



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
 ESCUELA DE GRADUADOS  
 TELEFAX: 042-288086  
 Guayaquil - Ecuador

Of. EG#216-PROV

Septiembre 17 del 2014

Doctora  
 Mónica Alexandra Guaricela Castillo  
 RESIDENTE ESPECIALIDAD DERMATOLOGIA  
 HOSPITAL REGIONAL IESS DR. T.M.C.  
 Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

"MANIFESTACIONES CUTANEAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y CORRELACION SEROLOGICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL GONZALO GONZALEZ PERIODO JULIO 2010 - JUNIO 2013."

Tutor de tesis: Dra. Blanca Almeida Jurado

Ha sido aprobado por el Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 08 de septiembre del 2014, por lo tanto puede continuar con la ejecución del Borrador final  
 Revisor: Dra. Clara Jaime Game

Atentamente,

  
 Dr. Ernesto Cartagena Cárdenas  
 DIRECTOR

C. archivo

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Revisado y Aprobado | Dr. Ernesto Cartagena C. |
| Elaborado           | Wales Guerra V.          |

*APROBADO  
 BORRADOR  
 DE TESIS  
 Duclap Jurado  
 11/09/2014*

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
 ESCUELA DE GRADUADOS  
 30 OCT 2015  
 15440  
*radia*

Quito DM, 05 de Junio del 2015

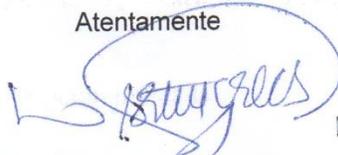
**Sr. Dr. Raul Intriago**  
**DIRECTOR DE LA ESCUELA DE GRADUADOS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL**

De mis consideraciones:

Yo, Dra. Betty Gioconda Vélez González, en calidad de Coordinador de Gestión de Docencia e Investigación del Hospital Dermatológico Gonzalo González, certifico que la Dra. Mónica Alexandra Guaricela Castillo, realizó su recolección de muestras para desarrollar su tesis, referente a "Manifestaciones Cutáneas de Enfermedades Autoinmunes del Tejido Conectivo y Correlación Serológica, en Pacientes del Hospital Dermatológico Gonzalo González, período julio 2010-junio 2013".

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad, la Dra. Guaricela puede hacer uso del presente, a bien tuviere.

Atentamente



Dra. Betty Vélez González  
C.I. 1710472992

HOSPITAL DERMATOLÓGICO GONZALO GONZÁLEZ  
Dra. Betty Vélez G.  
DERMATÓLOGA  
REG. HOSP. Libro 3 "D" Folio 2 N.º 8

**COORDINADOR DE GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL**  
**HOSPITAL DERMATOLÓGICO GONZALO GONZÁLEZ**

Guayaquil, Junio 2015

Dr. Raúl Intriago  
Director Escuela de Graduados  
Facultad de Ciencias Médicas

A su despacho.-

Ciudad.-

Por medio de la presente certifico mi revisión y aprobación al borrador de Tesis de la Dra. Mónica Guaricela Castillo cuyo tema es: **"CARACTERIZACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS Y LOS HALLAZGOS SEROLÓGICOS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL TEJIDO CONJUNTIVO, EN PACIENTES DEL HOSPITAL DERMATOLÓGICO GONZALO GONZÁLEZ, PERIODO JULIO 2010 - JUNIO 2013"**.

Agradeciendo la atención prestada.

Atentamente,



Dra. Blanca Almeida Jurado  
Médico Tratante del Servicio Dermatología  
Hospital Regional IESS 2  
Director de Tesis

Dra. Blanca Almeida Jurado  
DERMATOLOGA  
LIBRO VI FOLIO 1273 No 359 L  
C. I. 0000334423



**HOSPITAL DERMATOLÓGICO "GONZALO GONZÁLEZ"**  
**GESTION DE ADMISIONES**

Quito, 17 de marzo de 2015

**CERTIFICADO**

A petición verbal de la interesada Dra. GUARICELA CASTILLO MONICA ALEXANDRA con c.i. # 1103580195, Post-gradista de Dermatología y estudiante de la Universidad de Guayaquil.

Debo indicar que la mencionada doctora realizó Investigación de casos con el tema de: MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL TEJIDO CONECTIVO Y CORRELACIÓN SEROLÓGICA en el período: JULIO 2010 – JUNIO 2013, en este Hospital desde el 4 de Septiembre hasta el 27 de Noviembre del 2014.

La mencionada doctora puede hacer uso del presente como a bien lo tuviera.

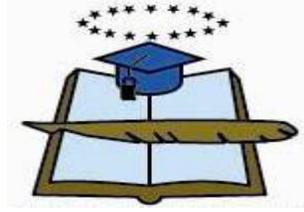
Atentamente,

HOSPITAL DERMATOLÓGICO  
GONZALO GONZÁLEZ

OFICINA - GESTIÓN  
ADMISIÓN

ING. SUSANA ESTÉVEZ MONCAYO

Coord. de Gestión de Admisiones



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS

**TÍTULO**

“MANIFESTACIONES CUTÁNEAS Y LOS HALLAZGOS SEROLÓGICOS EN  
ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL TEJIDO CONJUNTIVO, EN PACIENTES DEL  
HOSPITAL DERMATOLÓGICO GONZALO GONZÁLEZ, PERIODO JULIO 2010 – JUNIO  
2013”

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA

AUTOR

**Dra. Mónica Guaricela Castillo.**

TUTOR

**Dra. Blanca Almeida Jurado**

AÑO

2013

GUAYAQUIL – ECUADOR

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|  |    |
|--|----|
| ÍNDICE DE CONTENIDOS.....                      | 6  |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS .....                       | 10 |
| 1. INTRODUCCIÓN.....                           | 13 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....           | 15 |
| 1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA .....         | 15 |
| 1.1.2 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN.....       | 16 |
| 1.1.3 JUSTIFICACIÓN .....                      | 17 |
| 1.1.4 VIABILIDAD .....                         | 18 |
| 1.2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS..... | 18 |
| 1.2.1 FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS .....       | 18 |
| 1.2.1.1 OBJETIVO GENERAL .....                 | 18 |
| 1.2.2 HIPÓTESIS .....                          | 19 |
| 1.2.2.1 ENUNCIADO.....                         | 19 |
| 1.3 VARIABLES .....                            | 19 |
| 1.3.1 Dependientes.....                        | 19 |

|  |           |
|--|-----------|
| 1.3.2 Independiente .....                                      | 19        |
| 1.3.3 Intervinientes.....                                      | 19        |
| <b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>                                  | <b>20</b> |
| <b>3.1 MATERIALES .....</b>                                    | <b>37</b> |
| <b>3.1.1 LOCALIZACIÓN .....</b>                                | <b>37</b> |
| <b>3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO .....</b>       | <b>38</b> |
| <b>3.1.3 PERIODO.....</b>                                      | <b>39</b> |
| <b>3.1.4 RECURSOS UTILIZADOS .....</b>                         | <b>39</b> |
| 3.1.4.1 Recursos Humanos .....                                 | 39        |
| 3.1.4.2 Recursos Físicos .....                                 | 39        |
| <b>3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA .....</b>                          | <b>39</b> |
| 3.1.5.1 Universo .....   | 39        |
| 3.1.5.2 Muestra .....  | 40        |
| <b>3.2 MÉTODOS .....</b>                                       | <b>40</b> |
| <b>3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....</b>                       | <b>40</b> |
| <b>3.2.2 DISEÑO DEL ESTUDIO.....</b>                           | <b>40</b> |
| <b>3.2.3 PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>          | <b>40</b> |
| 3.2.3.1 Operacionalización de los equipos e instrumentos ..... | 40        |
| 3.2.3.1 Operacionalización de las variables .....              | 41        |
| <b>3.2.4 Criterios de inclusión y exclusión.....</b>           | <b>42</b> |

|   |    |
|---|----|
| 3.2.4.1 Criterios de inclusión.....                     | 42 |
| 3.2.4.2 Criterios de exclusión .....                    | 43 |
| 3.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....                   | 43 |
| 3.2.5.1 Método y modelo para el análisis de datos ..... | 43 |
| 3.2.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....                    | 43 |
| 3.2.7 PRESUPUESTO .....                                 | 44 |
| 3.2.8 CRONOGRAMA .....                                  | 45 |
| 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....                         | 42 |
| 4.1 RESULTADOS.....                                     | 43 |
| 4.2 DISCUSIÓN.....                                      | 57 |
| 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....                  | 64 |
| 5.1 CONCLUSIONES.....                                   | 64 |
| 5.2 RECOMENDACIONES.....                                | 65 |
| 6. BIBLIOGRAFIA.....                                    | 66 |
| 7. ANEXOS.....  | 71 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |       |
|--|-------|
| Tabla 1- Manifestaciones cutáneas de Dermatomiositis | 21-23 |
|--|-------|

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1. Distribución según principales enfermedades del tej conectivo                | 49 |
| Gráfico 2. Distribución de pacientes con LES según manifestaciones cutáneas             | 50 |
| Gráfico 3. Distribución de pacientes con Dermatomiositis según manifestaciones cutáneas | 51 |
| Gráfico 4. Distribución de pacientes con esclerodermia según manifestaciones cutáneas   | 52 |
| Gráfico 5. Distribución de pacientes en estudio según sexo                              | 53 |
| Gráfico 6. Distribución de pacientes en estudio según procedencia                       | 54 |
| Gráfico 7. Distribución de pacientes según forma de presentación de LES                 | 55 |
| Gráfico 8. Distribución de pacientes con LES según edad                                 | 56 |
| Gráfico 9. Distribución de pacientes con Dermatomiositis según edad                     | 57 |
| Gráfico 10. Distribución de pacientes con Esclerodermia según clínica                   | 58 |
| Gráfico 11. Distribución de pacientes con Esclerodermia según edad                      | 59 |
| Gráfico 12. Distribución de pacientes con LES según anticuerpos presentes               | 60 |
| Gráfico 13. Distribución de pacientes con Dermatomiositis según anticuerpos presentes   | 61 |
| Gráfico 14. Distribución de pacientes con Esclerodermia según anticuerpos presentes     | 63 |

## RESUMEN

Las enfermedades autoinmunes del tejido conectivo, abarcan un grupo de trastornos clínicos poligénicos, que presentan daño tisular en diferentes sistemas, llegando a presentar lesiones cutáneas; el presente trabajo señala las principales enfermedades, con sus manifestaciones cutáneas, y los anticuerpos que estuvieron presentes en las mismas y que pueden guiar a un diagnóstico y tratamiento precoz. El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo. Las principales enfermedades de tipo autoinmune en el presente estudio fueron: Lupus Eritematoso Sistémico, Dermatomiositis, y Esclerodermia. Dentro de las manifestaciones cutáneas más importantes en el Lupus fueron el rash malar y discoide, en la Dermatomiositis lideró el eritema en heliotropo más las pápulas de Gottron, y en la Esclerodermia las placas o manchas esclerodermiformes seguido por el fenómeno de Raynaud; el principal autoanticuerpo presente en todas éstos trastornos, fue el ANA. En la Dermatomiositis le siguió Anti mi 2, Anti RNP, y anti Jo 1, y en la Esclerodermia se presentó el Anti Scl 70. Hubo predominio del sexo femenino, con una prevalencia de 3:1, el grupo etario más frecuente fue el de 31-50 años, excepto en la Esclerodermia que fue de 19-30 años.

## **SUMMARY**

Autoimmune connective tissue diseases encompass a group of polygenic clinical conditions, which have tissue damage in different systems, leading to skin lesions present; this paper points out the major diseases, with cutaneous manifestations, and antibodies were present in them and that can lead to early diagnosis and treatment. This study is descriptive, retrospective. The main autoimmune diseases in this study were: Lupus Erythematosus, Dermatomyositis and Scleroderma. Among the most important cutaneous manifestations in lupus were the malar and discoid rash, in dermatomyositis led heliotrope erythema more Gottron papules and plaques in scleroderma or scleroderma spots followed by Raynaud's phenomenon; the principal autoantibody present in all these disorders was the ANA. In dermatomyositis was followed Anti my 2 Anti RNP, and anti Jo 1 and scleroderma presented the Anti Scl 70. There was a predominance of women, with a prevalence of 3: 1, the most common age group was that of 31-50 years, except in scleroderma it was 19-30 years

## 1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades autoinmunitarias del tejido conjuntivo, engloban un grupo de trastornos clínicos poligénicos, que presentan características clínicas heterogéneas y superpuestas entre sí; por lo que los problemas dermatológicos son razones comunes de presentación a médicos generales. En algunos casos, se necesita saber si el problema es una manifestación de una enfermedad subyacente más seria (Fernández, 2013).

Para el médico es imperante la necesidad de realizar un diagnóstico de importantes enfermedades sistémicas tan sólo a través de la exploración minuciosa de la piel, considerando que con la observación de estos signos clínicos se efectuará un diagnóstico y tratamiento precoz del proceso base, e incluso en algunos casos, su prevención, impidiendo el desarrollo de la expresión sistémica del proceso (Arias, 2008).

Muchas son las enfermedades sistémicas que tienen expresión en el tegumento: genodermatosis, conectivopatías, trastornos nutricionales, infecciosos, metabólicos, hematológicos, digestivos, entre otras. En ocasiones, no es la propia enfermedad la que afecta a la piel, sino procesos reactivos, que se expresan uniformemente en la piel, con independencia de la enfermedad sistémica que los origina (Fernández, 2013).

En otros casos la presencia de una determinada dermatosis aconseja descartar la existencia del cuadro sistémico al que estadísticamente se asocia, como se lo ha expuesto algunos signos cutáneos son inespecíficos y su presencia per se no permite sino elaborar una serie extensa de posibles diagnósticos (Fernández, 2013).

Sin embargo, algunas lesiones dermatológicas por su morfología, su distribución o su característica asociación a otro síntoma sistémico pueden ser enormemente diagnósticas, de allí la importancia de la observación de un determinado tipo de lesión, en un área anatómica específica, alertará para poder diagnosticar con precisión un problema concreto o, en su defecto, realizar un cribaje de todos estos pacientes y seleccionar los subsidiarios de estudio detallado posterior. Las principales enfermedades autoinmunes del tejido conjuntivo son: Lupus eritematoso sistémico (LES), Dermatomiositis (DT), Esclerosis sistémica (ES), Síndrome de CREST, Artritis Reumatoidea (AR), siendo la más frecuente LES (De Santa María, 2011).

En el LES, según un reporte de Velázquez (2011), el compromiso de la piel es una de las manifestaciones más frecuentes y es una parte importante de los criterios clasificatorios de la entidad. En la literatura mundial, la frecuencia de las manifestaciones cutáneas del LES oscila entre 55% y 85% (2-7). Desafortunadamente, la afectación cutánea en esta enfermedad es muy heterogénea, con manifestaciones tanto específicas como inespecíficas, tanto localizadas como generalizadas, hecho que dificulta, de manera importante, su clasificación y estandarización para diferentes propósitos.

Se ha encontrado asociación entre manifestaciones cutáneas específicas de LES y actividad sistémica de la enfermedad: lupus cutáneo agudo con linfadenopatías, anti-ADN de doble cadena (anti-ds ADN), hipocomplementemia (especialmente C3) y dosis altas de prednisolona; lupus cutáneo subagudo con compromiso renal, leucopenia, anticuerpos antinucleares (ANA) en títulos altos (mayores de 1: 640) y anti-ds ADN (Jiménez, 2013).

En Ecuador no existe un conocimiento detallado de la frecuencia de estas manifestaciones cutáneas, así como su asociación con otras características clínicas, demográficas y serológicas, lo

que permitió realizar este trabajo. Se realizó un estudio de tipo descriptivo de diseño no experimental, valorados en los Servicios de Dermatología del Hospital “Gonzalo González”. El Universo de estudio lo constituyeron todos los pacientes con características clínicas de enfermedades autoinmunes.

El estudio permitió que se conozca la frecuencia, factores epidemiológicos asociados, manifestaciones cutáneas y autoanticuerpos relacionados con las distintas enfermedades autoinmunitarias del tejido conjuntivo, para poder realizar protocolos de éstas enfermedades a futuro.

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA**

Las enfermedades del tejido conectivo o colagenosis constituyen un grupo de entidades autoinmunes que determinan un daño tisular a diferentes niveles, ocasionando manifestaciones clínicas en diferentes sistemas, incluyendo el SNC y SNP (Arias, 2008).

Muchas de las enfermedades autoinmunes son raras; sin embargo, como grupo afectan a millones de personas. La mayoría de ellas afectan más a las mujeres y en particular a las mujeres en edad laboral y durante sus años fértiles. Aunque algunas enfermedades autoinmunes aparecen más frecuentemente en determinados grupos étnicos, lo cierto es que su impacto social, económico y sanitario se extiende además de a la familia, a la organización laboral, al entorno social y a los amigos y compañeros de trabajo (López, 2013).

Entre las principales enfermedades del tejido conjuntivo se encuentra el Lupus Eritematoso el cual tiene una tasa de incidencia 15-50 por 100000, siendo más frecuente en mujeres jóvenes (10:1) con un pico de incidencia entre los 30-40 años(Jiménez, 2013) Según datos del Hospital Dermatológico Gonzalo González, alrededor del 10% de los pacientes que presentan enfermedades autoinmunes, tienen manifestaciones cutáneas.

El diagnóstico de una enfermedad autoinmune se basa en los síntomas del individuo, los hallazgos de la exploración física y los resultados de las pruebas de laboratorio. Las enfermedades autoinmunes pueden ser difíciles de diagnosticar, especialmente al principio de la evolución de la enfermedad. Los síntomas comunes de muchas de ellas, como la fatiga, son inespecíficos. Los resultados de las pruebas de laboratorio pueden ayudar pero con frecuencia no sirven para confirmar el diagnóstico(López, 2013).

### **1.1.2 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN**

- ¿Cuál es la frecuencia de manifestaciones cutáneas en pacientes con enfermedades autoinmunitarias del tejido conjuntivo?
- ¿Cuáles son los factores epidemiológicos y clínicos de los pacientes con manifestaciones cutáneas?
- ¿Cuáles son las principales enfermedades autoinmunitarias del tejido conjuntivo que presentan manifestaciones cutáneas?
- ¿Cuál es la frecuencia de autoanticuerpos en dermatosis autoinmunes?

- ¿Existe correlación entre las manifestaciones cutáneas de enfermedades autoinmunitarias del tejido conectivos y el estudio serológico?
- ¿Existen protocolos de diagnóstico y atención para enfermedades autoinmunes del tejido conjuntivo?

### **1.1.3 JUSTIFICACIÓN**

Las enfermedades del tejido conectivo generalmente tienen hallazgos clínicos característicos, algunos de los cuáles son específicos de la enfermedad. Reconocer éstos signos ayudó a diferenciar entre las distintas enfermedades, aunque se pueden ver superposición, lo que permiten entender la importancia de este estudio.

Este trabajo tiene una gran relevancia social, puesto que aquellos pacientes con manifestaciones cutáneas, tienden a ser rechazados y estigmatizados por su enfermedad, lo que acarrea una gran problemática psicológica que afecta su calidad de vida; en el Hospital se atienden aproximadamente 120 pacientes al año aproximadamente, que presentan manifestaciones cutáneas de éstas enfermedades.

En la presente investigación se identificaron las principales enfermedades autoinmunitarias del tejido conjuntivo que con frecuencia tiene manifestaciones en la piel, y los autoanticuerpos que con mayor frecuencia se asocian a ellas, con lo que se pueden definir criterios para un mejor diagnóstico.

Además, se pudo establecer los diferentes autoanticuerpos que se asocian a las enfermedades autoinmunitarias del tejido conectivo, también llamadas enfermedades reumatológicas asociadas con manifestaciones en la piel, mejorando la forma en que se tratan estos pacientes, lo que es de gran relevancia metodológica.

#### **1.1.4 VIABILIDAD**

Se contó con la aprobación del Servicio de Docencia y Jefes de Servicio de Dermatología. Además de personal colaborador en estas áreas para el acceso a toda la información necesaria para llevar a cabo el presente estudio.

### **1.2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

#### **1.2.1 FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS**

##### **1.2.1.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar las manifestaciones cutáneas y hallazgos serológicos en enfermedades autoinmunes del tejido conjuntivo, en pacientes del Hospital “Dermatológico Gonzalo González”.

#### **1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Clasificar las principales enfermedades autoinmunitarias del tejido conjuntivo que presentan manifestaciones cutáneas
2. Determinar la frecuencia de manifestaciones cutáneas en pacientes con enfermedades autoinmunitarias del tejido conjuntivo

3. Establecer factores epidemiológicos y clínicos de los pacientes con manifestaciones cutáneas

4. Evaluar la presencia de los principales autoanticuerpos en dermatosis autoinmunes.

## **1.2.2 HIPÓTESIS**

### **1.2.2.1 ENUNCIADO**

El 80% de las manifestaciones cutáneas de enfermedades autoinmunes del tejido conjuntivo están relacionadas con autoanticuerpos determinados por el estudio serológico.

## **1.3 VARIABLES**

### ***1.3.1 Dependientes***

Manifestaciones cutáneas

### ***1.3.2 Independiente***

Enfermedades autoinmunes del tejido conjuntivo

Autoanticuerpos

### ***1.3.3 Intervenientes***

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Factor hereditario
- Signos y síntomas asociados

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

No se han encontrado muchos estudios que sirvan como antecedentes de esta investigación, a continuación se exponen los principales:

Velázquez, realizó un estudio en Colombia, publicado en 2011, titulado: **“Manifestaciones cutáneas de lupus eritematoso sistémico temprano y correlación con la actividad sistémica”**, el mismo que tuvo como propósito describir las manifestaciones cutáneas en pacientes con LES temprano y determinar su asociación con características sistémicas y la actividad de la enfermedad.

Realizó un estudio de corte transversal en 34 pacientes con LES temprano. Se encontró una asociación significativa entre alopecia e hipocomplementemia C3 ( $p = 0,021$ ), hipocomplementemia C4 ( $p < 0,001$ ) y anti-Sm ( $p = 0,011$ ); entre eritema malar y anti-Ro ( $p = 0,037$ ) y anti-La ( $p = 0,037$ ); entre fotosensibilidad y anti-RNP ( $p = 0,037$ ) (Velásquez C, 2011).

Se observó una tendencia a la asociación entre úlceras orales e hipocomplementemia C4 ( $p = 0,064$ ). No hubo asociación entre las manifestaciones cutáneas y la presencia de anti-ADN de doble cadena (anti-ds ADN), anticuerpos anticardiolipinas, anticoagulante lúpico, VDRL falso positivo, leucopenia, trombocitopenia, hipergammaglobulinemia, elevación de la velocidad de sedimentación globular o SLEDAI. (Velásquez C, 2011).

Se resalta la importancia de la relación entre las manifestaciones cutáneas inespecíficas de LES (alopecia y fotosensibilidad) y la actividad sistémica en pacientes con enfermedad

temprana y la clara asociación de estas con hipocomplementemia, un marcador importante de actividad inmunológica (Velásquez C, 2011). Al finalizar el estudio, el autor concluyó que aunque se requiere la confirmación posterior, los pacientes con lesiones cutáneas inespecíficas de LES y diagnóstico temprano tuvieron mayor actividad sistémica, determinada por marcadores serológicos y de actividad objetivada por el índice SLEDAI.

Un resumen de un estudio de 30 años, presentado por el Comité editorial Fundapoyarte, observó el comportamiento del LES, donde la relación general entre hombres y mujeres fue de 9.7 a 1, esta relación fue mucho más alta en el adulto 10.9 vs 1 y disminuida en pacientes jóvenes 6.1 vs 1, estos estudios reproducen hallazgos anteriores.

Este estudio también mostró una tendencia a tener mayor prevalencia de fotosensibilidad y alopecia en mujeres, así mismo la presencia de úlceras orales fue significativamente más alta en mujeres comparadas con hombres. En este estudio no se encontraron más diferencias significativas con respecto a otras manifestaciones clínicas del LES. (Comité Editoria Fundapoyarte, 2012). Con respecto a los encuentros serológicos los anticuerpos anti-DNA fueron más prevalentes entre hombres. Los restantes anticuerpos como C3, IgM, ACA fueron significativamente más bajos en la población femenina.

## **2.2 ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONJUNTIVO**

Las enfermedades del tejido conjuntivo, también llamadas enfermedades del colágeno o colagenopatías, son un grupo de enfermedades muy diversas en que el cuerpo reacciona contra sí mismo y que a menudo causan dolor en las articulaciones, inflamación, fiebre, erupciones cutáneas, cansancio y dificultad para tragar (Arias, 2008). Estas enfermedades se conocen desde hace mucho tiempo. La artritis reumatoidea, por ejemplo, enfermedad inflamatoria crónica que

produce rigidez en las articulaciones (conexiones entre dos o más huesos) y que puede derivar en deformaciones, es una enfermedad muy antigua; se han observado alteraciones de los huesos que indican la presencia de esta afección en esqueletos milenarios. El lupus eritematoso diseminado, que afecta a múltiples órganos y tejidos del cuerpo, fue descrito por primera vez en 1828 (De Santa María, 2011). Las enfermedades del tejido conectivo, también llamadas enfermedades inflamatorias o autoinmunes del tejido conectivo, constituyen una amplia gama de trastornos en los que el sistema natural inmunitario (de autoprotección) del organismo no reconoce sus propios tejidos y se ataca a sí mismo. Algunas de dichas afecciones limitan su acción dañina a un solo órgano y otras afectan a todo el cuerpo. (Fernández, 2013).

En un sistema inmunitario sano, los antígenos (cuerpos extraños como virus o bacterias) son reconocidos como diferentes por los tejidos corporales normales. Al penetrar en la circulación sanguínea, el antígeno desencadena la producción de anticuerpos, sustancias que atacan al cuerpo extraño. Los linfocitos son los leucocitos o glóbulos blancos especiales que producen estos anticuerpos (Fernández, 2013).

Hay dos subtipos de linfocitos, las células T y las células B, que se encargan de reconocer al cuerpo extraño y, con la ayuda de otros componentes del sistema inmunitario de inactivarlo o destruirlo. Éste es un proceso sumamente especializado: diferentes linfocitos reconocen a antígenos específicos y producen anticuerpos únicamente contra un antígeno en particular (Fernández, 2013).

### **2.3 PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONJUNTIVO (ETC) Y MANIFESTACIONES CUTÁNEAS.**

A continuación se describen las principales ETC, con sus manifestaciones cutáneas:

### **2.3.1 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

El lupus eritematoso (LE) es una enfermedad autoinmune cuyo espectro clínico es amplio y heterogéneo, tanto en lo que hace referencia a la semiología como al pronóstico. En un extremo se encuentran aquellos pacientes que desarrollan manifestaciones potencialmente letales cumpliendo criterios de lupus eritematoso sistémico (LES) y en el otro, los pacientes con lupus eritematoso cutáneo (LEC), que presentan únicamente manifestaciones cutáneas sin complicaciones en otros órganos(Atrio, 2008).

En este caso, el riesgo para la vida del paciente es mínimo pero no debe olvidarse la morbilidad que las lesiones cutáneas de LE pueden ocasionar por su extensión, cronicidad, riesgo de cicatrices y desfiguramiento de la apariencia física. Por otra parte, la existencia de lesiones de LEC no excluye la posibilidad de que el paciente pueda desarrollar enfermedad sistémica en algún momento de su evolución(Gómez J, 2008).

### **ETIOPATOGENIA DEL LUPUS ERITEMATOSO**

El LES es una enfermedad multisistémica que puede afectar a varios órganos o localizarse exclusivamente en la piel. Su etiopatogenia es compleja y se ve influenciada por factores genéticos, ambientales y hormonales. Por otra parte, los mecanismos patogénicos que inducen la lesión de uno u otro órgano probablemente no sean idénticos(Sánchez, 2006).

## **MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DEL LES**

### **Lupus eritematoso cutáneo crónico**

Definen a este grupo de lesiones el carácter crónico de las mismas y la tendencia a dejar algún tipo de cicatriz cuando curan. La variante más común de LECC es el llamado lupus eritematoso discoide (LED). A su vez, estos pacientes se dividen en aquéllos que presentan lesiones limitadas a la cabeza y el cuello (LED localizado), y los que desarrollan, además, lesiones en otras localizaciones (LED generalizado). Otras formas de LECC menos frecuentes son la variante hipertrófica o verrucosa y el LE profundo o paniculitis lúpica(Verónica, 2013).

### **Lupus eritematoso cutáneo subagudo**

El término LECS describe un grupo de lesiones cutáneas específicas de LE caracterizadas por la aparición de brotes de lesiones máculo papulosas, eritematosas, que afectan a la parte superior del tórax, el escote y la espalda, el cuello, la zona de extensión de brazos, antebrazos, el dorso de las manos respetando los nudillos, y raramente a la cara. Estas lesiones son recurrentes, habitualmente desencadenadas por la exposición al sol y curan sin dejar cicatriz atrófica permanente. Las lesiones, una vez iniciadas, pueden evolucionar hacia el desarrollo de dos aspectos morfológicos distintos: 1) las que muestran una extensión periférica con curación central por lo que adoptan una morfología anular (LECS-anular) (Fig. 2C); o 2) las que conforman pápulas o placas uniformemente pápuloescamosas o psoriasiformes (LECS), (pápuloescamoso o psoriasiforme) (Fig. 2D). Los pacientes exhiben, en general, un tipo u otro de lesiones, pero en algunos casos pueden coexistir en un mismo paciente(García, 2013).

## **Lupus eritematoso cutáneo agudo**

Corresponde al clásico rash malar o eritema en alas de mariposa que consiste en máculas y pápulas eritematosas, confluentes, a veces acompañadas de edema, distribuidas de forma bilateral y simétrica en las mejillas y el dorso de la nariz. En ocasiones, esta erupción puede ser más extensa, afectando otras áreas de la cara como el mentón y la frente, o inclusive el tronco y las extremidades(Ortega, 2011).

En cualquier caso, son lesiones de aparición aguda, en numerosas ocasiones fotoinducidas, y evolución fugaz ya que suelen resolverse en pocas semanas sin dejar la más mínima cicatriz, en especial, si se instaura el tratamiento adecuado de la enfermedad sistémica, la cual está presente casi siempre cuando aparece este tipo de lesiones cutáneas. Se desarrollan con frecuencia en el transcurso de un LES ya diagnosticado, aunque en ocasiones pueden constituir la primera manifestación de la enfermedad (Ortega, 2011).

## **RELACIÓN DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO Y LA ENFERMEDAD SISTÉMICA**

El LEC puede constituir la única manifestación clínica de la enfermedad. Sin embargo, se debe tener siempre en cuenta que en cualquier momento pueden aparecer síntomas de enfermedad visceral.

El riesgo de que ello ocurra es muy variable y depende del tipo de lesión cutánea que el paciente desarrolle. En el LECC las complicaciones viscerales son raras; sólo entre un 5 y 10% de los pacientes pueden en algún momento cumplir 4 o más de los criterios de la AAR para el diagnóstico de LES y, en general, éstos son los pacientes que desarrollan lesiones extensas de LECC (LECC generalizado) (Izquierdo, 2008).

En el LECS, alrededor del 50% de los enfermos cumplen estos 4 criterios, lo que indica una mayor probabilidad de hallar afección visceral o trastornos inmunológicos acompañantes. Sin embargo, esta actividad visceral no suele ser grave y, en general, se manifiesta en forma de complicaciones músculoarticulares; sólo en el 10% de los casos cabe esperar complicaciones renales o neurológicas graves (Izquierdo, 2008).

En el LECA, las lesiones cutáneas constituyen, en general, una manifestación clínica más y con poca repercusión dentro de la constelación de síntomas que presentan los pacientes con afección sistémica y en la mayor parte de los casos se trata de pacientes con LES grave(Izquierdo, 2008).

### **ANTICUERPOS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Los anticuerpos antinucleares (ANA), se demuestran utilizando técnicas de inmunofluorescencia indirecta (IFI) en casi el 90% de los pacientes con LES. Los anticuerpos anti-DNA nativo de doble hélice son muy específicos para el LES y se encuentran en los enfermos con afectación renal e hipocomplementemia (Fernando, 2008).

Los anticuerpos anti-Sm también son altamente específicos, y están presentes en el 20-40% de los pacientes con LES, sobre todo en los que presentan complicaciones graves (riñones, SNC). La presencia del anticuerpo anti-RNP se asocia con baja incidencia de afectación renal, y por tanto mejor pronóstico. Algunos pacientes con LES no tienen ANA sino anticuerpos anticitoplasmáticos, anti-Ro (SSA), generalmente asociados a los anti-La (SSB) y pueden encontrarse en pacientes con LES con deficiencias de factores del complemento hereditarias(Fernando, 2008).

### **2.3.4 DERMATOMIOSITIS**

Las miopatías inflamatorias son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes que afectan primariamente el músculo esquelético. Comprenden la dermatomiositis, la polimiositis y la miositis de cuerpos de inclusión. De las tres, la dermatomiositis es la única que tiene expresión cutánea; por lo tanto, el dermatólogo debe reconocer rápida y claramente sus manifestaciones cutáneas ya que pueden ser los primeros hallazgos de la enfermedad (Restrepo, 2010).

#### **EPIDEMIOLOGÍA**

La incidencia de la dermatomiositis/polimiositis es de 1 a 10 casos por millón de habitantes y la prevalencia es de 10 a 60 por millón, y es más frecuente en la raza negra que en la blanca 4:1. En la dermatomiositis juvenil, la incidencia es de 1 a 3,2 casos por millón. La dermatomiositis afecta niños y adultos, y especialmente a las mujeres en relación de 2 a 16,7. La polimiositis se presenta después de la segunda década de la vida; en cambio, la miositis de cuerpos de inclusión es más común en hombres mayores de 50 años. La edad promedio del diagnóstico de dermatomiositis/polimiositis es de 40 años; por el contrario, la dermatomiositis juvenil tiene una distribución bimodal: con picos entre los 5 y los 9 años, y entre los 10 y los 14 años (Saavedra, 2006).

#### **MANIFESTACIONES CUTÁNEAS**

Los hallazgos cutáneos son numerosos y variados, y distinguen la dermatomiositis de la polimiositis; se presentan en 30% a 40% de los adultos y en 95% de los niños. Pueden preceder el comienzo de la miositis, al menos, por meses o presentarse de manera simultánea (Irazoque, 2009).

Se clasifican en patognomónicos, característicos, indicativos, poco comunes y raros. Las manifestaciones patognomónicas se presentan en 70% de los pacientes. Incluyen las pápulas de Gottron, que son unas pápulas violáceas en el dorso de las articulaciones metacarpo-falángicas, las interfalángicas, los codos y las rodillas (Irazoque, 2009).

El signo de Gottron representa las lesiones eritematosas maculares o en placas, en la misma distribución de las pápulas de Gottron, pero con una extensión lineal que involucra las superficies extensoras de piernas, glúteos, miembros superiores y superficie dorsal de los dedos. Es importante diferenciarla del lupus, el cual afecta los espacios interdigitales, con afectación eritematosa y no violácea (Ciudad Blanco F, 2011).

El eritema heliotropo se manifiesta como un brote de coloración lila o violáceo oscuro, periorbital en ambos párpados superiores y, a menudo, se acompaña de edema palpebral o facial (Irazoque, 2009).

El eritema heliotropo se presenta en 30% a 60% de los pacientes y puede acompañar a la actividad de la miositis. Estos cambios de coloración pueden no ser aparentes en personas de raza negra y sólo verse el edema palpebral. Ante edema y eritema palpebral asimétrico no violáceo, se debe plantear otro diagnóstico (Aguayo R, 2013). La fotosensibilidad se presenta en un tercio de los enfermos con dermatomiositis y la exposición solar agrava las lesiones existentes. Hay varios signos de fotosensibilidad con ubicaciones y patrones distintivos. El signo de la V es un eritema violáceo que afecta el cuello y la parte superior del tórax. En el signo del chal se compromete la nuca, la parte superior de la espalda y la parte posterior de los hombros. En el signo de la funda de la pistola, el compromiso se ubica en la superficie lateral de los glúteos y la cadera (Irazoque, 2009).

## **Tabla 1**

### **Manifestaciones cutáneas de dermatomiositis**

|                     |  |
|---------------------|--|
| Pápulas de Gottron: | Se observan en más del 80% de pacientes con dermatomiositis y se consideran patognomónicas de la enfermedad. Consisten en pápulas y placas violáceas localizadas en la cara dorsal de las articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas. Se considera el signo de Gottron la presencia de un eritema macular violáceo en la misma localización y que también puede verse localizado alrededor de otras articulaciones incluyendo codos, rodillas, tobillos. |
| Rash heliotropo :   | Se observa hasta en el 60% de los pacientes consiste en el desarrollo de áreas de poiquilodermia afectando a párpados y región periorbitaria, con marcada fotosensibilidad, ocasionalmente se asocia con la presencia de marcado edema, especialmente cuando se observa en una dermatomiositis asociada a neoplasia.   |
| Poiquilodermia:     | Constituye un hallazgo clínico cutáneo muy característico de la dermatomiositis. Consiste en el desarrollo de placas cutáneas con áreas hiper e  |

hipopigmentadas, atróficas y con telangiectasias prominentes, con marcada fotodistribución, afectando a la región de la "V" del escote (signo del chal) y base del cuello.

**Afectación de la cutícula :** La cutícula periungueal se puede observar engrosada con presencia de telangiectasias que a simple vista o mediante capilaroscopia mediante oftalmoscopio puede demostrar la presencia de pequeños vasos capilares de trayecto tortuoso. También pueden observarse áreas de hemorragia en astilla e infarto.

**Manos de Mecánico :** Consiste en el desarrollo de áreas de hiperqueratosis y fisuración de las caras laterales y palmares de los dedos de las manos, lo cual produce un aspecto de manos sucias similares a las observadas en los mecánicos.

**Calcinosis cutis:** Constituye una complicación tardía que se observa en el 15% de las dermatomiositis de los adultos y en el 60% de dermatomiositis juvenil. Consiste en el depósito de calcio en el tejido subcutáneo y fascia y puede dar lugar al desarrollo de úlceras cutáneas.

Otros hallazgos: Los pacientes con dermatomiositis pueden desarrollar varios tipos de lesiones cutáneas características de la enfermedad pero no patognomónicas que incluyen la presencia de pápulas hiperqueratósicas foliculares de distribución lineal afectando al dorso de manos, vasculitis y fenómeno de Raynaud.

## **ESTUDIOS SEROLÓGICOS EN DERMATOMIOSITIS**

Los pacientes con dermatomiositis muestran positividad para una gran variedad de anticuerpos. Los anticuerpos encontrados en estos pacientes pueden clasificarse en los asociados a miositis que también se encuentran en otras enfermedades autoinmunes y los específicos de miositis que se encuentran especialmente en este grupo de enfermos (Irazoque, 2009).

Un 90% de pacientes muestra positividad para los ANA generalmente a títulos bajos. Un 20% muestran anticuerpos anti -Mi-2, dirigido contra un antígeno nuclear de 240-kD, que muestra una alta especificidad para la dermatomiositis (el 95% de pacientes que lo presentan tienen dermatomiositis(Bielsa, Nuevos anticuerpos en la dermatomiositis, 2009).

Los pacientes con Polimiositis y menos frecuentemente los afectados de dermatomiositis presentan anticuerpos contra diferentes tipos de aminoacil-tRNAsintetasas, que constituyen un grupo de enzimas que unen la tRNAal aminoácido correspondiente (catalizan la formación de aminoacil-tRNA), estos anticuerpos tienen una alta especificidad para el complejo Polimiositis/dermatomiositis, el más frecuente es el anti -Jo-1 que se observa en un 20% de

pacientes de polimiositis, en un 60-70% de pacientes que tienen además fibrosis pulmonar intersticial y en un pequeño porcentaje (5%) de pacientes con dermatomiositis (Bielsa, 2009).

La presencia de estos anticuerpos define un síndrome "síndrome antisintetasa", caracterizado por la presencia de enfermedad pulmonar intersticial, disnea, manos de mecánico, artritis, fiebre, fenómeno de Raynaud, síndrome del túnel carpiano, polimiositis y dermatomiositis. Los anticuerpos antisintetasa casi nunca se observan en pacientes con dermatomiositis asociada a neoplasia ni en dermatomiositis juvenil (Aguayo R, 2013).

Dentro de los anticuerpos musculo-específicos, se ha demostrado que la presencia de anticuerpos contra las proteínas de 155/140 KD se han relacionado con una alta incidencia de cáncer y también se han demostrado en los pacientes con dermatomiositis juvenil. Existe un grupo de anticuerpos que se han detectado en enfermos con síndrome de solapamiento entre miositis-esclerodermia que incluyen los anticuerpos anti PM-SCL, anti -Ku y anti RNP (Bielsa, 2009).

### **2.3.5 ESCLERODERMIA (ESCLEROSIS)**

La esclerodermia es una enfermedad del tejido conectivo que afecta de forma primaria a la piel y al tejido subcutáneo y que puede afectar a órganos sistémicos como los pulmones, tracto digestivo y corazón y cuyo hallazgo patológico más característico es el depósito en exceso de colágeno dando lugar a fibrosis en los tejidos afectados (Arkachaisri, 2010).

La esclerodermia se clasifica en formas localizadas con afectación únicamente cutánea y formas sistémicas en las que existe afectación visceral. El término de esclerodermia se aplica tanto a la enfermedad localizada como a la sistémica, si bien también suele utilizarse el término

de morfea para las lesiones localizadas y el término de esclerodermia o esclerosis sistémica para las formas sistémicas. Las dos enfermedades difieren tanto en la forma de evolución como en el pronóstico. Los cambios cutáneos que presentan son similares en forma de esclerosis cutánea y de atrofia. La relación entre la esclerodermia localizada, o morfea, y la esclerodermia sistémica es semejante a la existente entre el lupus eritematoso cutáneo y el sistémico (Hinchcliff, 2008).

## **ESCLERODERMIA SISTÉMICA**

La esclerodermia sistémica se caracteriza por la existencia de dos marcadores cutáneos presentes en la mayoría de pacientes, el fenómeno de Raynaud y la acroesclerosis. El fenómeno de Raynaud se observa en el 98% de los pacientes con esclerodermia y en el 70% es el síntoma inicial. Este fenómeno consiste en episodios de isquemia digital que son desencadenados por factores como el frío o las emociones. Típicamente se manifiesta por palidez en los dedos, seguido de cianosis y rubor (Nitsche, 2012).

La palidez indica el vasoespasmo, la cianosis representa la isquemia debida a la disminución del oxígeno en la sangre venosa y el rubor refleja la hiperemia reactiva tras el retorno del flujo sanguíneo. El fenómeno de Raynaud asociado a esclerodermia sistémica suele acompañarse de cambios capilares en la cutícula ungueal (Nitsche, 2012).

La acroesclerosis cutánea se manifiesta inicialmente en las manos, que muestran edema y tumefacción de los dedos, mientras que en los pliegues ungueales aparecen lesiones eritematosas, siendo posible observar la existencia de capilares dilatados (Nitsche, 2012).

Cuando existe afectación de vasos de mayor calibre pueden desarrollarse infartos en el pulpejo de uno o más dedos que darán lugar al desarrollo de cicatrices y áreas atróficas. La fase más avanzada de la enfermedad se caracteriza por una marcada esclerosis que puede

acompañarse de destrucción del tejido periungueal y óseo, y formación de contracturas en flexión (Nitsche, 2012).

Estos enfermos también pueden presentar afectación facial, los cambios más característicos se observan alrededor de la boca, con aparición de fisuras y arrugas y limitación en la apertura bucal (microstomía). Los pacientes con esclerodermia sistémica pueden desarrollar otros cambios cutáneos no relacionados directamente con la esclerosis que incluirían calcinosis cutánea (Ashima, 2011), alteraciones pigmentarias y cambios vasculares del tipo lédido reticularis y vasculitis livedoide (Nitsche, 2012). La calcinosis suele observarse en los dedos de la mano, es más frecuente en mujeres y en ocasiones sólo es demostrable mediante estudios radiográficos (Nitsche, 2012).

## **ESTUDIOS SEROLÓGICOS EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA**

El 90% de los pacientes con esclerodermia sistémica presentan auto-anticuerpos circulantes. Los ANA suelen ser positivos en la mayoría de los pacientes. Existen dos anticuerpos específicos de la esclerodermia que son el anti-centrómero y el anti-Scl-70 (topoisomerasa I). Los anticuerpos anticentrómero se observan en el 99% de los enfermos con la forma de esclerodermia limitada o síndrome de CREST y su presencia en general confiere un buen pronóstico(Krieg, 2009).

El Ac. anti-Scl-70 es altamente específico de la forma difusa de esclerodermia sistémica su positividad se relaciona con el desarrollo de fibrosis pulmonar y mal pronóstico(Krieg, 2009).

El tratamiento de la esclerodermia es difícil, los tratamientos están dirigidos a mejorar la circulación, a reducir las reacciones inmunes involucradas en el desarrollo de la esclerodermia y

a reducir la síntesis de colágeno, para lo cual se utilizan vasodilatadores, inmunosupresores y antifibróticos(Marsol, 2013).

El tratamiento de la esclerodermia localizada o morfea incluye la aplicación tópica de corticoides, calcipotriol, administración oral de calcitriol o la exposición a UVA y PUVA(Muratore, 2013).

### **2.3.6 OTRAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO**

#### **ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO INDIFERENCIADA**

Hasta un 50% de los pacientes con enfermedad del tejido conectivo no pueden ser diagnosticados con un diagnóstico específico en los primeros 12 meses de seguimiento. En estos casos se utiliza el término de enfermedad del tejido conectivo indiferenciado(Merino, 2014).

Algunos de estos pacientes evolucionan hacia una enfermedad específica en los cinco años siguientes, un pequeño grupo evolucionan de forma satisfactoria desapareciendo las manifestaciones, y la mayoría de pacientes catalogados como enfermedad indiferenciada presentan un curso benigno con manifestaciones sintomáticas pero sin tener criterios de una enfermedad específica(Merino, 2014).

#### **ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO**

La enfermedad mixta es un síndrome con hallazgos de esclerodermia sistémica, lupus eritematoso sistémico y polimiositis asociado a la presencia de anticuerpos anti U1RNP. Los hallazgos clínicos incluyen una alta frecuencia de síndrome de Raynaud, manos edematosas, esclerodactilia, artritis, polimiositis y enfermedad pulmonar intersticial. Esta enfermedad suele

tener un peor pronóstico que el lupus sistémico, falleciendo los pacientes por hipertensión pulmonar(Fernández, 2013).

## **SÍNDROMES ESCLERODERMIFORMES**

Comprende un grupo amplio de enfermedades caracterizadas por la esclerosis y endurecimiento cutáneo similar al observado en la esclerodermia sistémica y morfea que pueden tener causas etiológicas diversas que incluyen el depósito de mucina (escleromixedema), gammapatías monoclonales, eosinofilia, diabetes, enfermedad injerto contra huésped, causas químicas, hereditarias, entre otros(Avouac, 2011).

## **NEFROPATÍA NEFROGÉNICA**

Es una enfermedad fibrosante progresiva, que se observa en pacientes con insuficiencia renal terminal que han sido tratados con hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. La patogénesis de esta enfermedad no está bien establecida, pero diversas observaciones relacionan su desarrollo con la exposición a agentes de contraste conteniendo galodinio utilizados en estudios de imagen. El proceso fibrótico afecta a piel, tejido subcutáneo, fascia, músculo y también a órganos internos como pulmón y corazón(Cuellar, 2009).

## **SÍNDROME DEL ACEITE TÓXICO**

Esta es una nueva enfermedad que apareció en España como epidemia en 1981 relacionado con el consumo de aceite desnaturalizado con anilinas y comercializado fraudulentamente como aceite de oliva.

Es una enfermedad multisistémica que tiene varias fases de evolución. En la fase aguda (primer mes), la enfermedad se caracteriza por fiebre, rash cutáneo, edema pulmonar no cardiogénico y mialgia.

La manifestación cutánea más frecuente consiste en un eritema difuso con prurito. Histológicamente muestra un edema dérmico difuso, con infiltración dérmica mononuclear, linfocítica y escasos eosinófilos. En las fases más avanzadas de la enfermedad las lesiones cutáneas se caracterizan por induración cutánea progresiva con cambios esclerodermiformes que afectan a extremidades superiores e inferiores, y ocasionalmente, a las manos. Los cambios histológicos en esta fase muestran una esclerosis dérmica y subcutánea con haces de colágena engrosadas (Fonseca, 2009).

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1 MATERIALES**

##### **3.1.1 LOCALIZACIÓN**

El estudio se realizó en el Hospital Dermatológico “Gonzalo González” ubicado en las calles Pablo Guevara E17-41 y Antonio de Sierra, Vicentina Baja - San Pablo – Quito.

### 3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

San Francisco de Quito, o simplemente Quito. Es la ciudad capital de la República de Ecuador y también de la provincia de Pichincha. Además, es la cabecera del área metropolitana que la forma, conocida como Distrito Metropolitano de Quito.

Está ubicada sobre la hoya de Guayllabamba en las laderas orientales del estrato volcán activo Pichincha, en la parte occidental de los Andes. Su altitud promedio es de 2850 metros sobre el nivel del mar. Convirtiéndola en la segunda capital administrativa más alta del mundo (después de La Paz) y la capital oficial más elevada del planeta. La ciudad está dividida en 32 parroquias, las cuales se subdividen en barrios. <sup>(ECURED, 2013)</sup>

Quito es la segunda ciudad más poblada de Ecuador con 1 504 991 habitantes en el 2005 según una estimación del municipio de Quito basada en los números de población de INEC. La población de la ciudad es de marcado aspecto mestizo (indígena - europeo), esto desde la época colonial existiendo otras razas como negros, indígenas y matices extranjeras, debido al constante incremento de residentes de todo el mundo, en definitiva una ciudad muy diversa y cosmopolita.

El carácter del quiteño sintetiza al ecuatoriano común, siendo este una persona muy amable, educada, fraternal y sobre todo muy humana. El sur de la ciudad se caracteriza por ser una zona de alta inmigración nacional en continuo crecimiento, renovación y alta actividad comercial. Aquí se ubica uno de los parques industriales más grandes de la ciudad, la Estación de Trenes de Chimbacalle, la nueva terminal terrestre de la ciudad.

Es importante resaltar que en el sur de la ciudad se encuentran las zonas verdes y los parques urbanos más grandes de la ciudad y del país, como el parque "Las Cuadras" de 24

hectáreas, "El Parque Metropolitano del Sur" de 672 hectáreas, y muchos otros. (ECURED, 2013)

### **3.1.3 PERIODO**

La investigación se realizó en el periodo de julio de 2010 a junio de 2013.

### **3.1.4 RECURSOS UTILIZADOS**

#### ***3.1.4.1 Recursos Humanos***

- Investigador.
- Tutores de tesis.

#### ***3.1.4.2 Recursos Físicos***

- Computadora
- Hojas
- Lápices
- Historias clínicas

### **3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA**

#### ***3.1.5.1 Universo***

El universo de esta investigación lo conformaron todos los pacientes con características clínicas de enfermedades autoinmunes valoradas en el servicio de dermatología, en el periodo indicado.

### **3.1.5.2 Muestra**

La muestra estuvo conformada con aquellos pacientes que presenten manifestaciones cutáneas y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

## **3.2 MÉTODOS**

### **3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

- Descriptivo
- Retrospectivo

### **3.2.2 DISEÑO DEL ESTUDIO**

- No experimental

### **3.2.3 PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### ***3.2.3.1 Operacionalización de los equipos e instrumentos***

Para la realización de esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos

- *Expediente clínico.*- Son las historias clínicas del hospital donde se registra la información obtenida de los pacientes

- *Hoja de recolección de datos.*- Fue diseñada para recolectar los datos necesarios para realizar esta investigación.

- *Pruebas serológicas.*- Fueron receptadas de la información adjunta al expediente clínico que permita obtener datos de los principales autoanticuerpos.

### 3.2.3.1 Operacionalización de las variables

| <b>Variables</b>                                      | <b>Definición</b>  | <b>Dimensión</b>   | <b>Indicador</b>                         |
|---|--|--|--|
| <b>Manifestaciones cutáneas</b>                       | <b>Presentaciones dermatológicas comunes</b>   | <b>Presencia</b>   | <b>de Eritema malar</b>                  |
|   |  | <b>manifestaciones cutáneas</b>                                  | <b>Alopecia</b>                          |
|   |  |  | <b>Rash</b>                              |
| <b>Enfermedades autoinmunes del tejido conjuntivo</b> | <b>Patologías donde el sistema inmunitario ataca erróneamente a células, tejidos y órganos de su propio organismo.</b> | <b>Clasificación de las principales enfermedades autoinmunes</b> | <b>Lupus eritematoso</b>                 |
|   |  |  | <b>Dermatomiositis</b>                   |
|   |  |  | <b>Esclerosis sistémica</b>              |
| <b>Autoanticuerpos</b>                                | <b>Los autoanticuerpos son proteínas plasmáticas dirigidas contra las propias partes del cuerpo</b>                    | <b>Tipo</b>  | <b>de</b>                                |
|   |  | <b>autoanticuerpos</b>   | <b>- Factor Reumatoideo</b>              |
|   |  |  | <b>- Anticuerpos Antinucleares (ANA)</b> |
|   |  |  | <b>- Otros anticuerpos</b>               |

|             |                                      |                    |
|-------------|--------------------------------------|--------------------|
|             |                                      | <b>Menos de 18</b> |
|             |                                      | <b>19 – 30</b>     |
|             | <b>Tiempo</b>                        | <b>31 – 40</b>     |
| <b>Edad</b> | <b>cronológico desde Años</b>        | <b>41 – 50</b>     |
|             | <b>el nacimiento</b>                 | <b>51 – 60</b>     |
|             |                                      | <b>Más de 60</b>   |
|             |                                      |                    |
| <b>Sexo</b> | <b>Sexo biológico de pertenencia</b> | <b>Masculino</b>   |
|             | <b>Sexo</b>                          | <b>Femenino</b>    |

### **3.2.4 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.2.4.1 Criterios de inclusión**

Se incluyen pacientes:

- De todas las edades
- Con diagnóstico de enfermedades autoinmunes del tejido conjuntivo
- Que presenten manifestaciones dermatológicas
- Que tengan los registros completos

### ***3.2.4.2 Criterios de exclusión***

Se excluyen pacientes

- Con otro tipo de diagnóstico
- Que no tengan los registros completos
- Con patologías que puedan afectar los resultados de la investigación.

### **3.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

#### ***3.2.5.1 Método y modelo para el análisis de datos***

La información fue recogida de la base de datos del Hospital haciendo una revisión minuciosa de las historias clínicas. Los datos fueron recogidos y tabulados en una base de datos de Microsoft Excel ® 2013 y serán analizados en el programa estadístico IBM SPSS ® 21. Para variables cualitativas se realizó un análisis con la prueba de CHI 2 y para variables cuantitativas pruebas de comparación de medias y coeficiente de correlación de Pearson, los datos son presentados en porcentajes simples, medias, desviación estándar y gráficos estadísticos.

### **3.2.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

Desde el punto de vista práctico, hay dos tipos de aspectos clave para la protección de los derechos y el bienestar de los sujetos de la investigación. Primero, los relativos al consentimiento

informado. Segundo, los relativos a la privacidad, intimidad, confidencialidad y anonimato de la información obtenida en los estudios.

Por lo expuesto, en vista de tratarse de un estudio retrospectivo, no fue necesario firmar un consentimiento informado, además siguiendo éstos principios no se revela la información personal de los pacientes en ningún momento de la investigación, ni datos que puedan dar a entender de quién se trata.

### **3.2.7 PRESUPUESTO**

El presupuesto fue autofinanciado

### 3.2.8 CRONOGRAMA

| Actividades                               | Enero |   | Marzo |   | Abril |   | Junio |   | Agosto |   | 1 |
|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|--------|---|---|
|   | 1     | 2 | 1     | 2 | 1     | 2 | 1     | 2 | 1      | 2 |   |
|   |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Elaboración del proyecto</b>           |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Entrega del proyecto</b>               |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Corrección del proyecto.</b>           |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Revisión de material bibliográfico</b> |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Recolección de datos</b>               |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Tabulación de datos</b>                |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Análisis e interpretación</b>          |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Informe preliminar</b>                 |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Entrega del Borrador</b>               |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Corrección del borrador</b>            |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Elaboración informe definitivo</b>     |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |
| <b>Entrega del informe final</b>          |       |   |       |   |       |   |       |   |        |   |   |

#### **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

La importancia del presente trabajo, es conocer las manifestaciones cutáneas de las principales enfermedades del tejido conectivo, en nuestro país, las mismas que en un futuro nos podrían servir de guía para establecer protocolos o guías para su temprano diagnóstico.

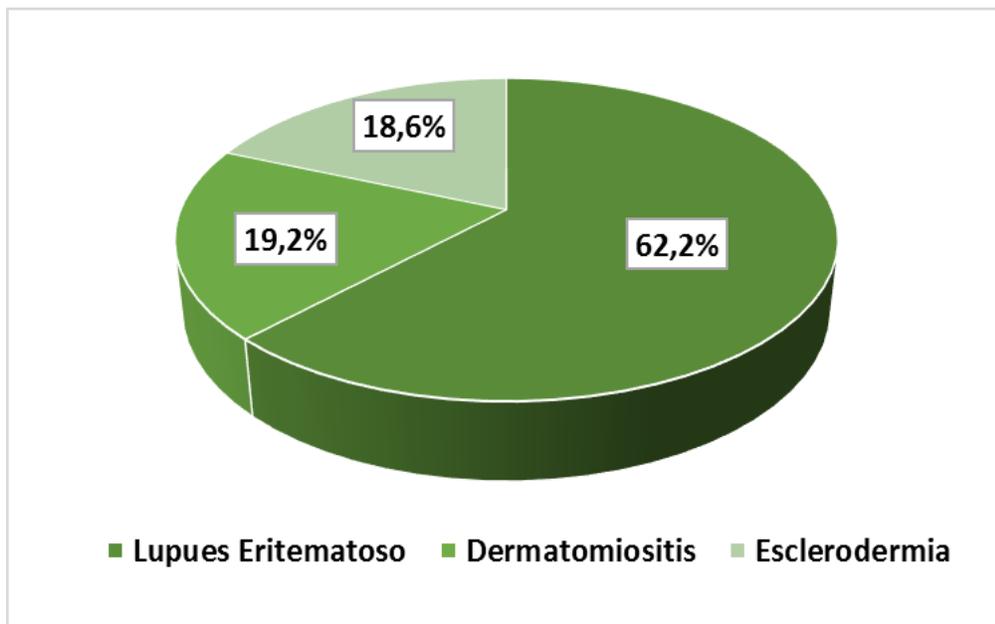
De un total de 171 pacientes con diagnóstico de enfermedades del tejido conectivo en el centro escogido, durante el periodo comprendido entre el 01 de Julio del 2010 y el 30 de Junio del 2013; se realizó el estudio con un total de 156 pacientes, pues se excluyeron 15 casos al tener datos incompletos en las historias clínicas.

Se presentan a continuación en cuadros y tablas estadísticas los resultados, de los objetivos planteados, cumpliéndose lo establecido para este trabajo.

## 4.1 RESULTADOS

### **OBJETIVO 1. Clasificar las principales enfermedades autoinmunitarias del tejido conectivo que presentan manifestaciones cutáneas**

En el presente estudio, las principales enfermedades del tejido conectivo con manifestaciones cutáneas, fueron el Lupus eritematoso con 97 pacientes, que representa el 62,2%, seguido por la Dermatomiositis con 30 pacientes que representan el 19,2% pacientes, y Esclerodermia con 29 pacientes, que constituyen el 18,6 %. (Gráfico 1)



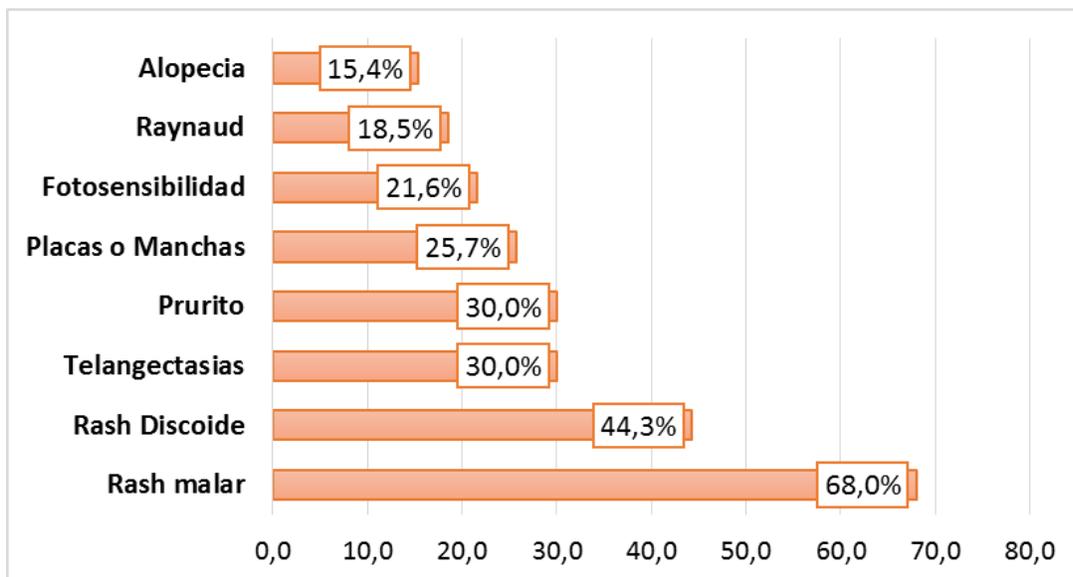
**Figura 1. Distribución según principales enfermedades del tejido conectivo.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

**OBJETIVO 2. Determinar la frecuencia de manifestaciones cutáneas en pacientes con enfermedades autoinmunitarias del tejido conjuntivo**

Los pacientes con Lupus en sus distintas formas presentaron rash malar 68,0%, (n=66), rash discoide 44,3% (n=43), placas o manchas 25,7% (n=25), fotosensibilidad 21,6% (n=21), Raynaud 18,5% (n=18), alopecia 15,4% (n=15), telangiectasias y prurito 10, 30,0% respectivamente (n=10). (Gráfico 6)

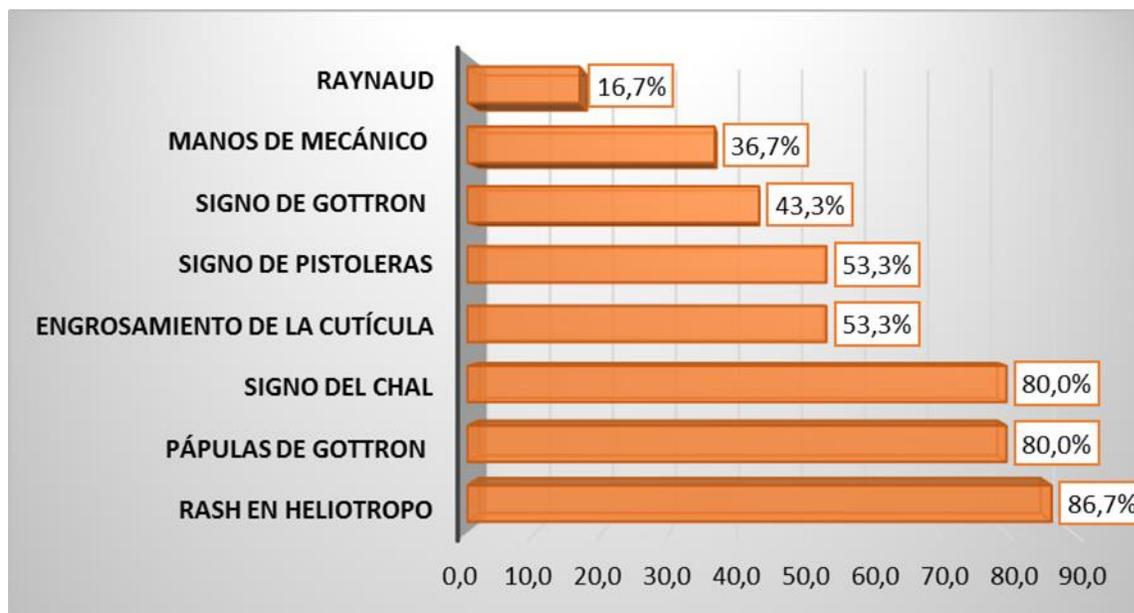
El eritema malar es muy específico de LES y es el primer criterio diagnóstico, pero sólo no representa diagnóstico. El rash discoide se observa en formas de lupus limitada a la piel, y en ocasiones en pacientes con LES; todas éstas manifestaciones cutáneas son características específicas de la enfermedad.



**Figura 2 Distribución de los pacientes con LES según manifestaciones cutáneas.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

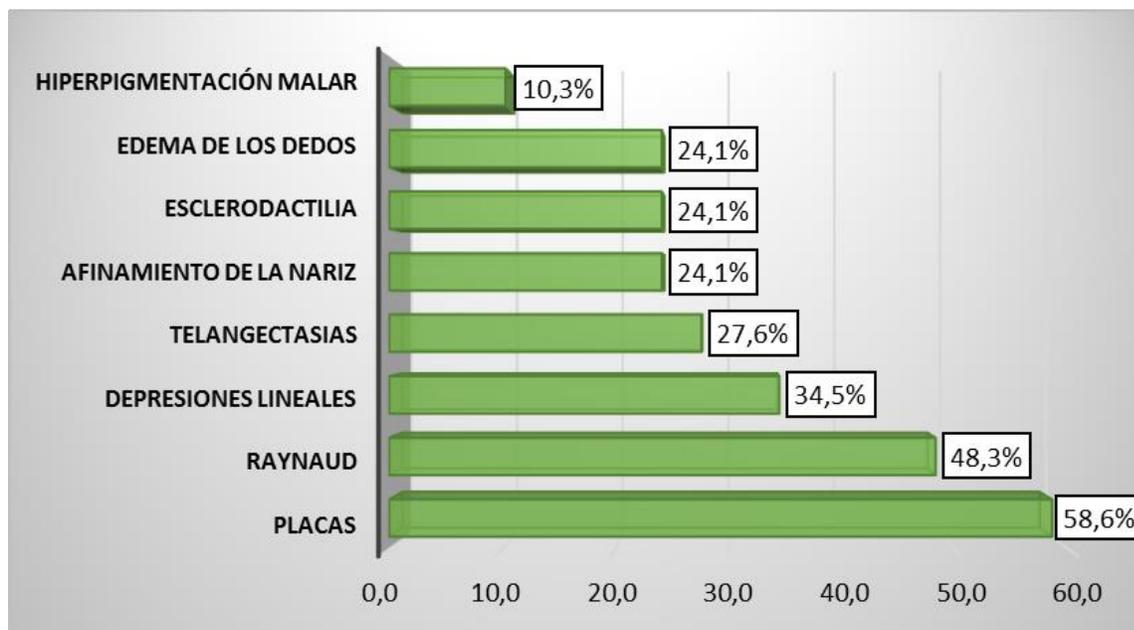
Las principales manifestaciones cutáneas de la dermatomiositis fueron rash en heliotropo 86,7% (n=26), lo que difiere de la bibliografía, y podría estar determinado por la geografía de nuestro país, ya que nos encontramos en la línea ecuatorial; pápulas de Gottron 80,0% (n=24) que son patognomónicas de la enfermedad, signo del chal 80,0% (n=24), seguido por engrosamiento de la cutícula y signo de pistoleras con un 53,3% respectivamente (n=16), signo de Gottron 43,3% (n=13), manos de mecánico 36,7% (n=11), y Raynaud 16,7% (n=5). (Gráfico 9).



**Figura 3 Distribución de los pacientes con dermatomiositis según manifestaciones cutáneas.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

Las lesiones más frecuentes en la esclerodermia fueron las placas o manchas esclerodermiformes con un 58,6% (n=17), Raynaud 48,3% (n=14), siendo éste último un síntoma característico de la enfermedad; depresiones lineales 34,5% (n=10), el mismo que está relacionado con enfermedad localizada, telangiectasias 27,6% (n=8), el afinamiento de la nariz, esclerodactilia y edema de los dedos se presentaron en un 24,1% (n=7), los mismos que se presentan en fases más tardías de la enfermedad y la hiperpigmentación malar en un 10,3% (n=3). (Gráfico 13).

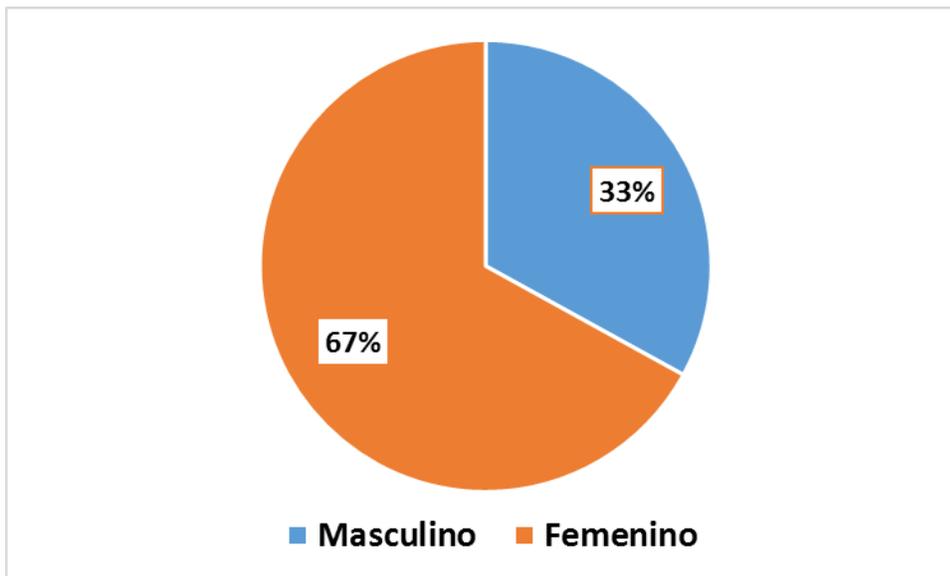


**Figura 4. Distribución de los pacientes con esclerodermia según manifestaciones cutáneas.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

**OBJETIVO 3. Establecer factores epidemiológicos y clínicos de los pacientes con manifestaciones cutáneas**

Respecto a la distribución general de los pacientes según sexo, del total de 156 individuos incluidos, el 67% (n=) correspondieron al sexo femenino, mientras que el 33% (n=) restante, perteneció al sexo masculino. (Gráfico 2).



**Figura 5. Distribución de los pacientes en estudio según sexo.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

Según la procedencia de los pacientes, el 83,2% proceden de la provincia de Pichincha (n=119), Azuay 2,8% (n=4), Esmeraldas 2,8% (n=4), Orellana 2,8% (n=4); Bolívar 2,1% (n=3), Imbabura 2,1% (n=3), Santo Domingo y otras 2,1% (n=3). (Gráfico 3).

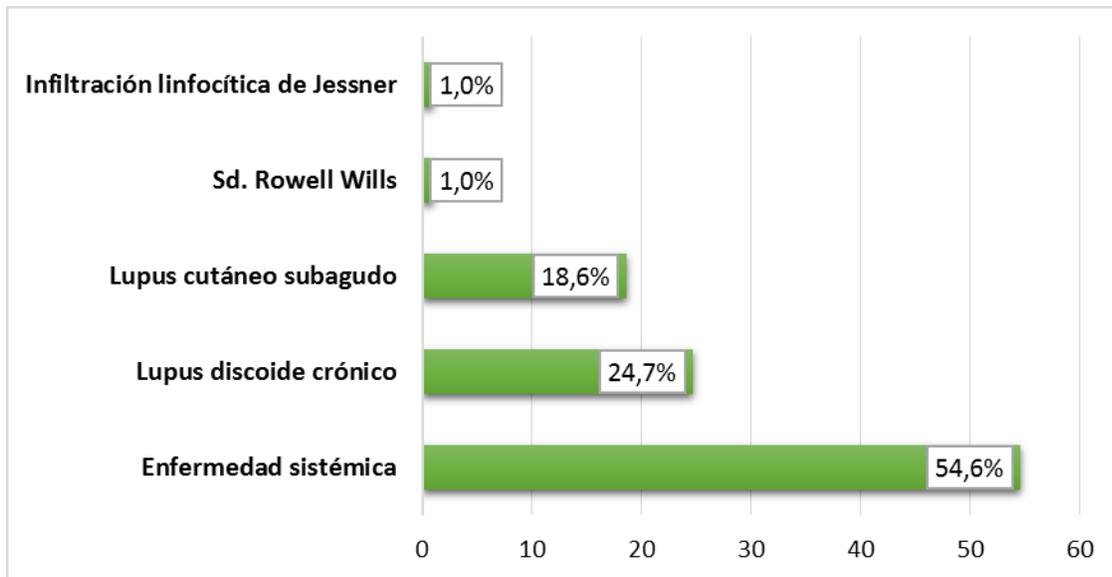


**Figura 6. Distribución de los pacientes según procedencia.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

Siendo que la muestra tiene un porcentaje de 83,2% pertenecientes a la provincia de Pichincha, debemos decir que el Hospital Dermatológico Gonzalo González es el único hospital como tal, que recibe pacientes ambulatorios e internación para la atención de ésta especialidad, además es hospital de referencia a nivel nacional. (Gráfico 3).

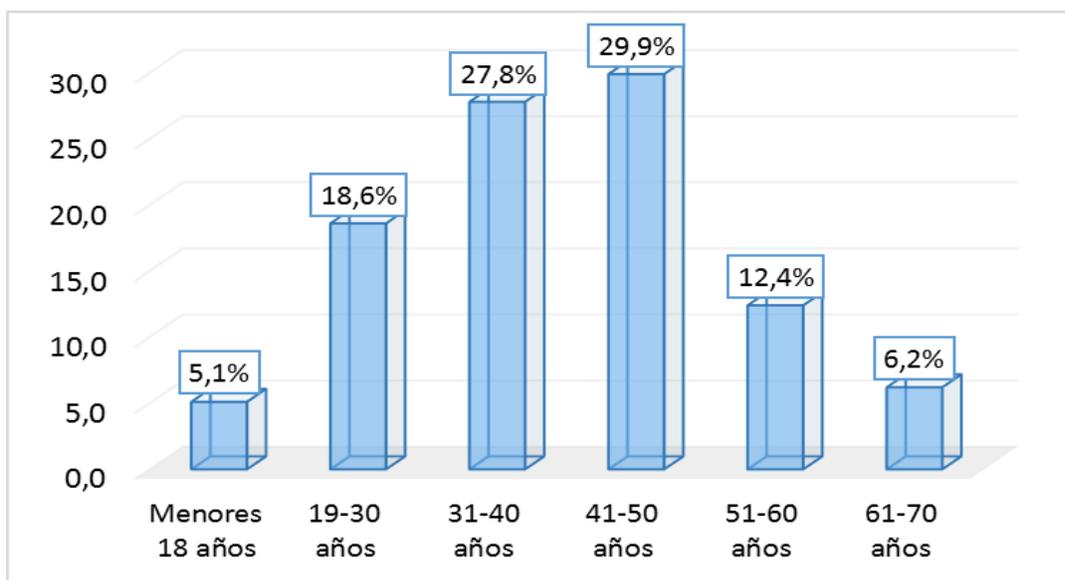
Dentro de las distintas formas de Lupus, se presentaron 53 pacientes con enfermedad sistémica (LES), que representan el 54,6%, 24 pacientes con Lupus discoide crónico (24,7%), 18 pacientes con lupus cutáneo subagudo (18,6%), un paciente con Sd. Rowell Wills y un paciente con infiltración linfocítica de Jessner (1,0%). (Gráfico 4).



**Figura 7. Distribución de los pacientes según formas de LES.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

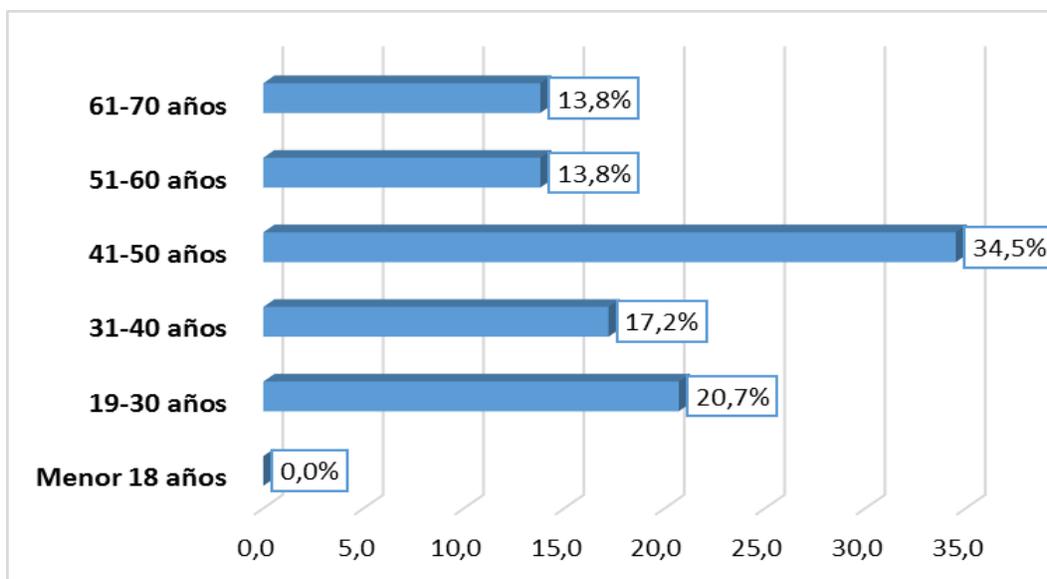
La edad más frecuente de presentación del Lupus en los pacientes fue en el rango de 41-50 años, representando el 29,9% (n=29), seguidos por 31-40 años con el 27,8% (n=27), 19-30 años el 18,6% (n=18), 51-60 años el 12,4% (n=12), 61-70 años el 6,2% (n=6), y menores de 18 años el 5,1% (n=5). (Gráfico 5).



**Figura 8. Distribución de los pacientes con LES según grupos de edad.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González

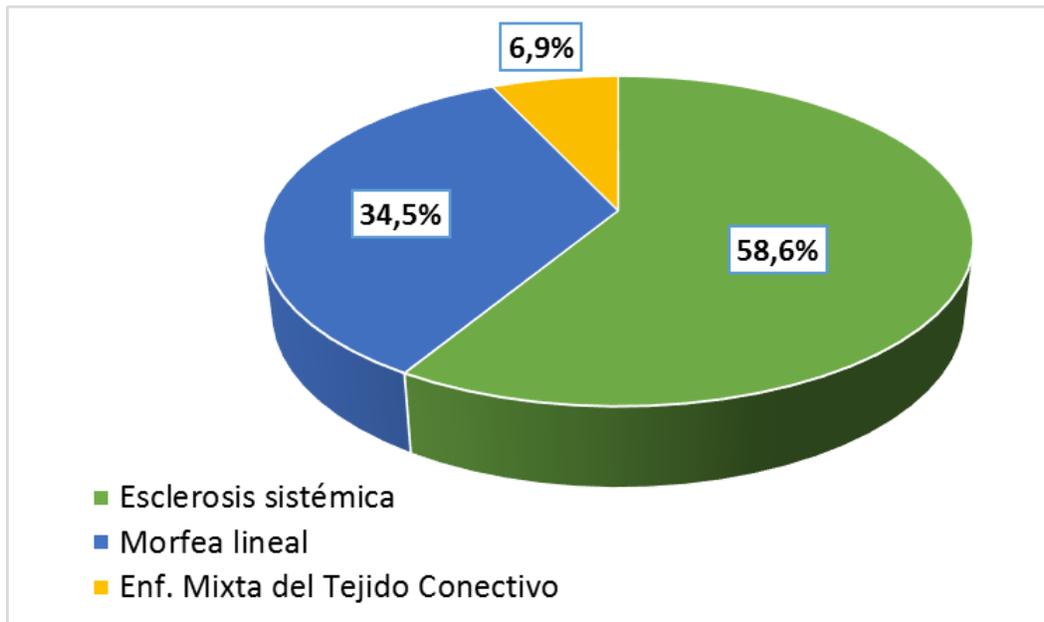
La edad más frecuente de presentación de la Dermatomiositis fue en el rango de 41-50 años con un 34,5% (n=10), seguido por 19-30 años con un 20,7% (n=6), 31-40 años con el 17,2% (n=5), y en el rango de 51-60 y mayores de 60 años el 13,8% respectivamente (n=4). (Gráfico 8).



**Figura 9. Distribución de los pacientes con dermatomiositis según grupos de edad.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

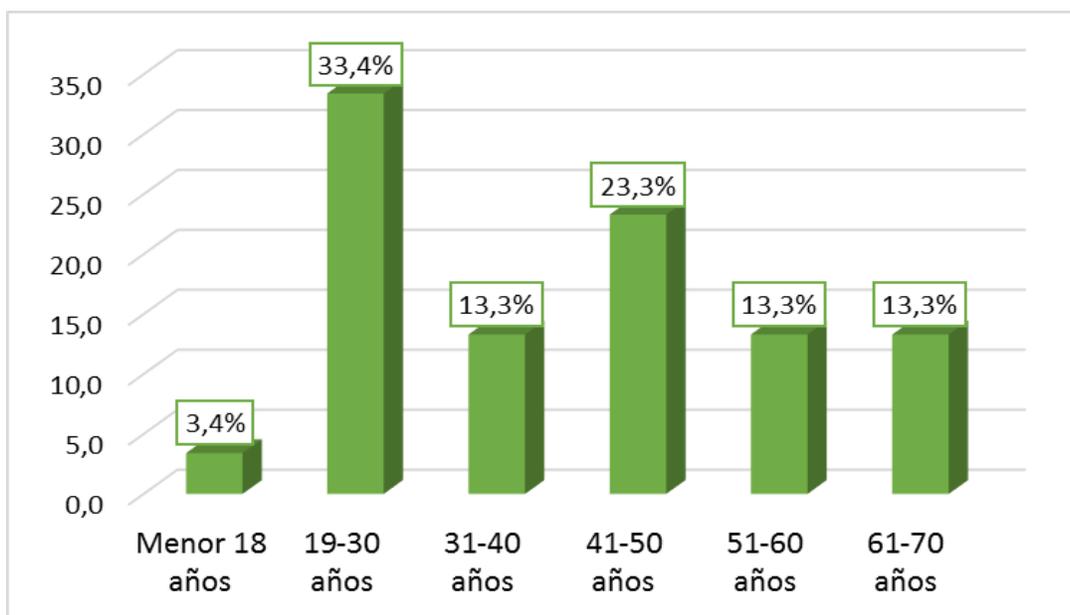
En pacientes con esclerodermia, se presentaron algunas variaciones de la misma, el 58,6% (n=17), tuvo un cuadro de esclerosis sistémica, morfea lineal 34,5% (n=10), y el 6,9% (n=2), presentó una enfermedad mixta del tejido conectivo. (Gráfico 11).



**Figura 10. Distribución de los pacientes con esclerodermia según formas clínicas.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

Si bien la esclerosis generalizada puede presentarse a cualquier edad, la edad más frecuente a la que se inicia es del orden de 30 a 50 años. Dentro de los grupos etarios, en el rango de 19-30 años se presentaron un 33,3% del total de la población (n=10), seguidos por 41-50 años con un 23,3%, y en los rangos de 31-40, 51-60 y mayores de 60 años un 13,3% respectivamente (n=4), y en los menores de 18 años 3,3% (n=1). (Gráfico 12).



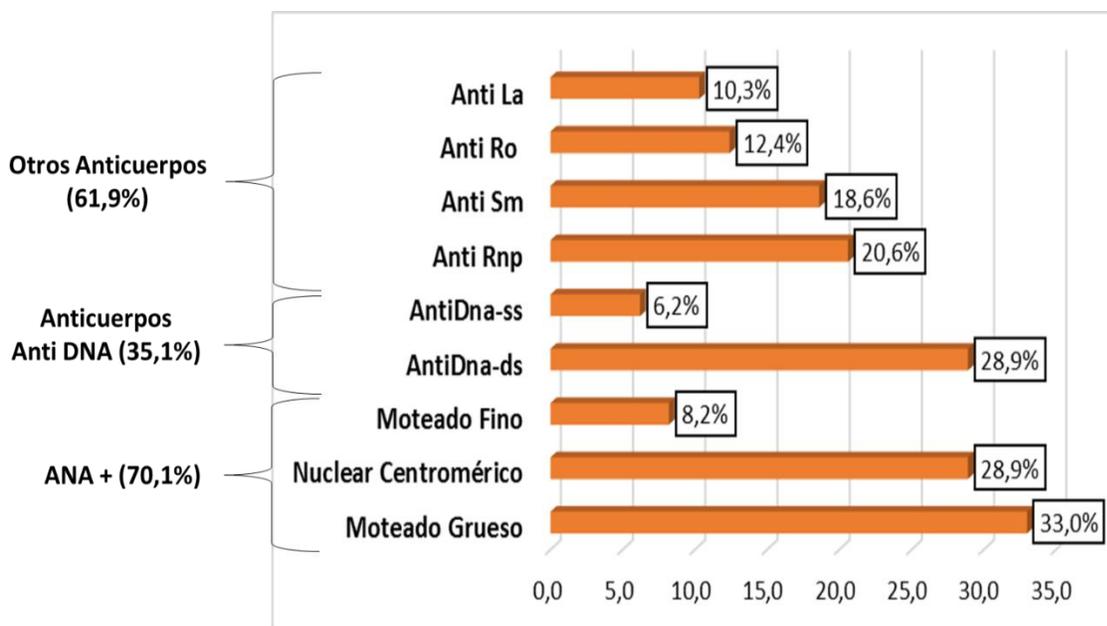
**Figura 11. Distribución de los pacientes con esclerodermia según grupos de edad.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

**OBJETIVO 4. Evaluar la presencia de los principales autoanticuerpos en dermatosis autoinmunes.**

De los diferentes tipos de anticuerpos presentes en pacientes con lupus el 70,1% presentó ANA +, (n=68), difiriendo un poco de lo que dice la literatura que se presentan hasta en un 98 a 100% de todos los casos. En estos predominó el patrón moteado grueso (n=32), seguido por el nucleolar centromérico (n=28) y en menor grado el moteado fino (n=8).

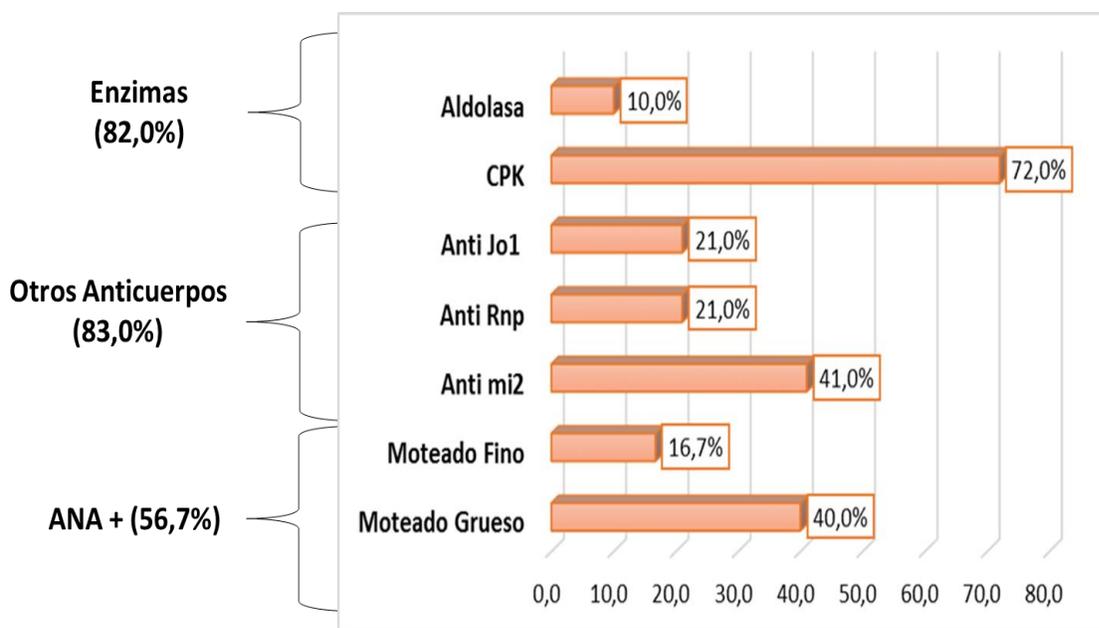
El 35,1% presentó anticuerpos Anti DNA (n=34), los mismos que son muy específicos de la enfermedad, de los cuales 28 pacientes presentaron AntiDna-ds, y 6 pacientes presentaron AntiDna-ss; Anti Rnp 20,6% (n=20), Anti Sm 18,6% (n=18), Anti Ro 12,4% (n=12), y Anti La 10,3% (n=10), los dos últimos relacionados con un pronóstico benigno para la enfermedad. (Gráfico 7).



**Figura12. Distribución de los pacientes con LES según anticuerpos presentes.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

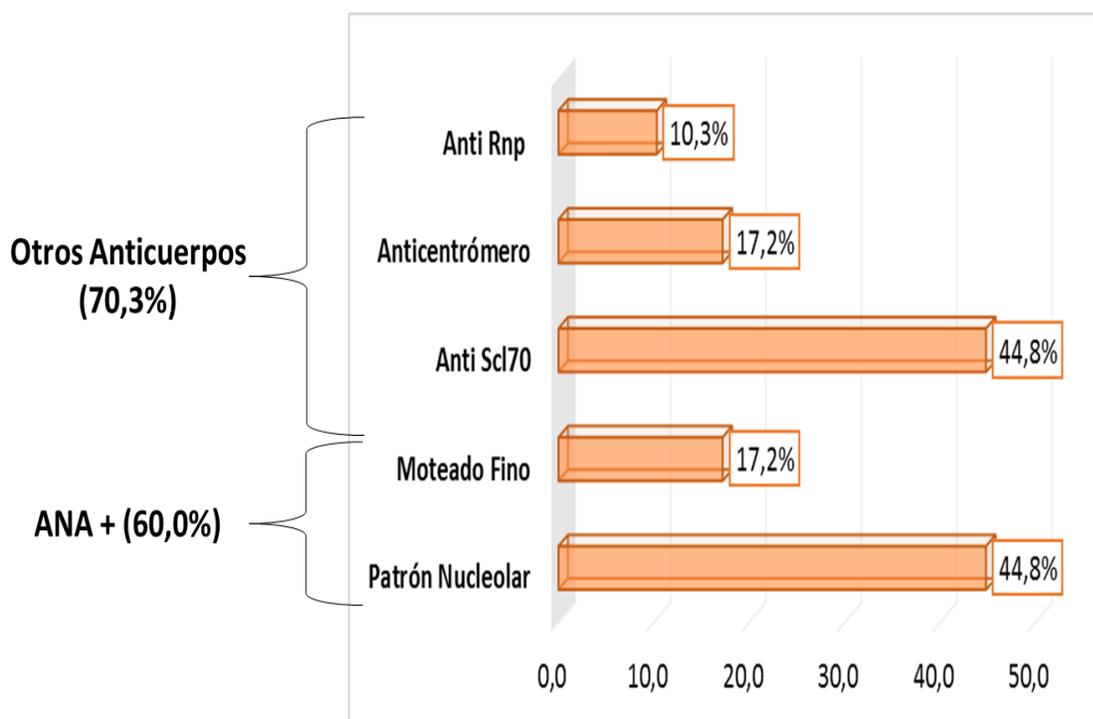
En el presente estudio, en la dermatomiositis se presentaron anticuerpos ANA positivos el 56,7% (n=17), de los cuales presentaron un patrón moteado grueso el 40,0% (n=12), siendo muy específicos de dermatomiositis, y un patrón moteado fino el 16,7% (n=5). El ANA está positivo en la mayoría de los pacientes con dermatomiositis y se considera no específico. Le siguió en orden de frecuencia el Anti mi2 con 41,0% (n=12), el cual se relaciona con buena respuesta al tratamiento y supervivencia a los cinco años del 95%, mientras que el Anti Rnp y Anti Jo1 mostraron una frecuencia del 21% respectivamente (n=6). El Anti Rnp está presente en la enfermedad mixta del tejido conectivo o cuando la dermatomiositis se asocia con LES, mientras que el Anti Jo1 se considera un anticuerpo muy específico de la enfermedad. Se presentaron además enzimas musculares que por su importancia en el diagnóstico las hemos detallado CPK con un 72,0% (n=21), y Aldolasa 10,0% (n=3). (Gráfico 10).



**Figura 13. Distribución de los pacientes con dermatomiositis según anticuerpos presentes.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

Los anticuerpos más comunes presentes en la Esclerodermia fueron los ANA con un 62,0% (n=18), de los cuales el 44,8% presentó un patrón nucleolar (n=13), y el 17,2% moteado fino (n=5); Anti Scl70 el 44,8% (n=13), lo que se relaciona con formas sistémicas y cuadros graves de enfermedad, lo que tiene que ver directamente con nuestra investigación ya que 19 pacientes presentaron forma sistémica (n=17). Se encontró anticentrómero en el 17,2% (n=5), el cual se relaciona con cuadros benignos de la enfermedad y Anti Rnp en el 10,3% (n=3). (Gráfico 14).



**Figura 14. Distribución de los pacientes con esclerodermia según anticuerpos presentes.**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas del Hospital Dermatológico Gonzalo González.

## 4.2 DISCUSIÓN

En el presente estudio de las enfermedades del tejido conectivo, la principal fue el lupus eritematoso sistémico, con un 62.2%; la mayor proporción de pacientes con LES se corresponde con la prevalencia reportada para esta enfermedad, que es de 17-48 pacientes por cada 100.000 habitantes.

En el caso de la dermatomiositis (19.2%), la incidencia global de las miopatías inflamatorias se reporta en rangos de 2-10 casos por millón de habitantes por año. La mayoría de los estudios realizados son en poblaciones anglosajonas y utilizan los criterios de clasificación de Bohan y Peter (Oddis C, 2008). Se han encontrado reportes de hasta 4,9 a 8,4 casos/millón asociados a mayor sospecha clínica y mejoría de técnicas diagnósticas más que a un incremento real de la incidencia misma. La prevalencia se estima en 8/100.000 habitantes .

Para la esclerodermia (18,6%), en el área del Caribe se ha reportado una prevalencia similar (9,3 por cada millón de habitantes),(Gottschalk P, 2014) .

En cuanto a las principales manifestaciones cutáneas del LES, tuvimos: rash malar 68,0%, (n=66), rash discoide 44,3% (n=43), placas o manchas 25,7% (n=25), fotosensibilidad 21,6% (n=21), Raynaud 18,5% (n=18), alopecia 15,4% (n=15), telangiectasias y prurito (n:10), 30,0% respectivamente (n=10).

Gronhagen y asociados (2010) reportaron en 260 pacientes con LES un predominio de la fotosensibilidad (69%), el eritema malar (53%) y las úlceras orales (35%), con lesiones discoides en un menor porcentaje (18%).

En el estudio de Severiche y colaboradores (2014) en Colombia, predominó la fotosensibilidad (46,1%), las úlceras orales (41,7%) y el eritema malar (40,9%), mientras que el lupus discoide estuvo presente en el 19,1%.

Saurit (2003) en Argentina, reportó en 77 pacientes con una edad media de 34,2 años, un predominio del eritema malar (67,5%) dentro de las lesiones específicas agudas, seguido por las lesiones específicas crónicas (26,0%) como el tipo discoide en un 19,4%, el lupus sabañón en 4,0% y la paniculitis lúpica en 2,5%. Las lesiones no específicas que se presentaron con mayor frecuencia fueron: fotosensibilidad en 57% y alopecia difusa en 59%. Las lesiones vasculares fueron más frecuentes que en el presente estudio, pues se encontraron en el 84,4% con predominio del fenómeno de Raynaud en 46,7%, lívido reticularis en 11,7% y lesiones de vasculitis en 6,5%. Las úlceras orales se observaron en un 16,0%.

Contrario a los resultados, del trabajo realizado, en el estudio de Velásquez (2011), las manifestaciones cutáneas individuales más frecuentes fueron la alopecia (61,8%), seguida por la fotosensibilidad (47,1%) y las úlceras orales (44,1%).

En un estudio en Cuba realizado por Estévez y asociados (2008), que abarcó un importante número de casos (n=244), el eritema facial estuvo presente en el 62,3%, la fotosensibilidad en el 52,0%, alopecia en el 48,0%, eritema discoide en el 29,7% y úlceras orales en el 25,8%.

Las principales manifestaciones cutáneas de la dermatomiositis fueron rash en heliotropo 86,7%, pápulas de Gottron 80,0%, signo del chal 80,0%, seguido por engrosamiento de la cutícula y signo de pistoleras con un 53,3% respectivamente, signo de Gottron 43,3%, manos de mecánico 36,7%, y Raynaud 16,7%. De manera similar al presente estudio, en el reporte de

Ciudad-Blanco y asociados (2011), el rash en heliotropo, las pápulas de Gottron y el eritema periungueal fueron las manifestaciones cutáneas más frecuentes. En el reporte de Muñoz (2005) en Chile, el 73,0% de los pacientes tuvo manifestaciones cutáneas al momento del diagnóstico con predominio de lesiones de Gottron (54,0%), rash heliotropo (45,0%) y vasculopatía capilar periungueal (27,0%). Se reportó un caso con úlcera periorbitaria.

Las lesiones más frecuentes en la esclerodermia fueron las placas o manchas esclerodermiformes (58,6%), Raynaud (48,3%); depresiones lineales (34,5%), telangiectasias (27,6%), el afinamiento de la nariz, esclerodactilia y edema de los dedos en un (24,1%) respectivamente, y la hiperpigmentación malar en un (10,3%).

En el estudio de Gottschalk y asociados (2014), en República Dominicana, el signo clínico más frecuentemente encontrado fue el de Raynaud, mientras que se evidenciaron úlceras digitales ocasionales en el 33,3% de los casos. Morel (2009) incluyó 62 pacientes que cumplieron con los criterios de clasificación preliminar para esclerodermia juvenil, localizada y sistémica reportaron fenómeno de Raynaud en el 89,0%, calcinosis en 56%, así como lívedo reticularis y telangiectasias en el 61%.

En cuanto al predominio del sexo, fue el femenino, que se corresponde con el reportado en la mayoría de los estudios. En el caso del LES, Severiche y colaboradores (2014) en Colombia reportaron en 115 pacientes un 89,6% de mujeres, con una relación mujer/hombre de 8,6:1.

Por otro lado, Ciudad-Blanco y asociados (2011) incluyeron en una serie de casos 20 pacientes con dermatomiositis, de los cuales 19 eran mujeres.

Respecto a la esclerodermia, en 26 pacientes con este diagnóstico en República Dominicana, Gottschalk y asociados (2014), reportaron un 73,1% del sexo femenino.

Según la procedencia de los pacientes, el 83,2% procedieron de la provincia de Pichincha (n=119).

La edad más frecuente de presentación del Lupus en los pacientes fue en el rango de 41-50 años, (29,9%), seguidos por 31-40 años con el (27,8%) , 19-30 años el 18,6%, 51-60 años el 12,4%, 61-70 años el 6,2%, y menores de 18 años el 5,1% .

Similar a los presentes resultados, Severiche y colaboradores (2014) reportaron un predominio de pacientes con edad entre 16-49 años (87,8%), mientras que los mayores de 50 años (9,6%) y menores de 15 años (2,6%) fueron menos frecuentes.

La edad más frecuente de presentación de la Dermatomiositis fue en el rango de 41-50 años con un 34,5%, seguido por 19-30 años con un 20,7% (n=6), 31-40 años con el 17,2%, y en el rango de 51-60 y mayores de 60 años el 13,8% respectivamente. Se ha señalado que la dermatomiositis presenta dos picos de incidencia: de 5- 14 años y de 45-65 años, con una edad media al diagnóstico de 40 años, lo que coincide con los resultados del actual estudio (Martins, 2008).

En el estudio de Aguayo y asociados (2013), en 14 pacientes con dermatomiositis, el 8% tenían edad mayor de 60 años al momento del diagnóstico, mientras que sólo uno tenía edad menor de 30 años.

Dentro de los grupos etarios de esclerodermia, en el rango de 19-30 años se presentaron un 33,3%, seguidos por 41-50 años con un 23,3%, y en los rangos de 31-40, 51-60 y mayores de 60 años un 13,3% respectivamente, y en los menores de 18 años 3,3% . De manera similar a los

resultados actuales, Gottschalk y colaboradores (2014), reportaron en 26 pacientes con esclerodermia un predominio de los grupos con edad entre 17-30 años (23,1%) y aquellos con 51-60 años (23,1%). Los grupos menos frecuentes fueron los menores de 17 años y los mayores de 60. Además, el 68% de los pacientes era menor de 40 años en el momento en que tuvo el primer síntoma relacionado a esclerodermia; el 73,1% de la población fue diagnosticado antes de los 50 años.

De los diferentes tipos de anticuerpos presentes en pacientes con lupus el 70,1% presentó ANA +, predominó el patrón moteado grueso, seguido por el nucleolar centromérico y en menor grado el moteado fino.

El 35,1% presentó anticuerpos Anti DNA muy específicos de la enfermedad, de los cuales 28 pacientes presentaron AntiDna-ds, y 6 pacientes presentaron Anti Dna-ss; Anti Rnp 20,6%, Anti Sm 18,6%, Anti Ro 12,4% (n=12), y Anti La 10,3%. La mayoría de los estudios han hallado una incidencia del 60 al 80% aproximadamente del anti-Ro en pacientes con lupus cutáneo subagudo (Gronhagen C, 2010), el cual estuvo presente en el estudio en un 18,6%.

Al respecto, en el estudio de Velásquez y asociados, (2011) en 34 pacientes con LES, se observó una alta frecuencia de positividad para anticuerpos anti-ds ADN (n = 22; 64,7%), mayor a la del actual estudio. Todos estos son marcadores directos de actividad de la enfermedad. Por otro lado, los autores reportaron con mayor frecuencia anticuerpos antiribonucleoproteína (RNP) y anti-Sm.

Gronhagen y asociados (2010) reportaron en 260 pacientes con LES, un 96% con ANA +, un 62% con anti-ds ADN, así como un 37% y 21% para anti-Ro y anti-La, respectivamente, resultados que coinciden con los del actual estudio.

Por su parte, en el estudio de Severiche y asociados (2014), la frecuencia de los diferentes autoanticuerpos en los pacientes, en algún momento de la enfermedad, fue: 1) anticuerpos anti-ADN en 91 (79,1%); 2) anti-RNP en 45 (39,1%); 3) anti-Sm en 44 (38,3%); 4) anti-Ro en 43 (37,4%); y por último, 5) anticuerpos anti-La en 17 (14,8%), igualmente coincidentes con los presentes hallazgos.

En el trabajo expuesto, en la dermatomiositis se presentaron anticuerpos ANA positivos el 56,7%, con patrón moteado grueso el 40%, muy específicos de dermatomiositis, y un patrón moteado fino el 16,7%. El ANA estuvo positivo en la mayoría de los pacientes con dermatomiositis y se considera no específico. Contrario a los actuales resultados del presente trabajo, en el estudio de Aguayo (2013), solo tres pacientes (21,4%) presentaron autoanticuerpos antinucleares positivos, todos ellos de patrón moteado. En la serie de Klein y colaboradores (2007), las cifras también fueron extremadamente bajas, únicamente dos de 96 pacientes tenían autoanticuerpos positivos, todos ellos anti-Jo-1.

Le siguió en orden de frecuencia el Anti mi2 con 41,0% (n=12), el cual se relaciona con buena respuesta al tratamiento y supervivencia a los cinco años del 95%, mientras que el Anti Rnp y Anti Jo1 mostraron una frecuencia del 21% respectivamente. El Anti Rnp está presente en la enfermedad mixta del tejido conectivo o cuando la dermatomiositis se asocia con LES, mientras que el Anti Jo1 se considera un anticuerpo muy específico de la enfermedad.

Se presentaron además enzimas musculares que por su importancia en el diagnóstico las hemos detallado CPK con un 72,0% (n=21), y Aldolasa 10,0%.

Los anticuerpos más comunes presentes en la Esclerodermia fueron los ANA con un 62,0%, de los cuales el 44,8% presentó un patrón nucleolar, y el 17,2% moteado fino; Anti Scl70 el 44,8%. Se encontró anticentrómero en el 17,2%, y Anti Rnp en el 10,3%.

Similar a los presentes resultados, en el reporte de Gottschalk y asociados (2014), todos los pacientes con enfermedad difusa tuvieron presencia de ANA. En este grupo de pacientes hubo una distribución similar entre los patrones nucleolar (27,3%), moteado (45,5%) y homogéneo (27,3%); no hubo pacientes con patrón anticentrómero. Cuatro de los cinco pacientes con ES limitada tuvieron presencia de ANA. En dos casos se encontró patrón homogéneo; los otros dos pacientes tuvieron patrón moteado y anticentrómero.

Similar a los resultados de este trabajo, Morel (2009), reportó ANA en 35 pacientes (56%), con 14 casos positivos (10 para ES y 4 para EL); anti-Scl70 en 19 pacientes (31%), con solo 2 casos positivos (ambos para ES); anticentrómero en un solo caso, con resultado negativo, y anti-RNP en 13 pacientes (21%), con todos los resultados negativos.

## **5. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

- El lupus eritematoso sistémico fue la principal enfermedad del tejido conectivo con manifestaciones cutáneas.

- En el LES, el rash malar y el rash discoide fueron las principales manifestaciones cutáneas, mientras que en los pacientes con dermatomiositis, destacaron el rash en heliotropo, las pápulas de Gottron y el signo de chal. En la esclerodermia, las placas o manchas esclerodermiformes y el fenómeno de Raynaud, fueron las manifestaciones cutáneas más frecuentes, con un predominio de la esclerosis sistémica.

- Las enfermedades del tejido conectivo incluidas en este estudio se caracterizaron por un predominio marcado del sexo femenino, con edades entre 31-50 años, a excepción de la esclerodermia, en la que el grupo de 19-30 años fue más frecuente.

- La mayoría de los pacientes con LES presentó ANA +, aunque en un porcentaje menor al reportado por la literatura. En los pacientes con dermatomiositis, aproximadamente la mitad presentó anticuerpos ANA positivos. En el grupo con esclerodermia, los anticuerpos ANA fueron positivos en la mayor parte de los pacientes, seguidos por en Anti Scl 70.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- De toda ésta información recabada podríamos sugerir, que se realicen directrices para realizar protocolos para las distintas enfermedades autoinmunes con manifestaciones cutáneas a nivel hospitalario, y dar lugar así a diagnósticos precoces.
- Mejorar el estilo y calidad de vida de cada paciente afecto, puesto que estas enfermedades no tienen cura, y aliviar de alguna manera la sintomatología que los afecta.
- Realizar una evaluación epidemiológica, que permita establecer la prevalencia real de las enfermedades autoinmunes en nuestro país, puesto que se tiene poca información de las mismas y no se lleva cuantificación de prevalencia e incidencia anuales.
- Proponer esquemas de tratamiento que mejoren la calidad de vida de los pacientes, y controles de los mismos, en todos los hospitales a nivel nacional y regional, en los cuales se maneje un departamento de Dermatología, para que se encargue del monitoreo continuo.
- Definir estrategias institucionales que nos permitan dar tanto ayuda farmacológica y psicológica a cada paciente y a sus familiares cercanos, para que se disminuya el impacto psicosocial de las distintas enfermedades autoinmunes, proporcionando información adecuada, tratamiento y sobre todo una buena relación médico- paciente.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo R, C. J. (2013). Dermatomiositis: Diferencias entre los pacientes diagnosticados en dermatología o en medicina interna y relación con la malignidad. *Piel Barcelona* , 28: 5-10.
- Arias, M. (2008). Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas. *Dermatología Argentina* , 14; 238.
- Arkachaisri, F. (2010). Development and initial validation of the Localized Scleroderma Skin Damage Index and Physician Global Assessment of disease Damage: a proof of concept study. *Rheumatology* , 49: 373-381.
- Ashima, M. (2011). Calcinosis cutis in Systemic Sclerosis. *New England Journal* , 364: 2245.
- Atrio, A. (2008). Lupus eritematoso sistémico. Aspectos clínicos poco frecuentes. *Reumatología Clínica* , 4: 28-30.
- Avouac, J. (2011). Preliminary criteria for the very early diagnosis of systemic sclerosis: Results of a Delphi Consensus Study from EULAR Scleroderma Trials and Research Group. *Ann Rheum Dis* , 70: 476-481.
- Bielsa, I. (2009). Dermatomiositis. *Reumatología Clínica* , 5: 216-222.
- Bielsa, I. (2009). Nuevos anticuerpos en la dermatomiositis. *Actas Dermo-Sifiliográficas* , 100: 182-189.
- Ciudad Blanco F, A. J. (2011). Dermatomyositis: Assessment and follow up of 20 patients. *Actas Dermo-Sifiliográficas* , 102: 448-455.
- Comité Editoria Fundapoyarte. (abril de 2012). *Diferencias entre hombres y mujeres: manifestaciones clínicas, hallazgos serológicos y etnia en el Lupus Eritematoso Sistémico*. Obtenido de

Fundapoyarte: <http://fundapoyarte.org/sitio-tera/fun-noticia/sm-5/not-851-diferencias-entre-hombres-y-mujeres-manifestaciones-clinicas-hallazgos-serologicos-y-etnia-en-el-lupus-eritematoso-sistmico-n.html>

Cuellar, R. (2009). Fibrosis nefrogénica sistémica. *Medicina Interna de México* , 25: 3.

De Santa María, M. (2011). Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas. *Revista Médica Clínica Las Condes* , 22: 749-746.

Estévez M, C. A. (2008). Supervivencia de pacientes Cubanos con lupus eritematoso sistémico, influencia de las características iniciales de la enfermedad. *Revista Cubana Médica* , 47(3).

Fernández, B. (2013). Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas. *Rev Med Rosario* , 78-89.

Fernando, L. (2008). Subgrupos de Lupus Eritematoso Sistémico: Influencia de la edad de inicio, la raza, el sexo y el perfil de anticuerpos en las manifestaciones clínicas de la enfermedad. *Revista Colombiana Reumatológica* , 15: 291-298.

Fonseca, E. (2009). Manifestaciones cutáneas del síndrome tóxico por aceite de colza adulterado. *Actas Dermo- Sifiliográficas* , 100: 857-860.

Fundayaporte, C. E. (abril de 2012). <http://fundayaporte.org/sitio-tera/fun-noticia/sm-5/not-851-diferencias-entre-hombres-y-mujeres-manifestaciones-clinicas-hallazgos-serologicos-y-etnia-en-el-lupus-eritematoso-sistmico-n.html>. Recuperado el mayo de 2014, de <http://fundayaporte.org/sitio-tera/fun-noticia/sm-5/not-851-diferencias-entre-hombres-y-mujeres-manifestaciones-clinicas-hallazgos-serologicos-y-etnia-en-el-lupus-eritematoso-sistmico-n.html>.

- García, P. (2013). Prevalencia de anticuerpos antifosfolípido en pacientes con lupus eritematoso cutáneo subagudo y crónico. *Actas Dermo-Sifiliográficas* , 104: 232-238.
- Gómez J, C. R. (2008). Lupus eritematoso sistémico . *Med Lab* , 14; 211-223.
- Gottschalk P, V. R. (2014). Esclerodermia en el Caribe: características en una serie de casos en República Dominicana. *Reumatología Clínica* , 10: 373-379.
- Gronhagen C, G. I. (2010). Cutaneous manifestations and serological findings in 260 patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* , 145: 255-260.
- Hinchcliff, M. (2008). Esclerodermia y Esclerosis sistémica. *American Family Physician* , 27: 961-968.
- Irazoque, F. (2009). Epidemiología, etiología y clasificación. *Reumatología Clínica* , 05(Supl.3): 2-5.
- Izquierdo, J. (2008). Características epidemiológicas de los pacientes con lupus eritematoso cutáneo. *Actas Dermo-Sifiliográficas* , 105: 69-73.
- Jiménez, J. (2013). Seguimiento de los pacientes con lupus eritematoso sistémico; lo que no está en las guías. *Revista Clínica Española* , 213:453-6.
- Klein R, T. V. (2007). Number, characteristics, and classification of with dermatomyositis seen by dermatology and rheumatology departments at a large tertiary medical center. *Journal American Academy Dermatology* , 57: 937-943.
- Krieg, T. (2009). Skin disease: A cardinal feature of systemic sclerosis. . *Rheumatology* , 48: 14-18.
- López, J. (2013). Pruebas serológica en enfermedades autoinmunes. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* , 11:2084-2092.

- Marsol, I. (2013). Actualización en la clasificación y el tratamiento de la esclerodermia localizada. *Actas Dermo-Sifiliográficas* , 104: 654-666.
- Martins L, S. V. (2008). Dermatomyositis. *An Bras Dermatology* , 83(3).
- Merino, L. (2014). Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas, endocrinológicas y paraneoplásicas. *Medicine-Programa de Formación Continuada Acreditada* , 11: 2783-2790.
- Moghamad S, C. K. (2009). Cross sectional analysis of a collaborative web based database for lupus erythematosus associated skin lesions: 114 prospectively enrolled patients. *Archives Dermology* , 145: 255-260.
- Morel, Z. (2009). Características clínicas de niños con esclerodermia en un hospital de referencia. *Reumatología clínica* , 5: 158-162.
- Muñoz, E. (2005). Experiencias de 10 años en dermatomiositis juvenil. *Revista Chilena Pediátrica* , 76: 404-409.
- Muratore, M. (2013). Management of cutaneous discomfort in patients with scleroderma: A clinical trial. *Rheumatismo* , 65: 240-247.
- Nitsche, A. (2012). Raynaud. Ulceras digitales y calcinosis en esclerodermia. *Reumatología Clínica* , 08: 270-277.
- Oddis C, M. T. (2008). Clinical feature, clasification and epidemiology of inflammatory muscle disease. *Rheumatology 4th ed* , 10: 1433-1438.
- Ortega, S. (2011). Lupus eritematoso cutáneo: revisión de nuestra casuística en los últimos 15 años. *Dermatología Argentina* , 17: 116-122.

- Restrepo, J. (2010). Manifestaciones cutáneas de la dermatomiositis. *Revista Asociación Colombiana de Dermatología* , 18: 18-24.
- Saavedra, T. (2006). Dermatomiositis: Revisión bibliográfica y descripción de cinco casos clínicos. *Revista Chilena Dermatológica* , 22: 253-256.
- Sánchez, J. (2006). Diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas en el lupus eritematoso. *Semin Fund Esp Reumatol* , 7: 12-26.
- Saurit, V. (2003). Manifestaciones mucocutáneas en pacientes con lupus eritematoso sistémico . *Medicina Buenos Aires* , 63-64.
- Severiche D, R. M. (2009). Ciento quince pacientes con lupus eritematoso sistémico: Características clínicas e inmunológicas. *Actas Dermo- Sifiliográficas* , 21: 183: 192.
- Velásquez C, A. A. (2011). Manifestaciones cutáneas de lupus eritematoso sistémico temprano y correlación con la actividad sistémica. *Iatreia* , 359-364.
- Verónica, M. (2013). Tratamiento del lupus eritematoso cutáneo resistente. *Semin Fund Esp Reumatol* , 13: 77-84.

## 7. ANEXOS

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL TEJIDO  
CONJUNTIVO, Y CORRELACIÓN SEROLÓGICA, EN PACIENTES DEL HOSPITAL  
DERMATOLÓGICO GONZALO GONZÁLEZ, PERIODO JULIO 2010 – JUNIO 2013

#### A. INFORMACIÓN GENERAL

HC:.....

Edad:.....

Sexo: Masculino  Femenino

Ocupación:.....

Etnia: Blanco  Mestizo  Indígena  Negro

Antecedentes personales de EATC:.....

Tiempo entre la presentación de síntomas y diagnóstico:.....

#### B. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dolor de las articulaciones  fiebre  Infecciones recurrentes  .....

Cansancio  úlceras bucales  sequedad de ojos y boca

Dificultad para tragar

Inflamación de glándulas

Enfriamiento excesivo de los dedos de los pies y las manos

### C. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS

- Eritema malar []

- alopecia lúpica []

- Rash anular/psoriasiforme afectando brazos y “V del escote []

- Placas bien delimitadas con escama adherente causando cicatriz o alopecia cicatrizal []

Rash heliotropo []

Pápulas y signo de Gottron (máculas violáceas y pápulas sobre articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas) []

Rash macular violáceo o poiquilodermia en hombros y cadera []

Manos de mecánico (hiperqueratosis en borde cubital de los dedos) []

Calcinosis []

Calcicosis []

Fenómeno de Raynaud []

Esclerodactilia []

Telangiectasia Infartos digitales []

Nodulosreumatoideos []

Bandas subcutáneas lineales []

Dermatitis reumatoide neutrofílica []

Fotosensibilidad []

Vasculitis y úlceras []

Cambios en el pliegue ungueal (eritema periungueal telangiectasias en pliegues ungueales) []

Pioderma gangrenoso []

#### **D. ENFERMEDAD AUTOINMUNITARIA DEL TEJIDO CUNJUNTIVO**

Lupus eritematoso []

- Lupus eritematoso sistémico []
- Lupus cutáneo subagudo []
- Lupus eritematoso discoide []

Dermatomiositis []

Esclerosis sistémica []

- síndrome de CREST[]

Artritis reumatoidea []

Otros cambios cutáneos en enfermedades del tejido conectivo []

Especifique:.....

#### **E. PRUEBA SEROLÓGICA**

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| TIPO DE ANTICUERPO | ANTICUERPO<br>ESPECÍFICO |
|--------------------|--------------------------|

|                                    |                   |                          |
|------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| Factor reumatoideo                 | Ig anti IgG       | <input type="checkbox"/> |
|                                    | Anti DNA          | <input type="checkbox"/> |
|                                    | Anti - Histona    | <input type="checkbox"/> |
| Anticuerpos Antinucleares<br>(ANA) | Anti DNP          | <input type="checkbox"/> |
|                                    | Anti - centrómero | <input type="checkbox"/> |
|                                    | Anti – Sc i70     | <input type="checkbox"/> |
|                                    | Anti - ENA        | <input type="checkbox"/> |
| Otros anticuerpos                  | Anti Rib-P        | <input type="checkbox"/> |
|                                    | Anti – Fodrin     | <input type="checkbox"/> |



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



**SENESCYT**  
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,  
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

| <b>REPOSITORIO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>  |  |   |
|--|--|---|
| <b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b> “MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y CORRELACION SEROLOGICA, EN PACIENTES DEL HOSPITAL DERMATOLÓGICO GONZALO GONZÁLEZ, PERIODO JULIO 2010 – JUNIO 2013”  |  |   |
| <b>Autor/es:</b> Dra. Mónica Alexandra Guaricela Castillo  | <b>Revisores:</b> Dra. Blanca Almeida Jurado<br>Dra. Ofelia Jaime                |   |
| <b>Institución:</b> Universidad de Guayaquil   | <b>Facultad:</b> Ciencias Médicas  |   |
| <b>Carrera:</b> Dermatología   |  |   |
| <b>Fecha de Publicación</b>  | <b>N° de páginas</b> 74  |   |
| <b>Áreas Temáticas</b> Dermatología, enfermedades autoinmunes del tejido conectivo.  |  |   |
| <b>Palabras clave:</b> Enfermedades autoinmunes, manifestaciones cutáneas, autoanticuerpos.  |  |   |
| <p><b>Resumen.</b> Las enfermedades autoinmunitarias del tejido conjuntivo, engloban un grupo de trastornos clínicos poligénicos, que presentan característica clínicas heterogéneas y superpuestas entre sí; por lo que el presente estudio trató de establecer principios básicos de utilidad clínica para apoyarnos en el diagnóstico y diferenciación de cada una de ellas, así como establecer la importancia clínica de los diferentes autoanticuerpos que se asocian a las enfermedades autoinmunitarias del tejido conectivo.</p> <p>Se realizó un estudio de tipo descriptivo de diseño no experimental, valorados en los Servicios de Dermatología del Hospital “Gonzalo González”. El Universo de estudio lo constituyeron todos los pacientes con características clínicas de enfermedades autoinmunes. En el presente centro durante el periodo comprendido entre el 01 de Julio del 2010 y el 30 de Junio del 2013; se realizó el estudio con un total de 156 pacientes, pues se excluyeron 15 casos al tener datos incompletos en las historias clínicas.</p> |  |   |
| <b>N° de registro (en base de datos)</b>   | <b>N° de clasificación</b>   |   |
| <b>Dirección URL (Tesis en la WEB)</b>   |  |   |
| <b>Adjunto PDF</b>   | <b>Si</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> |   |
| <b>Contacto con Autores</b>  | <b>Teléfono</b><br>0995688864  | <b>E-mail</b><br>ika_gotito@hotmail.com |
| <b>Contacto con la Institución</b>   | <b>Nombre</b> Escuela de Graduados   |   |
|  | <b>Teléfono</b> 2288086  |   |
|  | <b>E-mail</b> egraduadosug@hotmail.com   |   |