

Estudio Retrospectivo: Características Clínicas de la Esclerosis Sistémica en Pacientes de los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Enero 2008 – Junio 2015

Cintha Elizabeth Carrasco Encalada¹, Valeria Estefanía Delgado Pinos².

1. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.
2. Red Complementaria de Salud.

CORRESPONDENCIA:

Cintha Elizabeth Carrasco Encalada
Correo Electrónico:
cintha_elizabeth.07@hotmail.com
Dirección: Av. José Carrasco Arteaga entre
Popayán y Pacto Andino. Cuenca, Azuay –
Ecuador.
Código Postal: EC010210
Teléfono: [593] 072 861 500

Fecha de Recepción: 04 – 01 – 2019
Fecha de Aceptación: 16 – 03 – 2019
Fecha de Publicación: 31 – 03 – 2019

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Carrasco C, Delgado V. Estudio Retrospectivo: Características Clínicas de la Esclerosis Sistémica en Pacientes de los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Enero 2008 – Junio 2015. Rev Med HJCA 2019; 11(1): 47-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.1.a0.07>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2019 Carrasco C et al. Licencia RevMed HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-Non-Commercial-ShareAlike 4.0 International Public License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original y bajo la misma licencia del original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La esclerosis sistémica es una patología crónica del tejido conectivo; de etiología desconocida y caracterizada por presentar vasculopatía, autoinmunidad y fibrosis. Genera importantes repercusiones socio sanitarias y hasta la actualidad no tiene cura. El objetivo de la presente investigación fue determinar las características clínicas de esa enfermedad en la población local.

MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo. El universo incluyó a 58 pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica en el Hospital Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga durante el período comprendido entre Enero 2008 – Julio 2015. La información fue recopilada de las historias clínicas digitales y se realizó estadística descriptiva utilizando el programa SPSS versión 20.0.

RESULTADOS: La esclerosis sistémica fue más común en el sexo femenino (relación hombre – mujer: 1/8.6), el subtipo limitado fue la forma de presentación principal. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las cutáneas (93.1%), seguidas de las osteomusculares (84.5%) y el fenómeno de Raynaud (81%). Los anticuerpos antinucleares fueron positivos en más del 70% de los pacientes.

CONCLUSIÓN: La esclerosis sistémica es una enfermedad crónica con afección multiorgánica. El conocimiento de las distintas manifestaciones clínicas de esta patología en la población local, facilitará el diagnóstico oportuno y la instauración de un tratamiento apropiado, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS SISTÉMICA, SÍNDROME CREST, TEJIDO CONECTIVO.

ABSTRACT

Retrospective Research: Clinical Features of Systemic Sclerosis in Patients from Vicente Corral Moscoso and José Carrasco Arteaga Hospitals. January 2008 - June 2015

BACKGROUND: Systemic sclerosis is a chronic connective tissue disease; of unknown etiology and characterized by vasculopathy, autoimmunity and fibrosis. The aim of this study was to determine the clinical features of this pathology in local population.

METHODS: A retrospective descriptive study was performed. The universe included 58 patients with systemic sclerosis at Vicente Corral Moscoso Hospital and Hospital of Specialties José Carrasco Arteaga during January 2008 - July 2015. The information was compiled from medical records; descriptive statistics were performed using the statistical program SPSS version 20.0.

RESULTS: Systemic sclerosis was more common in the females (male - female ratio: 1/8.6), the limited subtype was the main presentation form. The most frequent clinical features were skin disorders (93.1%), followed by osteomuscular manifestations (84.5%) and Raynaud's syndrome (81%). Antinuclear antibodies were positive in more than 70% of patients.

CONCLUSION: Systemic sclerosis is a chronic entity with multisystem involvement. The knowledge of the different clinical manifestations will facilitate the opportune diagnosis and the establishment of an appropriate treatment; with the purpose of improve the quality of life and preventing complications.

KEYWORDS: SYSTEMIC SCLEROSIS, CREST SYNDROME, CONNECTIVE TISSUE.

INTRODUCCIÓN

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune de afectación multiorgánica; caracterizada por presentar engrosamiento y adherencia de los tegumentos a planos más profundos, ocasionando un proceso inflamatorio crónico, disfunción vascular generalizada y fibrosis progresiva de piel y órganos internos. Su etiología no es clara, sin embargo se han identificado múltiples factores genéticos, infecciosos y ambientales. La lesión vascular, la fibrosis y la activación inmune son los principales factores patogénicos [1].

En relación a la epidemiología, en el 85% de los casos la ES se desarrolla en pacientes de entre 20 a 60 años de edad [2]. Los datos epidemiológicos sobre la incidencia y la prevalencia de la esclerosis sistémica progresiva en la infancia son muy raros, oscilan entre el 1% y el 2% por debajo de los 10 años y aumenta al 7% entre los 10 y 19 años. El 75% de los afectados son del sexo femenino [3, 4]. Los cuatro subtipos principales incluyen: ES cutánea limitada, Es cutánea difusa, ES sin esclerodermia, ES inducida por el medio ambiente y los síndromes mixtos con otras patologías autoinmunes [5].

Las manifestaciones clínicas de la ES son diversas, la afectación cutánea es la más frecuente, se presenta con incremento del espesor de la dermis acompañada de oclusión de los folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas; ocasionando sequedad e intenso prurito. La induración de la piel inicia en los dedos (esclerodactilia) y se extiende proximalmente, la etapa de induración es precedida de una etapa edematosa que no responde a los diuréticos. Se producen cambios importantes en la pigmentación de la piel con áreas de hipo e hiperpigmentación [6]. Los síntomas vasculares son prominentes, el más significativo es el fenómeno de Raynaud, presente en más del 95% de los afectados. Otras manifestaciones vasculares de la esclerosis sistémica incluyen las siguientes: a) úlceras en las yemas de los dedos, que en casos severos pueden provocar amputación de las falanges; b) telangiectasias cutáneas y mucosas; c) en casos de afectación macrovascular, infarto de miocardio no aterosclerótico [6].

Las manifestaciones cardíacas incluyen derrame pericárdico, arritmias, deterioro valvular, cardiopatía isquémica y disminución de la fracción de eyección [7]. La enfermedad pulmonar es la principal causa de muerte en pacientes con esclerodermia. Existen dos procesos patológicos importantes: a) alveolitis fibrosa que puede conducir a una enfermedad pulmonar restrictiva y b) vasculopatía obliterante de vasos pulmonares medianos y pequeños que en algunos casos causa hipertensión arterial pulmonar [7]. Los síntomas incluyen: disnea progresiva, dolor precordial atribuible a hipertensión pulmonar y tos seca persistente debido a enfermedad pulmonar restrictiva [6].

Los hallazgos gastrointestinales en la esclerosis sistémica son los siguientes: reflujo gastroesofágico causado por incompetencia del esfínter esofágico inferior (EEI) y peristalsis disminuida o ausente en los dos tercios inferiores del esófago. Síntomas como la náusea, vómito y plenitud precoz, pueden originarse por un vaciamiento gástrico enlentecido. Las manifestaciones intestinales se generan por hipomotilidad intestinal a consecuencia de la atrofia y fibrosis de la capa muscular lo cual conduce a: pseudo obstrucción intestinal, estreñimiento alternado con episodios de diarrea (por sobrecrecimiento bacteriano), incontinencia fecal, desnutrición y anemia [6, 7].

A nivel renal la complicación más importante es la crisis renal esclerodérmica observada en el 10% de los pacientes [7]. En algunas ocasiones se observan marcadores clínicos de enfer-

medad renal, tales como proteinuria, elevación de la creatinina, o hipertensión arterial [8]. Los síntomas osteomusculares incluyen: artralgiás, mialgiás, pérdida en el rango articular de movimiento y contracturas de flexión articular, fricciones tendinosas, síndrome del túnel carpiano y debilidad muscular [6].

Los criterios para la clasificación de la esclerosis sistémica del Colegio Americano de Reumatología y Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) 2013, se describen a continuación (Tabla 1).

Criterios para la clasificación de la esclerosis sistémica del Colegio Americano de Reumatología (ACR) y Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) [9].

Esclerosis cutánea de los dedos de ambas manos que se extiende sobrepasando las articulaciones metacarpofalángicas (MCF)	-	
Esclerosis de dedos	Dedos en salchicha	2
	Esclerodactilia (distal a la articulación metacarpofalángica pero proximal a la interfalángica)	4
Lesiones en las puntas de los dedos	Úlceras digitales (distal a IFP)	2
	Cicatrices en el pulpejo	3
Telangiectasias	-	2
Alteración capilar (Dilatación o pérdida capilar)	-	2
Hipertensión Arterial Pulmonar y/o Enfermedad Pulmonar Intersticial	Hipertensión Arterial Pulmonar	2
	Enfermedad Pulmonar Intersticial	2
Fenómeno de Raynaud	-	3
Autoanticuerpos relacionados con esclerosis sistémica	Anticentrómero Anti-topoisomerasa I (anti-Scl-70) Anti-RNA polimerasa III	3

Los criterios no son aplicables a los pacientes que presentan endurecimiento de la piel sin compromiso de los dedos, o a los pacientes que presentan síndromes esclerodermiformes.

La puntuación total se determina sumando las puntuaciones máximas de cada categoría

Pacientes con puntuación ≥ 9 son clasificados de esclerosis sistémica definida.

Fuente: Van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson S, Baron M, Tyndall A, et al. Classification criteria for systemic sclerosis: an American college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* 2013 Nov; 72(11):1747-55.

Otras alteraciones de la ES incluyen el síndrome de Sjögren, presente hasta en el 30% de los pacientes; se han reportado además alteraciones endócrinas como hipogonadismo, hipotiroidismo, hipertiroidismo, e hiperprolactinemia [10]. Los pacientes afectados por la forma limitada tienen un buen pronóstico, con una supervivencia de 10 años en aproximadamente el 75% de los pacientes; sin embargo, alrededor del 10% de ellos desarrollan hipertensión arterial pulmonar después de 15 años. Los pacientes con la forma difusa de la enfermedad tienen una supervivencia a 10 años del 55%; la muerte se asocia comúnmente con afectación pulmonar, cardíaca y renal [11].

En cuanto a los marcadores inmunológicos, los anticuerpos antinucleares (ANAs) son positivos hasta en un 90 – 95% de los pacientes [12-13]. Otros marcadores incluyen los anticuerpos anti-topoisomerasa I (Anti Scl-70), anti-centrómero (ACA), anti fibrilarina, anti U1 RNP III; estos tienen correlación con los subtipos específicos de la enfermedad y los patrones de afección orgánica. Los anticuerpos Anti Scl-70 están presentes en el 15 al 42% de los pacientes, su presencia se asocia con esclerosis sistémica difusa y mal pronóstico, mientras que los anticuerpos anti centrómero se relacionan con la forma limitada y un mejor pronóstico [13].

En relación a la epidemiología regional, los reportes son escasos. Una investigación llevada a cabo en República Dominicana determinó una prevalencia total de 9.3 casos por millón de individuos; en el 68% de casos los síntomas iniciales se presentaron antes de los 40 años; las mujeres fueron más afectadas con una relación mujer: hombre de 2.7:1; el fenómeno de Raynaud fue reportado la totalidad de pacientes con esclerosis sistémica difusa y en el 54.5% de los que padecieron esclerosis sistémica limitada [14]. No existen investigaciones locales sobre la prevalencia de ES, el conocimiento se basa en reportes internacionales. El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de presentación de las diferentes características clínicas de la ES en la población local.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. El universo incluyó a 58 pacientes de los servicios de reumatología del Hospital Vicente Corral Moscoso y del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, diagnosticados de ES durante el período comprendido entre Enero 2008 – Junio 2015. La información fue recolectada de los registros médicos electrónicos mediante un formulario tipo cuestionario; se analizó las características demográficas, los subtipos específicos y las diferentes manifestaciones cutáneas, osteomusculares, vasculares, digestivas, pulmonares, cardíacas, renales, endócrinas, neurológicas y psiquiátricas. Se procedió a estudiar a la totalidad del universo. Para el análisis de la información se utilizó el software SPSS versión 20.0; se utilizó estadística descriptiva a través de la representación de frecuencias y porcentajes

RESULTADOS

Se incluyeron a 58 pacientes en el estudio, el 89.65% (n=52) fue de sexo femenino y el 10.35% (n=6) de sexo masculino. Las edad de los pacientes se encontró en un rango de 9 a 79 años con una media de 48.03 años (DS 16.95). El subgrupo más afectado fueron los pacientes entre quinta y sexta década de la vida con el 27.5% (n=16) (Tabla 1). Cabe resaltar que en la mayoría de los estudiados el diagnóstico fue reciente; sin embargo 11 pacien-

tes llevaban un tiempo de evolución de la enfermedad entre 10 y 23 años.

Tabla 1. Descripción de las características demográficas de los pacientes.

VARIABLE	RANGOS	FRECUENCIA n= (%)
SEXO	Masculino	6 (10.35)
	Femenino	52 (89.65)
EDAD	< 10	1 (1.72)
	10- 19	3 (5.17)
	20-29	5 (8.62)
	30-39	9 (15.52)
	40-49	9 (15.52)
	50-59	16 (27.58)
	60-69	11 (18.97)
70-79	4 (6.9)	

Fuente: Base de datos del estudio.

Elaboración: Cinthya Carrasco

En relación a los subtipos clínicos, las frecuencias diagnósticas incluyeron: ES cutánea limitada 43.10% (n=25), ES cutánea difusa 5.2% (n=3). El síndrome CREST fue diagnosticado en el 88% (n=22) de los pacientes con ES cutánea limitada. En la mayoría de los casos (51.7%) el subtipo de esclerosis sistémica no había sido especificado. (Tabla 2)

Tabla 2. Frecuencias diagnósticas de los subtipos clínicos.

SUBTIPO CLINICO	ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA	3 (5.2%)
SUBTIPO CLINICO	ESCLEROSIS SISTÉMICA LIMITADA - SINDROME DE CREST	25 (43.1%)
	ESCLEROSIS SISTÉMICA NO ESPECIFICADA	22/25 (88%)
	ESCLEROSIS SISTÉMICA NO ESPECIFICADA	30 (51.7%)

Fuente: Base de datos del estudio.

Elaboración: Cinthya Carrasco

En relación a la forma de presentación, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las cutáneas, osteomusculares y el fenómeno de Raynaud con un 93.1% (n=54), 84.5% (n=49) y 81% (n=47) respectivamente. En relación a las manifestaciones sistémicas las más frecuentes fueron las digestivas 72.2% (n=42), pulmonares (n=23), neurológicas 34.48% (n=20), psiquiátricas 31% (n=18), endócrinas 18.9% (n=11) y cardíacas 8.6% (n=5) (Tabla 3) (Tabla 4). Alteraciones como el síndrome de Sjogren estuvo presente en el 13.8% (n=8). En la presente investigación no se hallaron datos de compromiso renal.

Tabla 3. Manifestaciones clínicas más frecuentes

NOMBRE	n=	%
Manifestaciones Cutáneas	54	93.1
Esclerodactilia	38	65.5
Endurecimiento/engrosamiento de la piel	47	81
Prurito	11	19
Alteraciones de la pigmentación	29	50
Telangiectasias	22	37.9
Úlceras	11	19
Calcinosis	15	25.9
Microstomia	27	46.6
Piel seca	6	10.3
Necrosis digital	1	1.7
Acroqueratoelastoidosis	1	1.7
Manifestaciones Osteomusculares	49	84.5
Artralgias	47	81
Artritis	21	36.2
Mialgias	25	43.1
Atrofia muscular	7	12.1
Osteopenia/osteoporosis	15	25.9
Cervicalgia/dorsalgia/lumbalgia	19	32.8
Anquilosis codo/carpo/dedos	3	5.2
Sinovitis	2	3.4
Fenómeno de Raynaud	47	81

Fuente: Base de datos del estudio.
Elaboración: Cinthya Carrasco

Tabla 4. Manifestaciones sistémicas más frecuentes

NOMBRE	N=	%
Manifestaciones Digestivas	42	72.2
Disfagia	26	44.8
Epigastralgia	23	39.7
Dispepsia	20	34.7
Pérdida de peso	16	27.6
Diarrea	16	27.6
Reflujo gastroesofágico	16	27.6
Vomito	12	20.6
Constipación	9	15.5
Síndrome del intestino irritable	8	13.8
Incontinencia fecal	6	10.3
Hemorroides	4	6.9
Dolor abdominal difuso	3	5.2
Manifestaciones Pulmonares	23	39.6
Disnea	15	25.9
Tos	13	22.4
Dolor torácico	8	13.8
Manifestaciones Cardíacas	5	8.6
Palpitaciones	3	5.2
Arritmias	1	1.7

Soplos	1	1.7
Manifestaciones Endócrinas	11	18.9
Hipotiroidismo	9	15.5
Hiperprolactinemia	2	3.4
Manifestaciones Metabólicas (Dislipidemias)	15	25.9
Manifestaciones Neurológicas	23	39.7
Parestesias	18	31
Síndrome del túnel carpiano	2	3.4
Alteraciones Psiquiátricas	18	31
Ansiedad	9	15.5
Depresión	12	20.6

Fuente: Base de datos del estudio.
Elaboración: Cinthya Carrasco.

En relación a las pruebas inmunológicas se encontró que los ANAs, Anti SCL-70 y ACA fueron positivos en el 71.79%, 35.48% y 55.17% respectivamente. Sin embargo estas pruebas no fueron realizadas de forma estándar en todos los pacientes, siendo esto una limitación del presente estudio. Los datos se exponen en la Tabla 5.

Tabla 5. Pruebas inmunológicas en pacientes con ES

Anticuerpo	Solicitado en n= (%)	Positivo en n= (%)
ANAs	39/58 (67.2)	28/39 (71.79)
Anti SCL-70	31/58 (53.4)	11/31 (35.48)
ACA	29/58 (50)	16/29 (55.17)
Anti - DNA	22/58 (37.9)	5/22 (22.72)
Anti U1 RNP III	6/58 (10.3)	1/6 (16.66)
Anti - Ro	13/58 (22.4)	1/13 (7.69)
Anti - La	12/58 (20.6)	0/12 (0)

Fuente: Base de datos del estudio.
Elaboración: Cinthya Carrasco

Cuando analizamos los resultados de las pruebas inmunológicas en relación a los subtipos específicos de ES; en la ES cutánea limitada los ANAs y los ACA fueron los positivos en el 64% y 44% respectivamente; en la ES cutánea difusa los ANA y ACA estuvieron presentes en el 66%; en la ES no especificada las pruebas inmunológicas más frecuentes fueron los ANA y Anti SCL-70 con un 33.3% y 26.6% respectivamente (Tabla 6).

Tabla 6. Pruebas inmunológicas en subtipos clínicos de ES

Subtipo Clínico	Frecuencia n= (%)	Anticuerpos		
		ANAs	Anti SCL-70	ACA
ES Cutánea Limitada	25/58 (43.1)	16/25 (64.0)	2/25 (8.0)	11/25 (44.0)
Síndrome de CREST	22/25 (88.0)	13/22 (59.0)	0/22	11/22 (50.0)
ES Cutánea Difusa	3/58 (5.2)	2/3 (66.6)	1/3 (33.3)	2/3 (66.6)
ES no Especificada	30/58 (51.7)	10/30 (33.3)	8/30 (26.6)	3/30 (10.0)

Fuente: Base de datos del estudio.
Elaboración: Cinthya Carrasco

DISCUSIÓN

La esclerosis sistémica progresiva es una enfermedad infrecuente, con predilección por el sexo femenino con una relación hombre/mujer 3:1 [4]. En esta investigación la relación fue de 8.6:1, los datos concuerdan con Alamanos et al (Grecia) quien reportó una razón 8.9:1, sin embargo, las proporciones difieren de los resultados obtenidos en estudios de Kenia (4:1) y Nigeria (6:1). Todos los investigadores afirman que la patología es más frecuente en el sexo femenino [15 - 17].

La ES cutánea limitada (que incluye el síndrome de CREST) fue diagnosticada en el 43.1% (n=25) de los pacientes y la ES cutánea difusa el 5.2% (n=3). Respecto a lo mencionado en un estudio realizado en Colombia, se determinó una frecuencia superior de la ES limitada (60.9%) frente a la difusa (13.6%) [18]. Otra investigación realizada en Uruguay concuerda en el predominio de la ES limitada (51%) frente a la difusa (39%) [19]. En contraste, una investigación realizada en Egipto concluyó que la ES difusa fue más frecuente que la limitada con una proporción de 4.3:1 [20]. Coincidiendo con Egipto, los estudios ya mencionados de Kenia y Nigeria, determinaron que la ES difusa fue la más prevalente [16 - 17]; sin embargo es importante recalcar que estas 3 últimas investigaciones fueron realizadas en poblaciones africanas.

Las manifestaciones clínicas predominantes fueron las cutáneas con el 93.1%, seguidas de las osteomusculares 84.5% (81% con artralgias y 43.1% con mialgias); fenómeno de Raynaud 81%, alteraciones digestivas 72.2% y alteraciones pulmonares 39.6%. Resultados similares fueron observados por Alberto Rocha en México, donde las manifestaciones cutáneas estuvieron presentes en el 100% de los casos, el fenómeno de Raynaud entre el 70 al 91% y las osteomusculares entre el 51 al 90% [21]. En Uruguay, los datos de prevalencia en relación a las manifestaciones clínicas fueron: manifestaciones cutáneas en 85.7%, fenómeno de Raynaud 83.7%, alteraciones articulares 55.1%, del tubo digestivo 49% y manifestaciones pulmonares 47% [19]. En Kenia las manifestaciones cutáneas fueron las más

prevalentes (100%), seguidas del fenómeno de Raynaud (58%) y las manifestaciones pulmonares (56%) [16]. Los estudios mencionados concluyen que las manifestaciones cutáneas son las más frecuentes, seguidas por el fenómeno de Raynaud y/o las manifestaciones osteomusculares.

En relación a los exámenes inmunológicos los ANAs, fueron positivos en el 71.9% (28/39), siendo los Anti SCL-70 frecuentes en el 35.4% (11/31) y los ACA en el 55.1% (16/29). Los ACA fueron predominaron en la ES limitada y el síndrome de CREST; los Anti SCL-70 fueron más prevalentes en ES que no especificada, fue positivo en uno de los tres casos de la forma difusa. Wang et al, en una población asiática indicó que el 90.7% de los afectados con ES presentaron positividad para ANAs, el 59.9% para Anti SCL-70 y el 13.5% para ACA; los Anti SCL-70 y los ACA fueron los más frecuentes en la ES cutánea difusa, siendo esta el subtipo clínico más prevalente con un 59.7% de los casos [22]. Los resultados de estas pruebas inmunes difieren sustancialmente con los hallazgos de otras investigaciones, lo cual podría atribuirse al diverso número de muestra y a las distintas poblaciones involucradas; sin embargo se puede concluir que los ANAs se encuentran presentes en más del 70% de las series estudiadas.

CONCLUSIONES

La esclerosis sistémica es una enfermedad crónica con afección multisistémica, se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino. Las manifestaciones más frecuentes en la población de estudio incluyen a las cutáneas, osteomusculares y el fenómeno de Raynaud. El conocimiento de las distintas formas de presentación clínica de esta patología en la población local, facilitaría el diagnóstico oportuno y la instauración de un tratamiento apropiado, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones incapacitantes y con elevada morbimortalidad.

ABREVIATURAS

ANAs: anticuerpos antinucleares; ACA: anticuerpos anticentrómero, Anti SCL 70: anticuerpos anti topoisomerasa I. ES: esclerosis sistémica.

AGRADECIMIENTOS

Al personal médico, de enfermería y administrativo del Hospital Vicente Corral Moscoso y el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, que nos facilitaron la recolección de la información.

FINANCIAMIENTO

El financiamiento para el presente estudio fue cubierto completamente por los autores.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Historias clínicas electrónicas del Hospital Vicente Corral Moscoso y del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

CC: idea de investigación, revisión bibliográfica, recolección de datos, análisis crítico, análisis estadístico y escritura de documento final. VD: recolección de datos, análisis estadístico y crítico del artículo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Cintha Elizabeth Carrasco Encalada. Médico General en funciones Hospitalarias, Unidad de Medicina Interna, Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2794-5066>
- Valeria Estefanía Delgado Pinos: Médico General. Red complementaria de Salud. Cuenca – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3586-7929>

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no reportan ningún conflicto de interés. El presente artículo se basa en una publicación de trabajo de graduación previa a la obtención del título de Médico de Cintha Elizabeth Carrasco Encalada y Valeria Estefanía Delgado Pinos. La Publicación original está en el repositorio digital de tesis de la Universidad de Cuenca con el link: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25262> bajo la publicación de libre acceso Creative Commons licencia 4.0. Publicación original de 77 páginas. Cintha Elizabeth Carrasco Encalada, como parte del comité editorial de la Revista Médica HJCA, no participó en la revisión, edición ni aprobación del presente manuscrito.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Los autores cuentan con el consentimiento para publicar

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores cuentan con todas las autorizaciones éticas correspondientes y los consentimientos de participación.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Carrasco C, Delgado V. Estudio Retrospectivo: Características Clínicas de la Esclerosis Sistémica en Pacientes de los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Enero 2008 – Junio 2015. Rev Med HJCA 2019; 11(1): 47-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.1.a0.07>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/17906662/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tam E, Timaná R, Iglesias E, Silva L, González J. Esclerosis sistémica cutánea limitada: un reporte de caso. Rev méd Trujillo 2017; 12(4):183-8. Disponible en: <http://www.revistas.untru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/1656/1654>
2. Schwartz R. Systemic Sclerosis Clinical Presentation. Medscape. [Internet] Mar 2018. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1066280-clinical>
3. Arya S, Kumar R, Bunkar M, Jaris S. Progressive systemic sclerosis in a child: A rare phenomenon. 2017 [Internet] 18(1): Page: 65-67. DOI: 10.4103/2319-7250.195568. Available From: <http://www.ijpd.in/article.asp?issn=2319-7250; year=2017; volume=18; issue=1; spage=65; epage=67; aulast=Arya>
4. Arun K De, Das K, Sil A, Joardar S. Progressive Systemic Sclerosis in a Child. Indian J Dermatol. 2013 Sep-Oct; 58(5): 406. DOI: 10.4103/0019-5154.117333. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3778798/>
5. Denton C. Overview and classification of scleroderma disorders. UpToDate. [Internet] Oct 2018. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-and-classification-of-scleroderma-disorders>
6. Jimenez S. Scleroderma Clinical Presentation. Nov 2018. [Internet]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/331864-clinical>.
7. Shah A, Wigley F. My Approach to the Treatment of Scleroderma. Mayo Clin Proc. April 2013;88 (4):377-393. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.01.018>. Available from: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(13\)00076-1/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(13)00076-1/pdf)
8. Fallahi, P., Ruffilli, I., Giuggioli, D., Colaci, M., Ferrari, S. M., Antonelli, A., & Ferrri, C. (2017). Associations between Systemic Sclerosis and Thyroid Diseases. Frontiers in endocrinology, 8, 266. DOI:10.3389/fendo.2017.00266. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5632355/>
9. Van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson SR, Baron M, Tyndall A, Matucci-Cerinic M. Classification criteria for systemic sclerosis: an American college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2013 Nov;72(11):1747-55. DOI: 10.1136/annrheumdis-2013-204424.
10. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 12th ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
11. Fallahi P, Ruffilli I, Giuggioli D, Colaci M, Ferrari S, Antonelli A. Associations between Systemic Sclerosis and Thyroid Diseases. Oct. 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5632355/>
12. Garza-Rodríguez V, Villarreal-Alarcón M, Ocampo-Candiani J. Etiopatogenia y tratamiento de la escleroderma Conceptos actuales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/4577/457745487007/>
13. Kayser C., Fritzl M. Autoantibodies in systemic sclerosis: unanswered questions. Frontiers in Immunology B Cell Biology. April 2015; 6 (167): 3-6. DOI: 10.3389/fimmu.2015.00167
14. Gottschalk P, Vásquez R, López D, Then J. Escleroderma en el Caribe: características en una serie de casos dominicana. Rev. ReumatolClin. 2014; 10(6): p. 373-379. DOI: 10.1016/j.reuma.2014.01.011
15. Alamanos Y, Tsifetaki N, Voulgari P V, Siozos C, Tsamandouraki K, Alexiou G A, Drosos AA. Epidemiology of systemic sclerosis in northwest Greece 1981 to 2002. Semin Arthritis Rheum 2005; 34:714-20. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049017204001945?via%3Dihub>
16. Illovi c, Oyoo G. Characteristics of systemic sclerosis patients in Nairobi, Kenya : a retrospective study. Afr J Rheumatol 2013; 1(1): 8-12. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/ajr/article/view/97482>
17. Oguntona. Scleroderma (systemic sclerosis) among Nigerians. Clinical Rheumatology 2009; 1121-1125. DOI: 10.1007/s10067-009-1191-2. Epub 2009 May 13.
18. Gil D. Caracterización clínica, inmunológica y hallazgos capilaroscópicos de esclerosis sistémica, y asociación con compromiso pulmonar en una población colombiana. 2013. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/11528/1/dianarociogilcalderon.2013.pdf>.
19. Graña Diego, Vargas Andrea, Bérez Adriana, Goñi Mabel, Danza Alvaro. Esclerosis sistémica: forma de presentación y manejo terapéutico: experiencia de un grupo de trabajo en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Rev. Urug. Med. Int. [Internet]. 2018 Abr [citado 2019 Mar 11]; 3(1): 15-22. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-6792018000100015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.26445/rmu.3.1.2>
20. El Basel M, Khalil N. Disease characteristics of systemic sclerosis among Egyptian patients. Kasr Al Ainy Medical Journal 2015, 21:41-46. DOI: 10.4103/1687-4625.162378
21. Rocha, A. Correlación entre disfunción diastólica y remodelación ventricular izquierda con el índice modificado de Rodnan en esclerosis sistémica progresiva. 2008. Disponible en: http://digeset.uco.mx/tesis_posgrado/Pdf/ROCHA_MU%C3%91OZ_ALBERTO_DANIEL_MAESTRIA.pdf.
22. Wang, J et al. Clinical and serological features of systemic sclerosis in a Chinese cohort. Clin Rheumatol. 2013 May; 32(5): 617-621. DOI: 10.1007/s10067-012-2145-7.