis in ankylosing spondylitis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. febrero de 2003;62(2):127-32. Disponible en: <http://ard.bmj.com/cgi/doi/10.1136/ard.62.2.127>
19. Healy PJ, Helliwell PS. Dactylitis: pathogenesis and clinical considerations. *Curr Rheumatol Rep*. octubre de 2006;8(5):338-41.
20. Ramiro S, van Tubergen A, Stolwijk C, van der Heijde D, Royston P, Landewé R. Reference intervals of spinal mobility measures in normal individuals: the MOBILITY study. *Annals of the Rheumatic Diseases* [Internet]. junio de 2015. Disponible en: <http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2013-204953>
21. Calvo-Gutierrez J, Garrido-Castro JL, Gil-Cabezas J, Gonzalez-Navas C, Ugalde PF, Carmona L, et al. Is Spinal Mobility in Patients With Spondylitis Determined By Age, Structural Damage, and Inflammation?: Influential Factors on Spinal Mobility in AS. *Arthritis Care & Research* [Internet]. enero de 2015;67(1):74-9. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/acr.22400>
22. Al-Amayreh IA, Zaidat BO. Ankylosing spondylitis in Northern Jordan. *Saudi Med J*. octubre de 2000;21(10):950-2.

23. Sykes MP, Hamilton L, Jones C, Gaffney K. Prevalence of axial spondyloarthritis in patients with acute anterior uveitis: a cross-sectional study utilising MRI. *RMD Open* [Internet]. febrero de 2018 [citado 17 de abril de 2019];4(1):e000553. Disponible en: <http://rmdopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/rmdopen-2017-000553>
24. Muñoz-Fernández S, Martín-Mola E. Uveitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. junio de 2006;20(3):487-505.
25. Stolwijk C, van Tubergen A, Castillo-Ortiz JD, Boonen A. Prevalence of extra-articular manifestations in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. enero de 2015;74(1):65-73.
26. Eder L, Gladman DD. Psoriatic Arthritis: Phenotypic Variance and Nosology. *Current Rheumatology Reports* [Internet]. marzo de 2013 [citado 17 de abril de 2019];15(3):316. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11926-013-0316-4>
27. Zochling J, Brandt J, Braun J. The current concept of spondyloarthritis with special emphasis on undifferentiated spondyloarthritis. *Rheumatology (Oxford)*. diciembre de 2005;44(12):1483-91.
28. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis*. junio de 2009;68(6):777-83.
29. Rudwaleit M, Khan MA, Sieper J. The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis: do we need new criteria? *Arthritis Rheum*. abril de 2005;52(4):1000-8.
30. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. junio de 2009;68 Suppl 2: ii1-44.
31. González-Rodríguez M, Guerra-Soto A de J, Corona-Sánchez, EG. Espondilitis anquilosante. Conceptos generales. *medigraphic* [Internet]. 2013;8(3):8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2013/rr133d.pdf>

32. Sociedad Española de Reumatología [Internet]. Inforeuma.com. 2017. Disponible en: https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/04/10_Espondilitis-Anquilosante_ENFERMEDADES-A4-v04.pdf.
33. Mease PJ, Heijde DVD, Karki C, Palmer JB, Liu M, Pandurengan R, et al. Characterization of Patients With Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis in the US-Based Corrona Registry. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [Internet]. noviembre de 2018; 70(11):1661-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6282817/>
34. Protopopov M, Poddubnyy D. Radiographic progression in non-radiographic axial spondyloarthritis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2018;14(6):525-33.
35. Malaviya AN, Kalyani A, Rawat R, Gogia SB. Comparison of patients with ankylosing spondylitis (AS) and non-radiographic axial spondyloarthritis (nr-axSpA) from a single rheumatology clinic in New Delhi. *Int J Rheum Dis*. septiembre de 2015;18(7):736-41.
36. Poddubnyy D, Haibel H, Listing J, Märker-Hermann E, Zeidler H, Braun J, et al. Baseline radiographic damage, elevated acute-phase reactant levels, and cigarette smoking status predict spinal radiographic progression in early axial spondylarthritis. *Arthritis Rheum*. mayo de 2012;64(5):1388-98.
37. Rudwaleit M, Listing J, Brandt J, Braun J, Sieper J. Prediction of a major clinical response (BASDAI 50) to tumour necrosis factor alpha blockers in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. junio de 2004;63(6):665-70.
38. Brown MA. Human leucocyte antigen-B27 and ankylosing spondylitis. *Intern Med J*. noviembre de 2007;37(11):739-40.
39. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, Sieper J, Braun J. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum*. febrero de 2006;54(2):569-78.
40. Siebuhr AS, van der Heijde D, Bay-Jensen A-C, Karsdal MA, Landewé R, van Tubergen A, et al. Is radiographic progression in radiographic axial spondyloarthritis related to matrix metalloproteinase degradation

- of extracellular matrix? RMD Open [Internet]. 14 de mayo de 2018 2019;4(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5950701/>
41. Carballido Fernández C, Martín Domenech R, San Martín A, Bernabeu P. Espondilitis anquilosante y espondiloartritis axiales. 25 [Internet]. :29. Disponible en: <https://svreumatologia.com/wp-content/uploads/2013/10/Cap-25-Espondilitis-anquilosante.pdf>.
 42. Kiltz U, Rudwaleit M, Sieper J, Braun J. [Evidence-based recommendations on diagnostics and therapy of axial spondyloarthritis : S3 guidelines of the German Society of Rheumatology (DGRh) in cooperation with the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF)]. Z Rheumatol. marzo de 2017;76(2):111-7.
 43. Reveille JD, Weisman MH. The Epidemiology of Back Pain, Axial Spondyloarthritis and HLA-B27 in the United States. The American Journal of the Medical Sciences [Internet]. junio de 2013;345(6):431-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002962915306303>
 44. Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M. Perspectiva de género en epidemiología clínica. Aprendiendo con el caso de las espondiloartritis. Gaceta Sanitaria [Internet]. 9 de diciembre de 2018; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118302371>
 45. Zarco P, González CM, Rodríguez de la Serna A, Peiró E, Mateo I, Linares L, et al. Manifestaciones extraarticulares en pacientes con espondiloartritis. Características basales de la cohorte de pacientes con espondiloartritis del estudio AQUILES. Reumatología Clínica [Internet]. 1 de marzo de 2015;11(2):83-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X14000941>
 46. Taurog JD, Chhabra A, Colbert RA. Ankylosing Spondylitis and Axial Spondyloarthritis. New England Journal of Medicine [Internet]. 30 de junio de 2016;374(26):2563-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1406182>
 47. Van Der Heijde D, Baraliakos X, Hermann K-GA, Landewé RBM, Machado PM, Maksymowych WP, et al. Limited radiographic progression and sustained reductions in MRI inflammation in patients

- with axial spondyloarthritis: 4-year imaging outcomes from the RAPID-axSpA phase III randomised trial. *Ann Rheum Dis* [Internet]. mayo de 2018;77(5):699-705. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5909752/>
48. Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, FernándezSueiro JL, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER) extended report. *Rheumatol Oxf Engl*. agosto de 2007;46(8):1309-15.
 49. Bellomio V, Berman A, Sueldo R R, Molina MJ, Spindler A, Lucero E, et al. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Argentina. *Reumatología clínica*. 30 de noviembre de 2008; 4:23-9. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/registro-iberoamericanoespondiloartritis-respondia-argentina/articulo/13130692/>
 50. Gutiérrez MA, Pérez C, Saavedra J, Silva F, Fuentealba C, Pozo P, et al. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Chile. *Reumatología Clínica* [Internet]. 30 de noviembre de 2008; 4:41-7. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/registro-iberoamericanoespondiloartritis-respondia-chile/articulo/13130695/>
 51. Sampaio-Barros PD, Gonçalves CR, Silva B da, Antonio J, Ximenes AC, Azevedo VF, et al. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Brasil. Informe del Registro Brasileño de Espondiloartritis. *Reumatología Clínica* [Internet]. 30 de noviembre de 2008; 4:30-5
 52. Sáenz Castro R. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Costa Rica. *Reumatol Clínica* [Internet]. 30 de noviembre de 2008; 4:36-40.
 53. Chávez-Corrales JE, Montero Jáuregui M, Alva Linares M, Mora C, Ramos Valencia P, Garcia E, et al. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Perú. *Reumatol Clínica* [Internet]. 30 de noviembre de 2008; 4:63-7.

ANEXOS

ANEXO 1: Tablas del marco teórico

Tabla 2. Criterios ASAS de clasificación para la EspAax

En pacientes con dolor lumbar ≥ 3 meses y edad de inicio < 45 años.

Sacroilitis en imagen y ≥ 1 característica de EspA	o	HLA-B27 y ≥ 2 otras características de EspA
---	----------	--

Características de EspA
Dolor lumbar inflamatorio
Artritis
Entesitis
Uveítis
Dactilitis
Psoriasis
Enf. Chron/ colitis ulcerosa
Buena respuesta a AINEs
Historia familiar para EspA
HLA-B27
PCR elevada
Fuente: Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis. 2009; 68:777-783

Tabla 3. Criterios Diagnósticos de New York modificados para EA

Criterios diagnósticos modificados de New York de la espondilitis anquilosante
<p>Criterios clínicos</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dolor lumbosacro, con duración de ≥ 3 meses, que mejora tras el ejercicio y no desaparece en reposo.2. Limitación de la movilidad de la columna lumbar, tanto en el plano sagital, como en el frontal.3. Limitación de la movilidad del tórax en relación con la edad y el sexo de paciente.
<p>Criterios radiológicos</p> <p>Artritis de articulaciones sacroilíacas bilateral de grado 2-4 o unilateral de grado 3-4.</p>
<p>Diagnóstico cierto: criterio radiológico y ≥ 1 criterio clínico.</p> <p>Diagnóstico probable: presencia de los 3 criterios clínicos o solo un criterio radiológico.</p>
<p>Fuente: Arthritis Rheum, 1984, 27:361</p>

ANEXO 2: Autorización de realización de estudio



Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2018-0141-FDQ
Guayaquil, 09 de julio de 2018

PARA: Sra. Rebeca Esther Sánchez Gómez
Interna de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

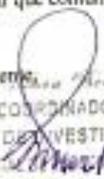
Sra. Viviana Valentina Talledo Dimes
Interna de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mi consideración:

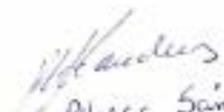
Por medio del presente, informo a usted que ha sido resuelta factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de Investigación: **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-RADIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL DE LA COHORTE DE ESPONDILOARTRITIS DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN 2016-2018"**, una vez que por medio de los memorandos Nro. IESS-HTMC-JUTRE-2018-0275-M, de fecha 05 de julio de 2018, suscrito por la Mgs. Lidmila Maldonado Romero, Jefe de la Unidad Técnica de Reumatología, hemos recibido el informe favorable a la misma.

Por lo anteriormente expuesto reitero que puede realizar su trabajo de titulación siguiendo las normas y reglamentos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

COORDINADOR GENERAL
DE INVESTIGACIÓN (E)
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.

Mgs. Wilson Stalin Benites Illscas
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN, ENCARGADO HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES - TEODORO MALDONADO CARBO


Rebeca Sánchez G
17/07/2018

Referencias:

- IESS-HTMC-CGTIC-2018-3778-M
- IESS-HTMC-CGI-2018-0428-M
- IESS-HTMC-JUTRE-2018-0275-M
- IESS-HTMC-CGI-2018-0422-M
- Solicitud de Estudiante

098

Renovar para actuar,
actuar para servir

www.iesse.gob.ec



@IESSE



IESSE



IESSE

Guayaquil, 29 de junio 2018

Ing. Ronnie Luzarraga O.
ADMINISTRADOR COORDINACIÓN
GENERAL DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.

02/Jun/2018
16:14 HRS.

Dr. Wilson Benites
Coordinador General de Investigación
Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo
Ciudad

Yo, Rebeca Esther Sánchez Gómez, con CI 0926128158 y Viviana Valentina Talledo Dioses, con CI 0918745233, estudiantes de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, de la carrera medicina, solicitamos a Ud nos conceda el permiso para realizar nuestro trabajo de titulación Características clínico-radiológicas de los pacientes con espondiloartritis axial de la cohorte de Espondiloartritis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en 2016-2018, en las instalaciones del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Toda la información obtenida será con fines de mi trabajo de titulación y será almacenada con absoluta confidencialidad.

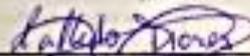
Saludos cordiales

Firma:



Nombre: Rebeca Sánchez Gómez
CI: 0926128158

Firma:



Nombre: Viviana Talledo Dioses
CI: 0918745233

OK
Dr. Wilson Benites
COORDINADOR GENERAL
DE INVESTIGACIÓN (E)
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, Sánchez Gómez, Rebeca Esther, con C.C: # 0926128158 y Talledo Dioses, Viviana Valentina, con C.C: # 0918745233 autoras del trabajo de titulación: Características clínico-radiológicas de los pacientes con espondiloartritis axial de la cohorte de Espondiloartritis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en 2016-2018 previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de abril del 2019

f. _____

Sánchez Gómez, Rebeca Esther

C.C: 0926128158

f. _____

Talledo Dioses, Viviana Valentina

C.C: 0918745233



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Características clínico-radiológicas de los pacientes con espondiloartritis axial de la cohorte de Espondiloartritis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en 2016-2018		
AUTOR(ES)	Rebeca Esther, Sánchez Gómez; Viviana Valentina Talledo Dioses		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Andrés Eduardo, Zúñiga Vera		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de abril del 2019	No. DE PÁGINAS:	44
ÁREAS TEMÁTICAS:	Reumatología, Inmunología, Medicina Interna		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Espondiloartritis Anquilosante, Espondiloartritis Axial no radiográfica, Uveítis, Psoriasis, Artritis, Entesitis		
<p>La Espondiloartritis (EspA) es una enfermedad inflamatoria y crónica, que debido su características clínico-radiológicas se retrasa su diagnóstico, favoreciendo la progresión de la EspA Axial. Objetivo: Determinar las principales características clínicas y radiológicas que presentan los pacientes con diagnóstico de EspA en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre los años 2016 - 2018. Metodología: Estudio de cohorte retrospectivo, descriptivo, observacional. Resultados: Se obtuvo una población de estudio de 114 pacientes, 87 (76.32%) varones. Con una media de edad de 42 años. La clínica fue de inicio insidioso en 73.68% y su sintomatología más frecuente fue dolor en extremidad 86.84%, lumbalgia inflamatoria 57.02%. Un 68.42% no refirió sintomatología extra-articular. Se observó en un 21.93% uveítis y en 6.14% psoriasis. Alguna evidencia radiológica se presentó en 76.32%, el 55.26% cumplió con criterios de Nueva York, 22.81% tenía sindesmofitos y otras osificaciones en un 33.33%. El 57.89% presentó sacroilitis, bilateral 50% y con grado IV el 21.05%. El promedio del BASDAI fue de 4.38 con desviación standard de 2.35. El promedio de BASFI fue de 4.77 con desviación standard de 3.03. El 57,89% del PCR se situó en valores superiores a 5mg/L, con un promedio de 4.96 y desviación standard de 7.46. El HLAB-27 fue positivo en 61.40% de la población. Conclusión: La mayor población afectada fue la masculina. La clínica en su mayoría fue insidiosa y el síntoma frecuente fue el dolor periférico, seguido de lumbalgia. La manifestación extra-articular más frecuente fue la uveítis. Más de la mitad de la población cumplía criterios de Nueva York para Espondilitis Anquilosante. La mayoría tenía HLAB-27 positivo.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-979697737; +593-992671220	E-mail: viviana2426@hotmail.com rebecasanchez1589@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593-997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
No. DE REGISTRO (en base a datos):			
No. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			