

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Características clínicas y radiológicas de la cohorte de Artritis Psoriásica atendida en la consulta del IRHED del 2017 al 2020.

AUTOR (ES):

CÓRDOVA TAYHING JOSSELYN ESTEFANÍA

VILLACÍS AVEIGA MARLON HOMERO

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

TUTOR:

DR ANDRÉS EDUARDO ZUÑIGA VERA

Guayaquil, Ecuador

3 de Mayo de 2020



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 **CORDOVA TAYHING JOSSELYN ESTEFANIA** y **VILLACÍS AVEIGA MARLON HOMERO** como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)

f. _____
DR. ZUÑIGA VERA ANDRÉS EDUARDO

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS

Guayaquil, a los 3 del mes de Mayo del año 2020



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **CÓRDOVA TAYHING JOSSELYN ESTEFANÍA** y
VILLACÍS AVEIGA MARLON HOMERO

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Características clínicas y radiológicas de la cohorte de Artritis Psoriásica atendida en la consulta del IRHED del 2017 al 2020**”, 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 3 del mes de Mayo del año 2020

LOS AUTORES:

f. 
CÓRDOVA TAYHING JOSSELYN ESTEFANÍA

f. 
VILLACÍS AVEIGA MARLON HOMERO



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

AUTORIZACIÓN

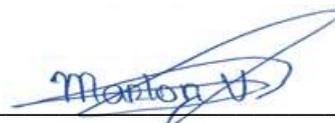
Nosotros, **CÓRDOVA TAYHING JOSSELYN ESTEFANÍA** y
VILLACÍS AVEIGA MARLON HOMERO

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Características clínicas y radiológicas de la cohorte de Artritis Psoriásica atendida en la consulta del IRHED del 2017 al 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 3 del mes de Mayo del año 2020

LOS AUTORES:

f. 
CÓRDOVA TAYHING JOSSELYN ESTEFANÍA

f. 
VILLACÍS AVEIGA MARLON HOMERO

REPORTE DE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document:	Tesis Cordova-Villacis P64.docx (D68500531)
Submitted:	4/18/2020 6:53:00 AM
Submitted By:	marlonvill95@gmail.com
Significance:	0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

CÓRDOVA TAYHING, JOSSELYN ESTEFANÍA
VILLACÍS AVEIGA, MARLON HOMERO

AGRADECIMIENTOS

Primero a Dios por ser nuestra guía, pilar y fortaleza.

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

A Cinthya, José Luis, Jennifer y Arantxa, ejemplo de esfuerzo y dedicación; por enseñarme a mantenerme fuerte, con juicio y no desistir.

A mis amigas, sin ellas este recorrido hubiese sido tan solitario, tropezamos mucha veces, sin embargo; nos ayudamos mutuamente a levantarnos.

Al Dr. Andrés Zúñiga por su paciencia, dedicación y correcciones para la finalización de este trabajo.

Josselyn E. Córdova Tayhing

Agradezco fundamentalmente a Dios por ser mi guía durante cada día de mi vida, bendiciéndome con salud y permitiéndome estar rodeado de personas maravillosas que han aportado con su granito de arena a lo largo de mi formación.

Un trabajo de investigación es el resultado de ideas, incentivos, enseñanzas previas y motivación a conocer más; por eso realizo una mención especial para el Dr. Andrés Zúñiga, por la cuantiosa dedicación y consejería que nos brindó durante la realización de este proyecto de tesis.

Realizo un acápito de agradecimiento desmedido a todos los que integran el personal sanitario, en cada hospital, que se encuentran en la primera línea de defensa ante la pandemia del COVID-19. Qué sea grande también el agradecimiento a todos los que de alguna manera hacen un sacrificio a diario, aportando con su esfuerzo para superar esta crisis. Juntos venceremos, héroes.

A todos, muchas gracias.

Marlon H. Villacís Aveiga

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres Luis Córdova y Zofia Tayhing quiénes me brindaron su apoyo incondicional en toda mi carrera.

A mis hermanos Cinthya, José Luis y Luis David quiénes con sus actos nunca me permitieron rendirme; a mis sobrinos Luis Francisco y Bruno quiénes son mi motivación día a día para seguir adelante para verlos crecer.

A la memoria de Zumara Riera, quién fue y será una gran amiga.

A todos los médicos que han perdido la batalla por esta pandemia, héroes.

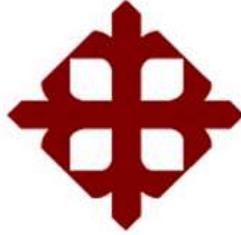
“No hay una segunda oportunidad para una primera impresión” - Oscar Wilde.

Josselyn E. Córdova Tayhing

Dedico el presente proyecto de tesis a mi familia y a todas las personas especiales que me brindaron su apoyo incondicional en mi formación como ser humano y profesional. ¡Qué nadie se quede afuera!

“El médico puede aprender más de la enfermedad de la forma en que el paciente relata la historia, que de la historia misma.” – James B. Herrick.

Marlon H. Villacís Aveiga



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	4
CAPÍTULO I: GENERALIDADES DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA	4
CAPÍTULO II: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS	8
CAPÍTULO III: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	11
METODOLOGÍA	14
RESULTADOS	18
TABLAS Y GRÁFICOS	20
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30

RESUMEN

Introducción: La Artritis Psoriásica (APs) es una Espondiloartropatía de evolución crónica, que afecta principalmente al sistema musculoesquelético de manera inflamatoria y que se considera a su vez como la manifestación reumatológica de Psoriasis (1,2).

Objetivo: Identificar las características clínicas y radiológicas de la cohorte de Artritis Psoriásica atendida en la consulta del IRHED del 2017 al 2020.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Resultados: Se obtuvo una población de estudio de 191 pacientes con APs, con una media de la edad de 61.19 años, con mayor predominio en mujeres, con una relación 9:1. El antecedente patológico personal de Psoriasis primó frente al antecedente familiar. Entre las características clínicas, en el 100% de nuestra población se encontró onicopatía psoriásica, siendo el pitting ungueal el más frecuente. Referente a las alteraciones radiográficas se encontró mayor afectación en manos en el 50.78% de los casos, teniendo como característica radiográfica predominante, la erosión, seguido de la proliferación ósea.

Conclusiones: En la cohorte de Artritis Psoriásica atendida en la consulta del IRHED del 2017 al 2020 se observó que son las mujeres quienes más padecen de APs, especialmente en la sexta década de vida. La característica clínica que predominó (dentro de los criterios de CASPAR) fue la onicopatía psoriásica, siendo el pitting ungueal el hallazgo más común. En cuanto a las características radiológicas, prevalecieron las erosiones óseas, con afectación mayormente en manos. Basándose en el puntaje promedio del DAS-28 se observa que la actividad de la APs presenta un curso relativamente benigno.

Palabras clave: Artritis Psoriásica, Psoriasis, Criterios CASPAR, Entesitis y Dactilitis.

ABSTRACT

Introduction: Psoriatic Arthritis (PsA) is a spondyloarthropathy of chronic evolution, which mainly affects the musculoskeletal system in an inflammatory way and is considered in turn as the rheumatic manifestation of Psoriasis (1,2).

Objective: To identify the clinical and radiological characteristics of the Psoriatic Arthritis cohort attended at the IRHED consultation from 2017 to 2020.

Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study.

Results: A study population of 191 patients with PAs was obtained, with a mean age of 61.19 years, we found that the female sex predominated, with a ratio of 9:1. The personal pathological history of Psoriasis prevailed over the family history. Among the clinical characteristics, psoriatic onychopathy was found in 100% of our population, with pitting being the most frequent. Regarding radiographic alterations, it was found that the affectations in the hands are more frequent with 50.78%, and the most repetitive radiographic characteristic was bone erosion.

Conclusion: In the Psoriatic Arthritis cohort attended at the IRHED consultation from 2017 to 2020, it was observed that it is women who suffer most from PAs, especially in the sixth decade of life. The predominant clinical feature (within CASPAR criteria) was psoriatic onychopathy, with nail pitting being the most common finding. Regarding to radiographic alterations, greater involvement of the hands was found in 50.78% of cases, with erosion as the predominant radiographic characteristic, followed by bone proliferation.

Key words: Psoriatic Arthritis, Psoriasis, CASPAR Criteria, Enthesitis and Dactylitis.

INTRODUCCIÓN

La Artritis Psoriásica (APs) es una Espondiloartropatía de evolución crónica, que afecta principalmente al sistema musculoesquelético de manera inflamatoria y que se considera a su vez como la manifestación reumatológica de la Psoriasis, donde solo un tercio de quienes padecen de Psoriasis desarrollan afectación articular (1,2).

Desde un inicio, se consideró a la Artritis Psoriásica como una variante de la Artritis Reumatoide, pero posteriormente por sus características, se la encasilló como una entidad clínica aparte (3).

Según datos del estudio de prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población adulta española (EPISER 2016), la prevalencia de esta enfermedad es del 0,58%, con una incidencia entre 6 y 25 casos por cada 10 000 personas (4). La patogenia de la APs responde a múltiples factores, principalmente genéticos y ambientales, por ejemplo, los traumatismos que conlleven al desarrollo del fenómeno de Koebner (5).

La Artritis Psoriásica presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que abarcan tanto afectación articular (en donde se describen patrones como artritis de interfalángicas distales, poliartritis simétrica, oligoartritis asimétrica, espondiloartritis y artritis mutilans), como extraarticular, principalmente entesitis, dactilitis, lesiones dermatológicas y ungueales (6), razón por la cual la APs conlleva un alto grado de experticia y sospecha dentro del diagnóstico de las enfermedades reumatológicas. La APs, al igual que otras Espondiloartropatías tiene una progresión insidiosa, donde además se destaca el hecho de la inespecificidad en sus marcadores de laboratorio e imagenológicos, razón por lo cual su diagnóstico se ralentiza. En España, datos de la encuesta de la Fundación Nacional de Psoriasis enuncian que aproximadamente una de cada 4 personas con Psoriasis puede tener APs no diagnosticada, mientras que casi un tercio de los pacientes con Psoriasis y APs no obtuvieron un diagnóstico durante dos años o más desde que debutaron con síntomas (7).

La realización de este estudio se enmarcó en el contexto de la escasa y a veces nula identificación de las características clínicas y radiológicas en la atención primaria del paciente con Artritis Psoriásica, ya que las manifestaciones musculoesqueléticas que los pacientes puedan presentar son ciertamente atribuidas a causas mecánicas o traumáticas, o en otros casos las artralgiás ciertamente orientadas hacia enfermedades vectoriales, como Dengue, sobre todo en un país del trópico como el Ecuador, lo que conlleva a una dilación en establecer un tratamiento oportuno a fin de intervenir en la historia natural de la enfermedad y evitar el progreso a formas clínicas extremas de la APs como la Artritis mutilans; pudiendo eludir inclusive la realización de exámenes de laboratorio y de imagen mayoritariamente prescindibles, que elevan el costo en la atención de dichos pacientes y el gasto de recursos innecesarios, ya sea en la red de salud pública o privada.

Por lo previamente expuesto se infiere que, por medio de la correcta identificación de las características clínicas y radiológicas de los pacientes con APs en nuestra población, podemos detectar, diagnosticar y tratar a tiempo dicha Espondiloartropatía, a fin de evitar su progresión y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: GENERALIDADES DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

1.1 Definición e historia

La Artritis Psoriásica (APs) es una patología reumatológica inflamatoria y crónica, perteneciente al grupo de las Espondiloartropatías seronegativas y que se desarrolla en casi un tercio de quienes padecen Psoriasis (6). En esencia, se la incluye como una enfermedad compleja y multifacética, dado que repercute en la salud psíquica y emocional de quienes la padecen. La APs puede presentarse desde formas leves, con un mínimo impacto funcional, que inclusive responde a tratamientos sintomáticos, como también formas severas, erosivas e incapacitantes, que comprometen notoriamente la calidad de vida (8).

Las primeras evidencias que existen de Artritis Psoriásica se remontan al año de 1960, cuando Hollander *et al.* reportó una forma atípica de la Artritis Reumatoide (AR) como una “Artritis con Psoriasis” (9); mientras que en la misma época se reportaron casos similares, pero con características clínicas adicionales que incluían sinovitis, dactilitis, compromiso del esqueleto axial y de las IFD, ausencia de nódulos como en la AR, surgiendo la idea que se trataba de una entidad clínica diferente (10). Dadas las circunstancias en esos años es que, en 1973, Moll y Wright definen a las Espondiloartropatías, donde se incluye a la APs, la cual se definía como una artritis inflamatoria, con FR negativo, que se relaciona con Psoriasis y que presenta sus propias características clínicas y radiográficas (10,11).

1.2 Epidemiología

La Artritis Psoriásica afecta tanto al sexo masculino como femenino en proporciones similares, con una prevalencia del 0.3-1% en la población general y en pacientes psoriásicos alrededor de un 30%; mientras que la incidencia que se describe en regiones de Norteamérica y Europa es de alrededor de 6 por cada 100 000 habitantes (12). Puede presentarse en cualquier grupo etario, con una mayor incidencia entre los 30-50 años de edad (13).

La mayor parte de pacientes con APs, la Psoriasis marca el debut de la artritis, con un promedio de 7 a 8 años entre el diagnóstico de la enfermedad cutánea y el inicio de manifestaciones articulares (14). Como dato adicional, se tiene que en pacientes con APs, el 82% manifestó inicialmente Psoriasis y tan solo el 7% presentó Artritis como primer síntoma (15). Como se enunció previamente, la APs está estrechamente ligada a la Psoriasis, donde se estima que el 15% de pacientes con APs tendrán Psoriasis, incluso en ausencia de antecedentes de enfermedad psoriásica conocidos (15); razón por la cual Boehncke *et al.* postula que la Artritis Psoriásica se asocia con una morbimortalidad significativa, en comparación a la población con Psoriasis o sana (16). En España, datos de la encuesta de la Fundación Nacional de Psoriasis enuncian que aproximadamente una de cada 4 personas con Psoriasis puede tener APs no diagnosticada, mientras que casi un tercio de los pacientes con Psoriasis y APs no obtuvieron un diagnóstico durante dos años o más desde que debutaron con síntomas (7).

Los datos epidemiológicos en el Ecuador con respecto a enfermedades reumatológicas conciernen, son limitados y escasos. En Cuenca, un estudio de prevalencia de trastornos musculoesqueléticos y enfermedades reumatológicas no incluyó información sobre Artritis Psoriásica (17). Existen estudios que, en cambio, analizan de manera general a todas las Espondiloartropatías, por ejemplo, en Guayaquil, un estudio sobre la prevalencia de HLA-B27 y las características clínicas de las Espondiloartropatías encontró mayor prevalencia en mujeres que en hombres, con una media de edad de 49 años, la APs la más prevalente con un 47% de la población (18). Otro estudio en el que también se analizaron las Espondiloartropatías en general, pero enfocándose en el tratamiento, detalla en cambio mayor prevalencia en hombres que mujeres, con una media de edad también de 49 años, con una población de APs del 33%, por detrás de la Espondilitis Anquilosante con un 65% (19).

1.3 Factores de riesgo

Varios son los factores que pueden incrementar el riesgo de padecer APs, entre los que se destacan:

1.3.1 Factores genéticos y demográficos

Existe evidencia que confirman la predisposición genética a tener APs, principalmente en gemelos homocigóticos (20); mientras otros estudios describen la relación entre la susceptibilidad a Artritis Psoriásica y la expresión de los genes del Complejo Mayor de Histocompatibilidad, donde se asocia mayoritariamente la afectación axial con la presencia del HLA-B27 y la periférica con el HLA-B38 y HLA-B39 (21). Intervienen también los antecedentes personales o familiares directos de Psoriasis, dado que elevan la probabilidad hasta en un 47% (22). Por otro lado, la onicopatía psoriásica parecería también cursar hacia el desarrollo de APs; mientras que la edad, si bien no es una condición sui generis, tiende a APs a presentarse con mayor frecuencia en adultos de 30-50 años de edad (23).

1.3.2 Factores inmunológicos

En algunos ensayos clínicos, se ha evidenciado la relación entre las lesiones de la APs y la Psoriasis, con base autoinmune, dado que existe un aumento en la respuesta autoinmune en la APs, lo que eleva a su vez el depósito de inmunocomplejos, IgA, IgG y el reclutamiento celular (21). También, las citoquinas inflamatorias activadas por los linfocitos T causan la hiperplasia de queratinocitos y fibroblastos en el tejido sinovial (22).

1.3.3 Factores ambientales

Los factores ambientales que probablemente tengan asociación con el desarrollo de APs son faringitis estreptocócica, infección por HIV, obesidad, sedentarismo, traumatismos como el fenómeno de Koebner y el hábito tabáquico (5, 24).

1.4 Fisiopatología

La Artritis Psoriásica es una patología muy compleja, ya que no se puede detectar la presencia de un autoanticuerpo al que se le atribuya la enfermedad. Es a ciencia cierta manifestar que hasta la fecha no se conoce el mecanismo etiopatogénico de las enfermedades autoinmunes, como la APs. Entre las probables causas se atribuyen componentes ambientales, como la exposición a ciertos microorganismos que desequilibran el reconocimiento a nuestros propios antígenos en individuos genéticamente predispuestos (25).

Sin embargo, en la actualidad sí se ha podido establecer que la Artritis Psoriásica y la Psoriasis presentan características histopatológicas en común, lo que se expresa en que pueden compartir también los mismos mecanismos etiopatogénicos. A nivel cutáneo y articular existe una respuesta inflamatoria crónica, dada por la infiltración T, neutrófilos y macrófagos activados, además de la proliferación de vasos sanguíneos. En la sinovitis de la APs se destaca la hiperplasia sinovial y el aumento de linfocitos T CD4 y CD8 como respuesta inmune adaptativa. La progresión de la enfermedad conlleva a una inflamación crónica y sostenida, produciendo destrucción del cartílago y erosión ósea marginal e irregular, con la consecuente neoformación ósea por actividad osteoclastogénica (26).

CAPÍTULO II: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS

2.1 Manifestaciones clínicas

Presenta una variedad de síntomas, que comprenden desde la propia artritis (periférica o axial), entesitis, dactilitis y uveítis. El Grupo para la investigación y evaluación de la Psoriasis y Artritis Psoriásica (GRAPPA) manifestó que en el manejo de la Artritis Psoriásica debe considerarse inicialmente la existencia de varios dominios de la APs, los cuales incluyen: patrones articulares (periféricos y axiales), entesitis, dactilitis, lesiones cutáneas y ungueales (27).

2.1.1 Patrones articulares

La Artritis Psoriásica puede afectar tantas articulaciones periféricas, axiales o a su bien, ambas. Existen reportes de rigidez matutina en la mitad de los pacientes con APs (27). Los patrones articulares periféricos de la APs se caracterizan por ser mayoritariamente poliarticulares simétricos y en menor proporción oligoarticulares asimétricos (28). Otro patrón de APs es la artritis de IFD, acompañándose además de artritis de las IFP, de las articulaciones metacarpofalángicas y huesos del carpo, de las articulaciones metatarsofalángicas, muñecas y rodillas (6,27). Mientras que el patrón de espondiloartritis de la APs involucra la afectación de columna vertebral y articulaciones sacroilíacas, siendo generalmente asintomática y pudiéndose desarrollar simultáneamente con patrones periféricos (6,28). Por último, la artritis mutilans se presenta en menos del 5%, principalmente en mujeres con APs poliarticular, siendo una artritis erosiva de consideración, que se acompaña de osteólisis epifisiaria en pequeñas articulaciones en manos y pies, teniendo como característica el “dedo en telescopio” por la reducción en el tamaño de los dedos, aunque no se considera exclusivo de APs ya que se puede encontrar de la misma manera en pacientes con Artritis Reumatoide y Artritis Reactiva (2,6,28).

2.1.2 Entesitis

Es definida como la inflamación de la unión, ya sea del tendón, músculo o ligamento, con el hueso (29). Aunque la presencia de entesitis puede a su vez responder a otras causas clínicas, como síndrome metabólico, lesiones traumáticas y otras enfermedades reumatológicas, se enuncia como el signo

primordial en la APs, ya que se presenta en aproximadamente la mitad de los pacientes (30). La entesitis constituye un hallazgo clínico desafiante en identificar, ya que puede cursar de forma asintomática, atribuirse a lesiones mecánicas o a su vez confundirse con hipersensibilización central, como en la Fibromialgia (30,31).

2.1.3 Dactilitis

Definida como la inflamación de los dedos, teniendo un aspecto de “salchicha”, se da por el compromiso inflamatorio de huesos, ligamentos, articulaciones y tejidos blandos, constituyendo así una de las principales características de la Artritis Psoriásica, teniendo una prevalencia del 40 %. Representa un marcador clínico tanto de diagnóstico y seguimiento en la APs, dado que la inflamación sostenida de los dedos conlleva a la destrucción progresiva de las estructuras en el dedo y la consecuente pérdida de la función (32).

2.1.4 Manifestaciones cutáneas y ungueales

-Psoriasis

Como ya se ha mencionado anteriormente el nexo que tiene la APs con la Psoriasis, cualquier de sus formas se pueden presentar en la Artritis Psoriásica, siendo la forma vulgar la más frecuente (28). En cuanto a las localizaciones de las lesiones cutáneas, se han descrito la presencia de estas en extremidades, cuero cabelludo y región lumbosacra predominantemente y en menor medida en ombligo, región glútea y perianal y pabellón retroauricular (1). La onicopatía psoriásica tiene una relación importante con la APs, incluso pudiéndose encontrar como la única manifestación de la Psoriasis; entre los hallazgos más comunes están el pitting, la onicólisis, hiperqueratosis y hemorragias en astilla (5,6).

2.1.5 Manifestaciones extraarticulares

-Oculares

Comúnmente, la manifestación oftalmológica con mayor prevalencia es la uveítis anterior, su hallazgo se relaciona principalmente a pacientes con HLA-B27 y sacroileítis. Otras manifestaciones incluyen conjuntivitis y Síndrome de Sjögren secundario (33).

-Otras manifestaciones

Entre otros hallazgos poco frecuentes, se ha evidenciado que pacientes con APs tienen mayor riesgo de padecer Enfermedad Inflamatoria Intestinal, con manifestaciones comúnmente como diarrea o constipación, sobre todo en aquellos con un patrón oligoarticular o axial, probablemente por la alteración del microbiota (33). De igual manera, estudios sugieren que por la actividad inflamatoria de la entesitis y una consecuente obstrucción linfática se explique la presencia de linfedema de extremidades en pacientes con APs. El compromiso cardiopulmonar se ha evidenciado en un 4% de pacientes con Artritis Psoriásica, con manifestaciones como insuficiencia aórtica, prolapso de la válvula mitral y alveolitis pulmonar (33).

2.2 Manifestaciones radiológicas

Las características imagenológicas que se pueden evidenciar mediante una radiografía simple van desde la identificación de las lesiones, erosiones, acroosteólisis y resorción de la estructura ósea y de la cápsula (34,35).

Los hallazgos más comunes incluyen aumento de partes blandas con disminución del espacio articular, erosiones óseas de interfalángicas distales y proximales, proliferación, fusión y resorción ósea, lesiones osteolíticas en falanges (si afecta IFD produce el signo radiológico dedo en punta de lápiz), periostitis a lo largo de la metáfisis de dedos de mano y pie, alteraciones del penacho de las falanges distales y proximales, no evidencia de osteopenia yuxta-articular, erosión del calcáneo, sacroilitis, espondilitis con osificación paravertebral y espondilitis coxofemoral (36–38). Ciertamente estos hallazgos suelen confundirse con la Artritis Reumatoide, sin embargo, la formación de hueso perióstico, la presencia de erosiones y anquilosis en la misma mano y a veces en el mismo dedo constituyen un hallazgo único e intrigante de la APs. El compromiso de las articulaciones interfalángicas distantes y la distribución asimétrica también puede ayudar a diferenciar la APs de la AR (39).

CAPÍTULO III: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

3.1 Diagnóstico

Con la mejora en la definición de las Espondiloartropatías y la APs consigo, se han propuesto varios criterios diagnósticos y de clasificación, aunque no se establece aún cuál detalla de mejor manera la complejidad de la enfermedad. Moll y Wright en 1973, con la primera definición de APs propusieron con ella también criterios diagnósticos, que incluyen la presencia de psoriasis cutánea y/o ungueal y artritis seronegativa (10). Por lo práctico y sencillos de aplicar, estos criterios han seguido usándose en determinados ensayos clínicos, aunque con una baja sensibilidad y especificidad. Finalmente, en el 2006 se llegó a un consenso de establecer de clasificación que se denominarían CASPAR (ClASsification criteria for Psoriatic ARthritis, por su acrónimo en inglés), que mediante un estudio multicéntrico y prospectivo en 13 países, con una población total de 588 pacientes con APs y un grupo control con 536 pacientes con otras artritis, estableció que para que un individuo presente APs debe tener compromiso articular (artritis, entesitis o sinovitis) junto a otras manifestaciones clínicas, serológicas o radiológicas, confirmando un método oportuno en el diagnóstico de APs incluso en ausencia de Psoriasis cutánea (40).

Para que un paciente cumpla con los criterios de CASPAR se debe tener artritis (periférica, axial, sacroilíaca o entesitis) y ≥ 3 de los siguientes puntos

1. Antecedentes personales o familiares (familiar directo) de psoriasis o de síntomas de psoriasis (cambios psoriásicos de la piel confirmados por reumatólogo o dermatólogo): **1 pto.**; psoriasis presente en la actualidad: **2 ptos.**
2. Cambios típicos de psoriasis en las uñas (separación de uña, depresiones en la lámina ungueal e hiperqueratosis) encontrados en el examen clínico: **1 pto.**
3. Factor reumatoide negativo (cualquier prueba salvo la prueba de látex), preferiblemente ELISA o por nefelometría: **1 pto.**
4. Inflamación de los dedos (dactilitis), definida como edema del dedo (el denominado dedo en salchicha), actualmente o en anamnesis registrada por reumatólogo: **1 pto.**
5. Características radiológicas de proliferación ósea periarticular en forma de osificación limitada vagamente cerca de la superficie articular (pero sin crear osteofitos) en las radiografías de las manos o los pies: **1 pto.**

CASPAR — Classification criteria for Psoriatic Arthritis (40).

Los reportes de APs de la OMERACT adicionalmente proponen que, entre las manifestaciones clínicas de la APs para el diagnóstico y seguimiento, se incluyan también la fatiga, evaluación global del paciente, actividad física, dolor, calidad de vida relacionada con la salud e inflamación sistémica (41).

3.2 Tratamiento

Dado que no existe un tratamiento definitivo para la APs, la terapéutica se enfoca en lograr una remisión de la enfermedad, o a su bien, reducir la inflamación, dolor, rigidez de las articulaciones y la discapacidad que estas puedan generar, repercutiendo en la calidad de vida. Esta terapia farmacológica debe ser administrada de forma escalonada en función de la gravedad de la APs (41). Los medicamentos que se usan para tratar la artritis psoriásica incluyen los siguientes:

-AINES y corticoides: Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) disminuyen la inflamación y el dolor articular. Los AINES que comúnmente se administran en formas leves de la APs son paracetamol, ibuprofeno y naproxeno sódico (42). Las infiltraciones con corticoides intraarticulares o en los sitios de entesitis también se pueden utilizar, aunque la evidencia de su uso es muy limitada (42).

-FARMES no biológicos: Los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMES) pueden desacelerar el curso de la APs y evitar que las articulaciones y otros tejidos tengan un daño permanente. Entre estos destacan Metotrexato, Leflunomida y Sulfasalazina. Los efectos secundarios varían, pero pueden incluir daño hepático, aplasia medular y neumonitis intersticial (43). Otros FARMES no biológicos son los inmunosupresores, que actúan para regular la actividad del sistema inmune, que se encuentra implicado en la patogenia de la Artritis Psoriásica. Algunos ejemplos son Azatioprina y Ciclosporina (42,43).

-FARMES biológicos: Los principales son los Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa, bloquean la actividad del TNFa, disminuyendo el dolor y la inflamación articular y la rigidez matutina. Entre estos está el Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Golimumab y Certolizumab (42).

Los efectos secundarios potenciales incluyen náuseas, diarrea, alopecia y una mayor predisposición a infecciones (43).

Existen otros medicamentos que se desarrollaron recientemente para el tratamiento de la psoriasis en placa, que también han demostrado disminución de los signos y síntomas de la APs, por ejemplo, el Apremilast, el Ustekinumab y el Secukinumab (44).

El tratamiento de la APs está orientado tanto a las manifestaciones clínicas como a las lesiones cutáneas de la enfermedad. Es imprescindible que el esquema terapéutico sea consensuado con un dermatólogo, por el hecho que ciertos fármacos usados en la afectación articular, resultan contraproducentes para la afección cutánea, como el uso de corticoides sistémicos que provocan brotes cutáneos de Psoriasis luego de retirarlos (42,43). Si bien, el manejo de la APs es principalmente farmacológico, los tratamientos fisioterapéuticos y quirúrgicos deben considerarse mientras sean necesarios (44). La Artritis Psoriásica es una enfermedad compleja, por lo que el tratamiento necesita ser individualizado.

METODOLOGÍA

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar las características clínicas y radiológicas de la cohorte de Artritis Psoriásica atendida en la consulta del IRHED del 2017 al 2020.

Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de los criterios de CASPAR en pacientes con Artritis Psoriásica.
2. Describir las características clínicas de la Artritis Psoriásica.
3. Detallar los hallazgos y alteraciones radiológicas que se puedan encontrar en pacientes con Artritis Psoriásica.
4. Analizar la actividad de la enfermedad mediante el Score DAS-28.

DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de este estudio fue observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

El presente estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación Científica de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Previa solicitud y autorización de la jefatura del IRHED, se obtuvo la base de datos, por medio de la gestión también del departamento de estadísticas y la loable colaboración de su servicio de Reumatología. Con la información obtenida de la base de datos, se mantuvo la confidencialidad de los pacientes, tanto de sus nombres y apellidos, número de historia clínica y demás datos personales a los que se tuvo acceso para la realización de este estudio. La realización de este estudio no tuvo conflictos de interés por parte de los investigadores.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes diagnosticados con Artritis Psoriásica que fueron atendidos en la consulta del Instituto de Reumatología, Hematología, Endocrinología y Dermatología (IRHED) de Enero del 2017 a Enero del 2020.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con artritis psoriásica diagnosticada por un reumatólogo.
- Que cumplan criterios de CASPAR
- Pacientes codificados con CIE-10: L40.5 (M07.0*-M07.3*, M09.0*)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no consten con una historia clínica completa.
- Pacientes con datos radiológicos y de laboratorio insuficientes.
- Pacientes con otro tipo de Espondiloartropatía o un diagnóstico final diferente a Artritis Psoriásica.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó al departamento de estadísticas del Instituto de Reumatología, Hematología, Endocrinología y Dermatología (IRHED), previa autorización de la Jefatura de Reumatología, las historias clínicas registradas en el sistema local del instituto con los códigos CIE-10: L40.5 (M07.0*-M07.3*, M09.0*) que acudieron a consulta de reumatología desde el 2017 hasta inicios del 2020.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos fueron obtenidos por medio de la revisión de las historias clínicas que se encuentran en el repositorio del IRHED y en el archivo informático. La gestión informática de la tabulación de datos se efectuó mediante una hoja de cálculo en programa Microsoft Excel 2013. Se realizó el análisis estadístico respectivo mediante el programa IBM SPSS Statistics Versión 23, utilizando los datos pertinentes para el procesamiento de la información; incluyendo frecuencias, porcentajes e Intervalo de confianza.

VARIABLES

Tras la recolección de datos y el análisis de estos, se obtuvieron las siguientes variables:

Variable en estudio		Definición de la variable	Indicador	Tipo	Nivel de medición
Sociodemográficas	Edad	Tiempo de vida en años del individuo estudiado desde su nacimiento	Número en años	Cuantitativa numérica discreta	Número de años
	Sexo	Condición orgánica que diferencia hombres de mujeres.	Femenino o Masculino	Cualitativa nominal dicotómica	M (Masculino)= 0, F (Femenino)= 1
Datos cronológicos	Antecedente patológico personal de Psoriasis	Diagnóstico dermatológico previo, de padecer Psoriasis	Descrito en la historia clínica	Cualitativa nominal dicotómica	No = 0, Sí = 1
	Antecedente patológico familiar de Psoriasis	Diagnóstico previo de familiar de primer grado de padecer Psoriasis	Descrito en la historia clínica	Cualitativa nominal dicotómica	No = 0, Sí = 1
Criterios diagnósticos	Presencia de Onicopatía	Alteraciones dermatológicas a nivel de las uñas	Descrito en la historia clínica	Cualitativa nominal politómica	Pitting = 0, Onicosis = 1, Pitting + Onicosis = 2, Hiperqueratosis = 3
	Presencia de Entesitis	Inflamación del sitio de inserción del ligamento, tendón o músculo al hueso.	Descrito en la historia clínica	Cualitativa nominal dicotómica	No = 0, Sí = 1
	Presencia de Dactilitis	Inflamación de uno o más dedos de la mano y/o del pie	Descrito en la historia clínica	Cualitativa nominal dicotómica	No = 0, Sí = 1
	Manifestaciones dermatológicas	Alteraciones en la dermis	Descrito en la historia clínica	Cualitativa nominal dicotómica	Psoriasis = 0, Distintas a Psoriasis = 1
	Manifestaciones digestivas	Cambios denotados en las deposiciones	Descrito en la historia clínica	Cualitativa nominal politómica	Diarrea = 0, Constipación = 1, Otros = 2

	Alteraciones radiológicas	Signos evidenciados en las radiografías	Descrito en la historia clínica o reporte imagenológico	Cualitativa nominal dicotómica	No = 0, Sí = 1
Evaluación de la actividad de la enfermedad	Tratamiento	Esquema terapéutico planteado a fin de disminuir la actividad de la enfermedad	Descrito en la historia clínica	Cualitativa nominal politómica	Monoterapia = 0, Terapia doble = 1, Triple terapia = 2, Biológicos = 3
	Laboratorio	Presencia de anticuerpos en individuo estudiado	Descrito en la historia clínica o reporte de laboratorio	Cualitativa nominal dicotómica	ANA (+) = 0, Anti-CCP (+) = 1
	Factor Reumatoide	Autoanticuerpo del tipo IgM que se eleva en ciertas enfermedades reumáticas y en algunas infecciones crónicas	Descrito en la historia clínica o reporte de laboratorio	Cualitativa nominal dicotómica	No = 0, Sí = 1
	DAS-28	Índice que evalúa la actividad y evolución de la enfermedad articular	Descrito en la historia clínica o reporte de laboratorio	Cualitativa categórica politómica	Promedio DAS-28 recolectado de las historias clínicas en el periodo de estudio.
	Tiempo de seguimiento	Marco cronológico del curso de la enfermedad	Descrito en la historia clínica o reporte de laboratorio	Cualitativa nominal dicotómica	<1 año = 0, >1 año = 1

RESULTADOS

Durante los 3 años del estudio en el Instituto de Reumatología, Hematología y Dermatología (IRHED), se atendieron 191 pacientes con el diagnóstico de Artritis Psoriásica (APs).

Prevalencia: En el Instituto de Reumatología, Hematología, Endocrinología y Dermatología desde su apertura en el 2017 hasta la actualidad se atendieron 1177 pacientes en el servicio de Reumatología; de los cuales 191 pacientes coincidieron con el diagnóstico de APS (tabla 1, Gráfico 1). Podemos entonces determinar que la prevalencia de artritis psoriásica en el IRHED entre los años 2017 a 2020 fue del 16%.

Edad: La media de la edad fue de 61.19 años con una desviación estándar de 10.90. La mediana de esta variable fue 61 años. Al analizar los datos por grupos etarios observamos que de 60 a 69 años hubo mayor prevalencia diagnóstica de APS (n: 64, 33.50%) (Tabla 2).

Sexo: En la población con APs estudiada, se encontró 170 mujeres (89%) y 21 hombres (11%); con una proporción de 9:1 a favor del sexo femenino (Tabla 2).

Criterios CASPAR: Entro estos el más prevalente fue la Onicopatías psoriásica en el 100% de nuestra población, seguido por la seronegatividad del factor reumatoide en el 96.86% de la población; los demás criterios se desglosan en la Tabla 3.

Antecedentes Familiares: En relación con el análisis de los antecedentes familiares, encontramos que el 27,3% de los pacientes refirieron que algún familiar suyo fue diagnosticado con psoriasis. El 72.77% restante negó tener conocimiento sobre este antecedente familiar. Adicional el 39.27% de pacientes afirmaron haber ya sido diagnosticados de Psoriasis por un especialista (Gráfico 2,3).

Onicopatías: En nuestra población se evidenciaron las siguientes Onicopatías: el pitting ungueal predominó en un total de 96 pacientes (50.26%), en segundo lugar, se encontró la onicólisis en 87 pacientes (45.55%) y por último hiperqueratosis en 8 pacientes (4.19%). Cabe recalcar que 38 pacientes reflejaron 2 Onicopatías simultáneamente (pitting y onicólisis) (Gráfico 4).

Características radiológicas: Los hallazgos radiológicos que se encontraron en nuestra muestra de pacientes son: 97 (50.78%) con alteraciones en manos, en pies 79 (41.36%) y 15 (7.85%) pacientes sin alteración radiológica evidente. Dentro de las características radiológicas se observa que 41 (21.47%) pacientes mostraron proliferación ósea, erosiones en 109 (57.07%) pacientes y 18 (9.42%) pacientes con osteopenia yuxta-articular (Gráfico 5).

Factor reumatoide positivo: De 191 pacientes: 5 (2.62%) pacientes presentaron positividad en FR, mientras 186 (97.38%) pacientes obtuvieron FR negativo (Gráfico 6).

Tratamiento: El uso de FARME en la APS fue el siguiente: 106 (55.49%) pacientes se tratan con monoterapia; 72 (37.70%) sujetos usan terapia doble, 12 (6.28%) con triple terapia y tan sólo 1 (0.52%) paciente con biológicos. (Tabla 4, Gráfico 7).

Manifestaciones digestivas: se evidenció varios cambios en las deposiciones de la muestra, 59 (30.89%) pacientes presentaron constipación y 52 (27,22%) diarrea. Sin embargo, un conjunto de distintos síntomas (reflujo gastroesofágico, náuseas, vómitos) se vieron reflejados en 61 (31.93%) pacientes. Dentro de la muestra, 19 (9.95%) no constató algún síntoma gastrointestinal (Gráfico 8).

DAS-28: Utilizamos el Score DAS-28 para valorar el grado de actividad de la enfermedad dando un promedio inicial de 4.14 y promedio final 3.29 (Gráfico 9).

TABLAS Y GRÁFICOS

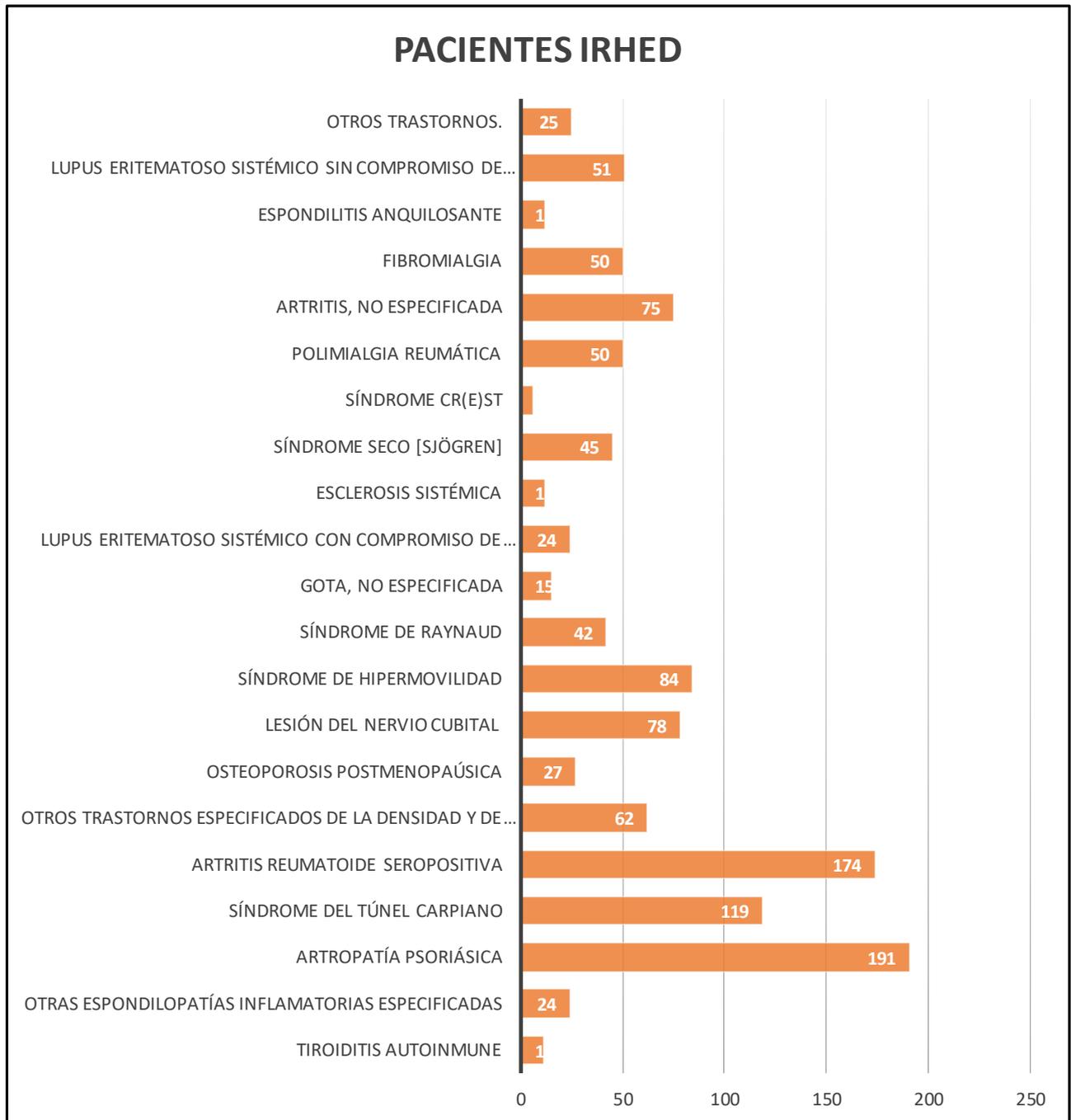
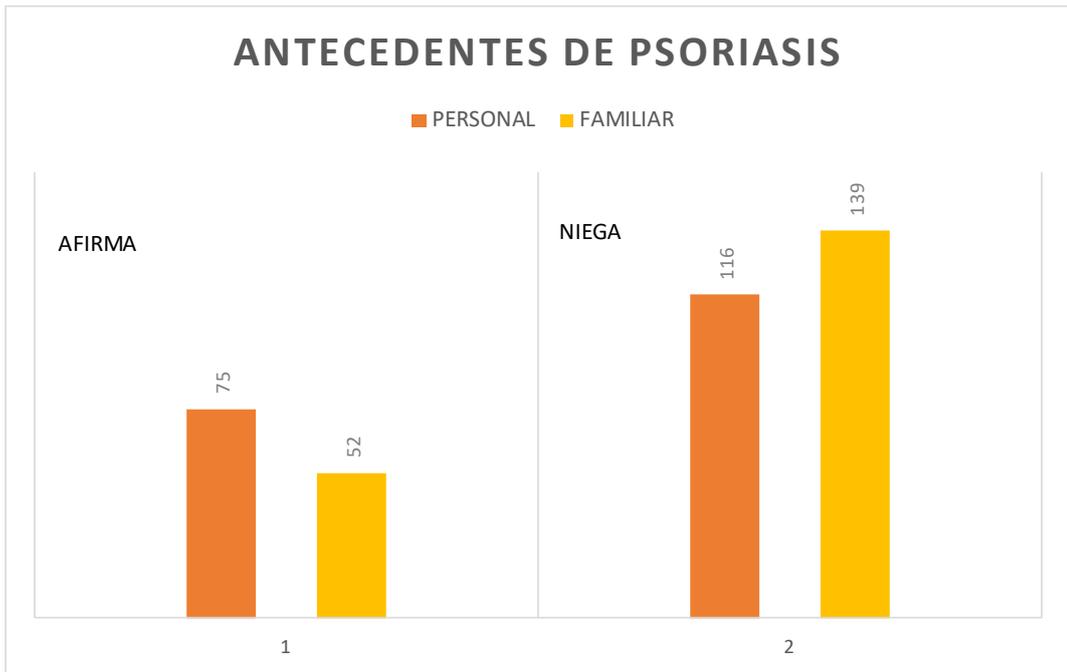


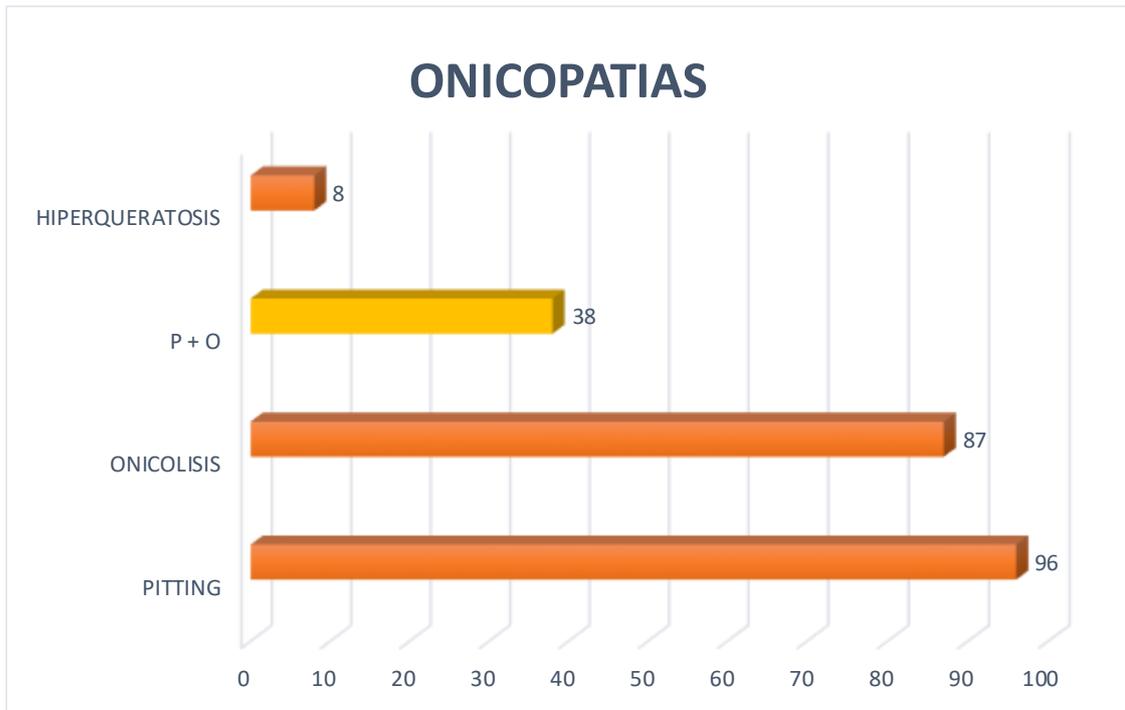
Gráfico 1. Elaborado por Josselyn Córdova y Marlon Villacis.
Pacientes registrados en la base de datos de IRHED



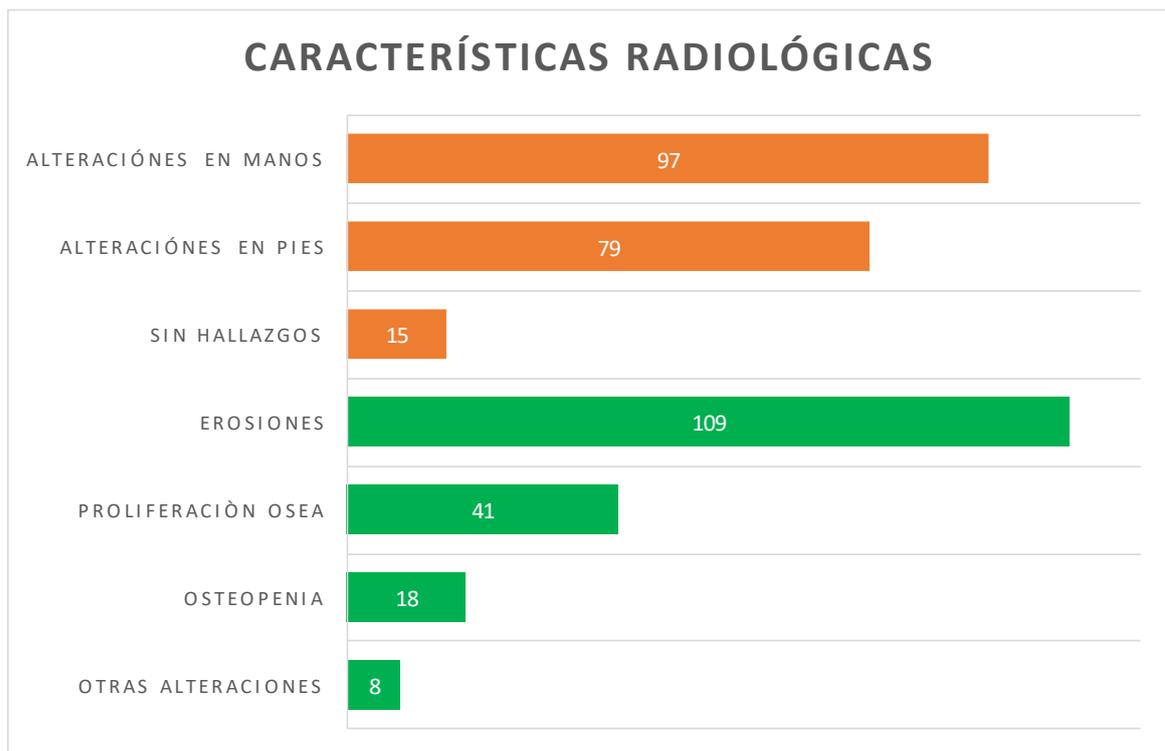
*Gráfico 1 Elaborado por Josselyn Cordova y Marlon Villacis.
Porcentaje por antecedentes de psoriasis de pacientes con APS*



*Gráfico 2 Elaborado por Josselyn Cordova y Marlon Villacis.
Porcentaje por lesiones en piel de pacientes con APS*



*Gráfico 3 Elaborado por Josselyn Cordova y Marlon Villacis.
Clasificación de Onicopatías de pacientes con APS.*



*Gráfico 4 Elaborado por Josselyn Cordova y Marlon Villacis.
Clasificación de localización de afecciones por radiografías de pacientes con APS*

FACTOR REUMATOIDE NEGATIVO	SI	186
	NO	5

Gráfico 5 Elaborado por Josselyn Cordova y Marlon Villacis.
Porcentaje por FR de pacientes con APS

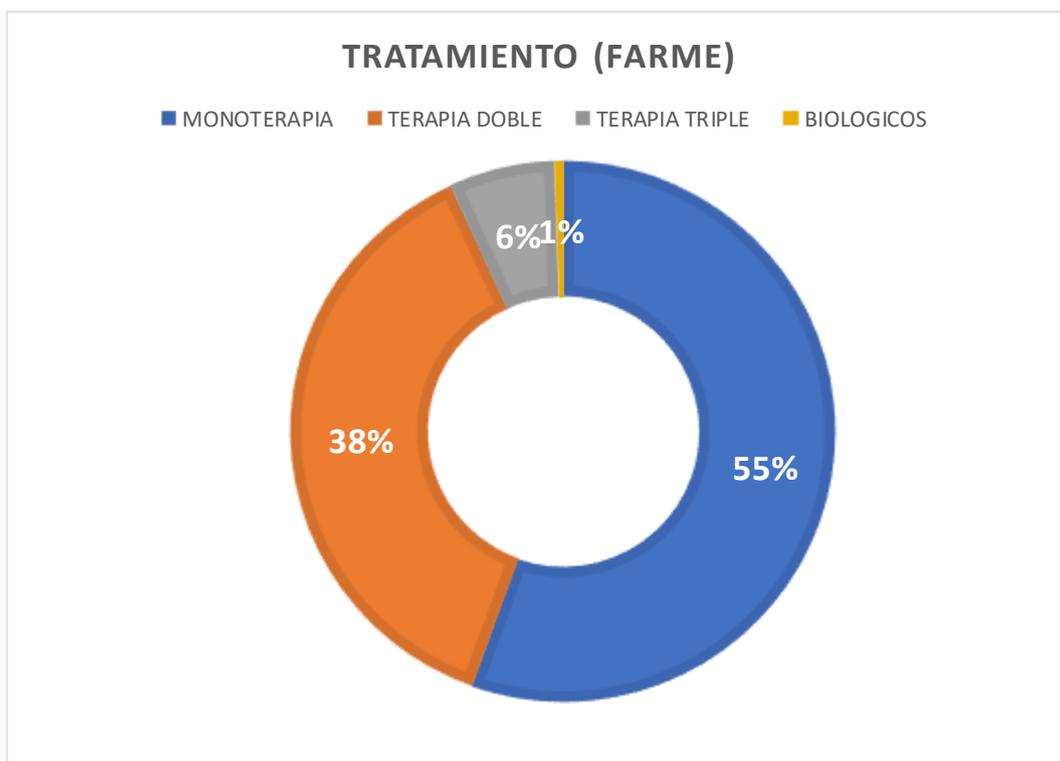


Gráfico 6 Elaborado por Josselyn Cordova y Marlon Villacis.
Clasificación por Tratamiento de pacientes con APS

MANIFESTACIONES DIGESTIVAS

■ DIARREA ■ CONSTIPACION ■ OTROS ■ NINGUNO

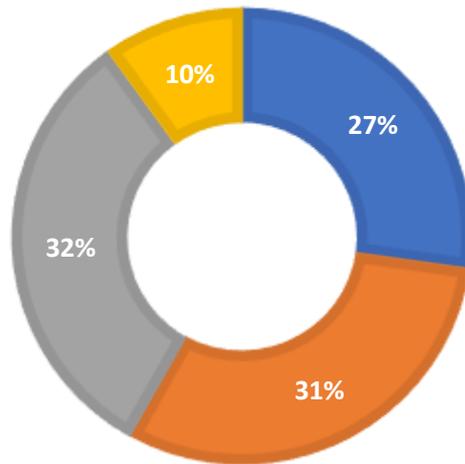


Gráfico 7 Elaborado por Josselyn Cordova y Marlon Villacis.
Clasificación por síntomas gastrointestinales de pacientes con APS

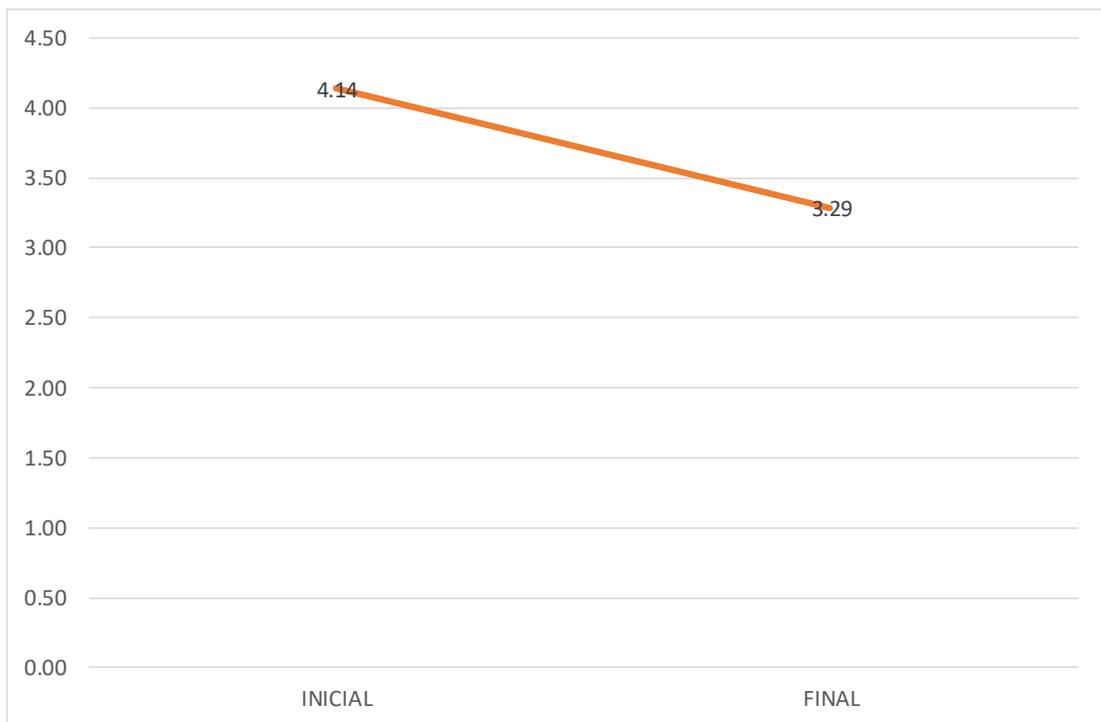


Gráfico 8 Elaborado por Josselyn Cordova y Marlon Villacis.

Promedio de DAS28 inicio y final de pacientes con APS

PACIENTES REGISTRADOS EN IRHED	
ARTROPATÍA PSORIÁSICA	191
DIAGNOSTICOS DE REUMATOLOGIA, VARIOS.	986
TOTAL	1177

Tabla 1 Pacientes registrados en IRHED en el período 2017-2020

TABLA 2		
CARACTERISTICAS	CASOS N:191	%
Edad, Mediana	61,19	
Grupos de edad		
<20	1	0,52
30-39	5	2,62
40-49	21	10,99
50-59	57	29,84
60-69	64	33,51
>70	43	22,51
Sexo		
Femenino	170	89,00
Masculino	21	10,99

Tabla 2 Elaborado por: Josselyn Córdova y Marlon Villacis. Fuente: Estadísticas por rango de edad y sexo IRHED

CRITERIOS DE CASPAR		SI	NO
ANTECEDENTES PSORIASIS	PERSONAL	75 (39.26%)	116 (60.73%)
	FAMILIAR	52 (27.23%)	139 (72.77%)
ONICOPATIAS	PITTING	96 (50.26%)	95 (49.74%)
	ONICOLISIS	87 (45.54%)	104 (54.45%)
	P + O	38 (19.90%)	153 (80.10%)
	HIPERQUERATOSIS	8 (4.19%)	183 (95.81%)
RADIOGRAFIAS	MANOS	100 (52.35%)	91 (47.64%)
	PIE	83 (43.45%)	108 (56.54%)
	PROLIFERACIÓN ÓSEA	41 (21.47%)	150 (78.53%)
	EROSIONES	109 (57.07%)	82 (42.93%)
	OSTEOPENIA	17 (8.90%)	174 (91.90%)
FACTOR REUMATOIDE NEGATIVO		185 (86.86%)	6 (3.14%)
DACTILITIS		88 (46.07%)	103 (53.93%)

Tabla 3 Elaborado por: Josselyn Córdova y Marlon Villacis.
Fuente: Estadísticas Reumatológicas IRHED

TRATAMIENTO	SI	NO
MONOTERAPIA	105	86
TERAPIA DOBLE	72	119
TERAPIA TRIPLE	12	179
BIOLOGICOS	1	190

Tabla 4 Elaborado por: Josselyn Córdova y Marlon Villacis.
Fuente: Estadísticas por rango de edad IRHED

DISCUSIÓN

Dentro del presente proyecto, se incluyeron 191 pacientes, con 15 variables analizadas, donde se destacan aspectos epidemiológicos, clínicos, radiológicos y terapéuticos.

Mediante esta discusión se compararán las principales características clínicas y radiológicas entre las distintas poblaciones de APs analizadas en otros estudios en ciertos países América, Asia y Europa.

Datos sobre las características epidemiológicas enfermedades mediadas por mecanismos inmunes (28), en España, observan que la APs tiene mayor predominio en el género masculino (52.8%), con edad promedio de 52 años. Además, Pittam C. *et al.* (45) presenta una edad promedio de diagnóstico de 40.7 años, y se mostró una mayor prevalencia en hombres (61.22%) que en mujeres, obtenida esta muestra en Japón. Dicha información difiere de los datos encontrados en nuestra población, que presenta una prevalencia de APs mayoritariamente en mujeres (89%) y una edad media de 61 años.

En tanto que el registro de pacientes con APs en Turquía (46), expresa que el 31.6% de los pacientes, presentan antecedentes familiares directos de Psoriasis y un 78% presentaban lesiones actuales de Psoriasis, datos que se contraponen a nuestra población, con un 27.3% de pacientes con antecedentes familiares y un 39.27% con antecedentes personales, de los cuales un 85% se encontraba con lesión actual de Psoriasis.

Por otro lado, la positividad del Factor Reumatoideo en dicha población es del 5%, mientras que Pittam manifiesta una frecuencia del 3%, al igual que la nuestra también con 3% y en cuanto al puntaje del DAS-28 concierne, oscila entre 3.47, en tanto que el nuestro es de 3.29.

Wilson C. *et al.* (47) en su estudio evidencia que el hallazgo más común fue dactilitis en un 30% de los pacientes, a diferencia de los resultados de nuestro estudio, en el cual la dactilitis tuvo una frecuencia del 46,07%.

Otro aspecto a analizar es que López *et al.* (48) en su estudio enuncia el hallazgo radiográfico de proliferación ósea en el 42.5% de los casos, mientras que en nuestra población la encontramos en un 21% de los pacientes; además que la evidencia de erosiones denotadas por radiografía se presenta en un 53%, asemejándose a nuestros resultados con un 57% de frecuencia de erosiones.

La manifestación de onicopatía psoriásica estuvo presente en el 100% de nuestra población, donde se incluían hallazgos como pitting, onicólisis e hiperqueratosis. Esta información se contrapone a los hallazgos encontrados en el estudio de García Porrúa *et al.* en cuya población se encontraba un 23% de onicopatía psoriásica sin especificarse el tipo de lesión ungueal (49).

CONCLUSIONES

Mediante este estudio se puede concluir que la Artritis Psoriásica:

1. Es más común en una edad promedio de 60 años, afectando principalmente al sexo femenino que, al masculino, en comparación con estudios reportados en otros países.
2. Si bien la onicopatía psoriásica fue la manifestación clínica más frecuente en nuestro trabajo, esto puede responder a que todos los pacientes evaluados tuvieron un examen físico minucioso, donde se hacía un énfasis en la pesquisa de lesiones ungueales. Por lo que se puede sugerir que en próximos estudios y en la evaluación de todos los pacientes reumatológicos se incluya como protocolo, la búsqueda de algún tipo de afección ungueal, a fin de lograr un registro lo más preciso posible o tener un valor real de su prevalencia en este tipo de pacientes.
3. Entre las características radiológicas de la APs se encontró mayor prevalencia de erosiones óseas, seguido de proliferación ósea y osteopenia en menor proporción, siendo las manos las estructuras articulares predominantemente involucradas
4. Al igual que en otros registros de APs en el mundo, la mayoría es seronegativo.
5. Se puede contemplar una mayor prevalencia entre los pacientes con diagnóstico previamente establecido de Psoriasis, con relación a quienes referían antecedentes familiares de Psoriasis.
6. El tratamiento mayoritariamente utilizado fue la monoterapia con FARME, en especial con Metotrexato.
7. Se observa que la actividad de la APs (evaluado por DAS-28) presenta un curso relativamente benigno, disminuyendo el puntaje promedio entre los pacientes conforme a las evaluaciones realizadas en un seguimiento menor a un año.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tintle SJ, Gottlieb AB. Psoriatic Arthritis for the Dermatologist. *Dermatol Clin*. 1 de enero de 2015;33(1):127-48.
2. 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
3. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med*. 09 de 2017;376(10):957-70.
4. Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Silva-Fernández L, Sivera F, Blanco FJ, Pérez Ruiz F, et al. Prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España (estudio EPISER 2016). Objetivos y metodología. *Reumatol Clínica*. 1 de marzo de 2019;15(2):90-6.
5. de Vlam K, Gottlieb AB, Mease PJ. Current concepts in psoriatic arthritis: pathogenesis and management. *Acta Derm Venereol*. Noviembre de 2014;94(6):627-34.
6. Staubach P, Zimmer S. What's the appearance of psoriasis. *Med Monatsschr Pharm*. junio de 2017;40(6):234-7.
7. National Psoriasis Foundation. Survey Panel Snapshot. 2011. Disponible en: www.psoriasis.org/document.doc?id=1782. Citado en Marzo 17, 2020
8. Ocampo D V, Gladman D. Psoriatic arthritis. *F1000Res*. 2019;8:F1000 Faculty Rev-1665. Published 2019 Sep 20. doi:10.12688/f1000research.19144.1
9. O'Neill T, Silman AJ. Historical background and epidemiology. *Baillières Clin Rheumatol*. 1 de junio de 1994;8(2):245-61.
10. Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1973;3(1):55-78.

11. Moll JMH. «The Leeds Idea»: an historical account of the spondylarthritides concept. *Reumatismo*. 1 de enero de 2007;59 Suppl 1:13-8.
12. Scotti L, Franchi M, Marchesoni A, Corrao G. Prevalence and incidence of psoriatic arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 1 de agosto de 2018;48(1):28-34.
13. Michalek I. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis -. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;205-12.
14. Chandran V, Raychaudhuri SP. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Autoimmun*. mayo de 2010;34(3):J314-321.
15. Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis: a systematic review. *J Rheumatol*. julio de 2008;35(7):1354-8.
16. Boehncke W-H, Menter A. Burden of disease: psoriasis and psoriatic arthritis. *Am J Clin Dermatol*. octubre de 2013;14(5):377-88.
17. Guevara S, Feican A. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in Cuenca, Ecuador: a WHO-ILAR COPCORD study. *Rheumatol Int*. septiembre de 2016;1195-204.
18. Blümel Yarlequé M, Cuzco Cevallos AJ. Prevalencia de HLA-B27 y características clínicas de una cohorte de pacientes con espondiloartropatías en el Hospital Luis Vernaza del 2015 - 2016. 4 de septiembre de 2018; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/11427>
19. Álvarez Domínguez AP, Suárez Bastidas JS. Prevalencia de Espondiloartritis y uso de tratamientos biológicos y no biológicos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016. 4 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/11402>

20. Pedersen O, Svendsen A, Ejstrup L. On the heritability of psoriatic arthritis. Disease concordance among monozygotic and dizygotic twins. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2008;67:1417-1421.
21. Cantini F, Niccoli L, Nannini C, Kaloudi O, Bertoni M, Cassarà E. Psoriatic arthritis: a systematic review. *Int J Rheum Dis.* 2010;13(4):300-17.
22. Lloyd P, Ryan C, Menter A. Psoriatic arthritis: an update. *Arthritis.* 2012;2012:176298.
23. Moreno Martínez-Losa M, Gratacós Masmitjà J. Artropatía psoriásica. *Medicine (Baltimore).* 1 de marzo de 2013;11(31):1910-23.
24. Eder L, Law T, Chandran V, Shanmugarajah S, Shen H, Rosen CF, et al. Association between environmental factors and onset of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Arthritis Care Res.* agosto de 2011;63(8):1091-7.
25. González S, Queiro R, Ballina J. Actualización en la patogenia de la artritis psoriásica. *Reumatol Clínica.* 1 de marzo de 2012;8:1-6.
26. FitzGerald O, Winchester R. Psoriatic arthritis: from pathogenesis to therapy. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(1):214.
27. Sunar I, Ataman S, Nas K, Kilic E, Sargin B, Kasman SA, et al. Enthesitis and its relationship with disease activity, functional status, and quality of life in psoriatic arthritis: a multi-center study. *Rheumatol Int.* febrero de 2020;40(2):283-94.
28. Diaz A. Características epidemiológicas de una gran cohorte de pacientes con enfermedades mediadas por mecanismos inmunes [Internet]. [España]: Universidad Autònoma de Barcelona; 2019 [citado 17 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/207858>

29. Kaeley GS, Eder L, Aydin SZ, Gutierrez M, Bakewell C. Enthesitis: A hallmark of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1 de agosto de 2018;48(1):35-43.
30. Watad A, Cuthbert RJ, Amital H, McGonagle D. Enthesitis: Much More Than Focal Insertion Point Inflammation. *Curr Rheumatol Rep.* 30 de mayo de 2018;20(7):41.
31. Sakkas LI, Alexiou I, Simopoulou T, Vlychou M. Enthesitis in psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1 de diciembre de 2013;43(3):325-34.
32. Alonso J. Dactilitis: evaluación, implicaciones pronósticas y abordaje terapéutico. *Reumatol Clínica ISSN 1699-258X Vol 3 No 2 2007 Pags 7-9.* 1 de julio de 2007;3.
33. Haroon M, FitzGerald O. Psoriatic arthritis: complexities, comorbidities and implications for the clinic. *Exp Rev Clin Immun.* 2016;12(4):405-416.
34. Evangelisto A, Wakefield R, Emery P. Imaging in early arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* diciembre de 2004;18(6):927-43.
35. Brown AK. How to interpret plain radiographs in clinical practice. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* abril de 2013;27(2):249-69.
36. Taylor WJ, Porter GG, Helliwell PS. Operational definitions and observer reliability of the plain radiographic features of psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* diciembre de 2003;30(12):2645-58.
37. Sudół-Szopińska I, Matuszewska G, Kwiatkowska B, Pracoń G. Diagnostic imaging of psoriatic arthritis. Part I: etiopathogenesis, classifications and radiographic features. *J Ultrason.* marzo de 2016;16(64):65-77.
38. Zayas VM, Monu JUV. Imaging of Psoriatic Arthritis. *Contemp Diagn Radiol.* mayo de 2008;31(10):1-6.

39. Anandarajah A. Imaging in psoriatic arthritis. *Clin Rev Allergy Immunol.* abril de 2013;44(2):157-65.
40. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* agosto de 2006;54(8):2665-73.
41. Orbai A-M, Wit M de, Mease PJ, Duffin KC, Elmamoun M, Tillett W, et al. Updating the Psoriatic Arthritis (PsA) Core Domain Set: A Report from the PsA Workshop at OMERACT 2016. *J Rheumatol.* 1 de octubre de 2017;44(10):1522-8.
42. Ogdie A, Coates LC, Gladman DD. Treatment guidelines in psoriatic arthritis. *Rheumatol Oxf Engl.* 1 de marzo de 2020;59(Supplement 1):i37-46.
43. Yiu ZZ, Warren RB. Novel Oral Therapies for Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *Am J Clin Dermatol.* 2016;17(3):191-200.
44. Pflugbeil S, Böckl K, Pongratz R, Leitner M, Graninger W, Ortner A. Drug interactions in the treatment of rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. *Rheumatol Int.* abril de 2020;40(4):511-21.
45. Pittam B, Gupta S, Harrison N, Robertson S, Hughes D, Zhao S. Prevalencia de manifestaciones extraarticulares en la artritis psoriásica: una revisión sistemática y metaanálisis. *Reumatología* 2020.
46. Kalyoncu U, Bayindir Ö, Ferhat Öksüz M, Doğru A, Kimyon G, Tarhan EF, et al. The Psoriatic Arthritis Registry of Turkey: results of a multicentre registry on 1081 patients. *Rheumatol Oxf Engl.* 2017;56(2):279-86.
47. Wilson F, Icen M, Crowson C, Mcevoy M, Gabriel S, Kremers H. Tendencias del tiempo en epidemiología y características de la artritis psoriásica durante

3 décadas: un estudio basado en la población. *El Diario de Reumatología*. 2009; 36 (2): 361-367.

48. López Estebaránz JL, Zarco-Montejo P, Samaniego ML, García-Calvo C, PREVAL Study Group. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis in psoriasis patients in Spain. Limitations of PASE as a screening tool. *Eur J Dermatol EJD*. febrero de 2015;25(1):57-63.
49. García Porrúa C, et al. Características epidemiológicas y eventos adversos de los pacientes con artritis psoriásica en tratamiento con terapias biológicas en Galicia. *Reumatol Clin*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.04.006>

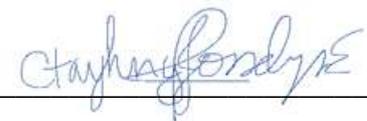
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **CORDOVA TAYHING JOSSELYN ESTEFANIA**, con C.C: # **0930968417** autor/a del trabajo de titulación: **Características clínicas y radiológicas de la cohorte de Artritis Psoriásica atendida en la consulta del IRHED del 2017 al 2020** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, 3 de Mayo de 2020

f. 

Nombre: **CORDOVA TAYHING JOSSELYN ESTEFANIA**

C.C: **0930968417**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **VILLACIS AVEIGA MARLON HOMERO**, con C.C: # **0927503193** autor/a del trabajo de titulación: **Características clínicas y radiológicas de la cohorte de Artritis Psoriásica atendida en la consulta del IRHED del 2017 al 2020** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, 3 de Mayo de 2020

f. _____



Nombre: **VILLACIS AVEIGA MARLON HOMERO**

C.C: **0927503193**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Características clínicas y radiológicas de la cohorte de Artritis Psoriásica atendida en la consulta del IRHED del 2017 al 2020.		
AUTOR(ES)	Josselyn Estefanía Córdova Tayhing Marlon Homero Villacis Aveiga		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Andrés Eduardo Zuñiga Vera		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	3 de Mayo de 2020	No. DE PÁGINAS:	46
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Interna, Reumatología, Dermatología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Artritis Psoriásica, Psoriasis, Criterios CASPAR, Factor Reumatoide, Entesitis y Dactilitis.		
RESUMEN/ABSTRACT: La Artritis Psoriásica (APs) es una Espondiloartropatía de evolución crónica, que afecta principalmente al sistema musculoesquelético de manera inflamatoria y que se considera a su vez como la manifestación reumatológica de Psoriasis. La APs puede presentarse desde formas leves, con un mínimo impacto funcional, que inclusive responde a tratamientos sintomáticos, como también formas severas, erosivas e incapacitantes, que comprometen notoriamente la calidad de vida Este estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. En la cohorte de Artritis Psoriásica atendida en la consulta del IRHED del 2017 al 2020 se observó que son las mujeres quienes más padecen de APs, especialmente en la sexta década de vida. La característica clínica que predominó (dentro de los criterios de CASPAR) fue la onicopatía psoriásica, siendo el pitting ungueal el hallazgo más común. En cuanto a las características radiológicas, prevalecieron las erosiones óseas, con afectación mayormente en manos. Basándose en el puntaje promedio del DAS-28 se observa que la actividad de la APs presenta un curso relativamente benigno.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0985995284 - 0996871238	E-mail: josselyncordova@gmail.com - marlonvill95@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Andrés Mauricio Ayon Genkuong		
	Teléfono: 0997572784		
	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):			