

Antecedentes

La paratendonitis de los extensores (PTE), desde el punto de vista ecográfico, se caracteriza por un engrosamiento hipoecoico que rodea a los tendones extensores de los dedos, con o sin señal power Doppler (PD). Estudios previos han señalado su papel en el diagnóstico diferencial entre artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APs). Además, se ha asociado la PTE con la presencia de erosiones y entesitis activa en pacientes con APs ¹

Objetivos

Describir las características clínicas y radiográficas de los pacientes con artritis activa de manos que presentan PTE mediante ecografía.

Métodos

Estudio transversal y multicéntrico. Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas y ecográficas de pacientes con artritis crónica que presentaran inflamación activa en articulaciones de manos en la exploración física. Las artropatías microcristalinas y artritis de reciente inicio (<6 meses) fueron excluidas. Se evaluó la presencia de Hipertrofia Sinovial (HS) y señal PD en ambos carpos, metacarpofalángicas, tendones extensores del carpo y flexores de las manos, así como la presencia de PTE, definida como un engrosamiento hipoecoico que rodea a los tendones extensores de los dedos, con o sin señal PD.

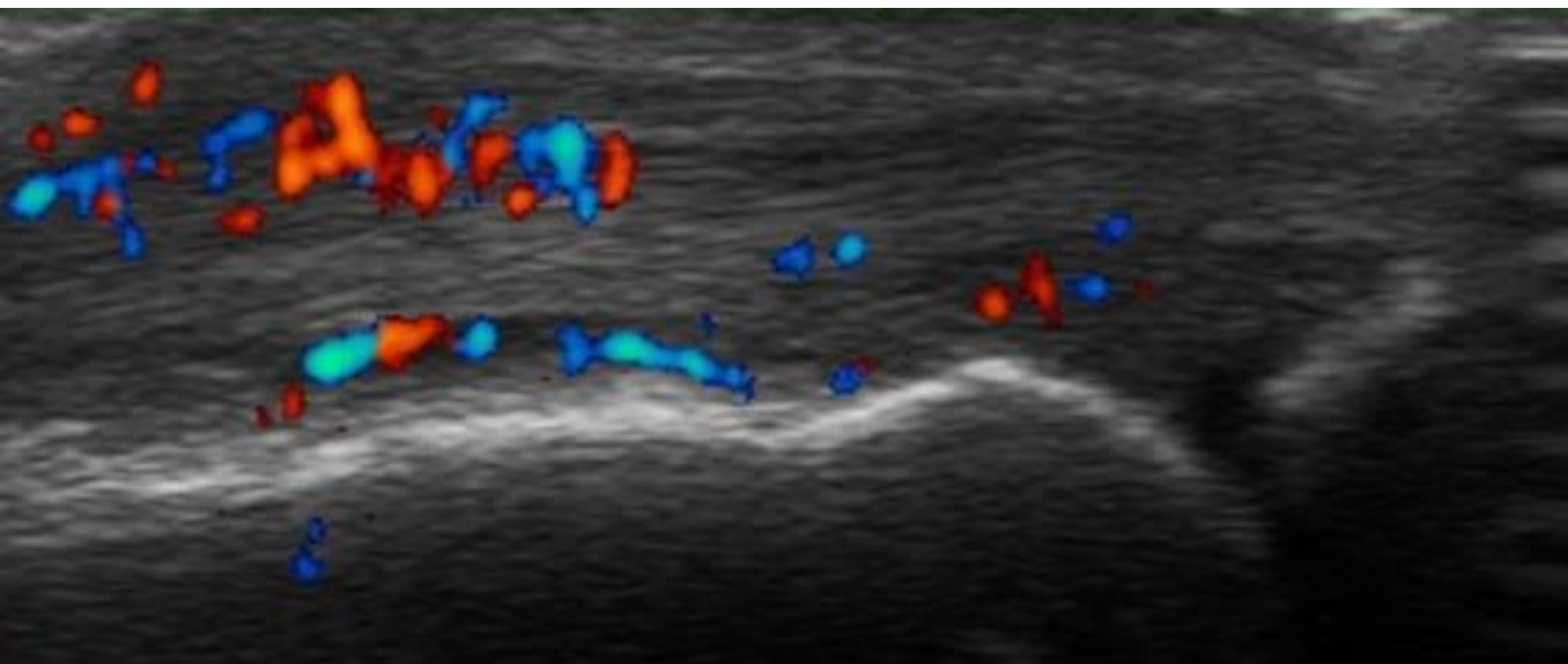


Figura 1. Imagen ecográfica que muestra una paratendonitis del extensor del dedo a la altura de la articulación metacarpofalángica.

Resultados

Se reclutaron 223 pacientes con artritis activa de manos procedentes de 8 centros del área de Barcelona. Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. Un 17,9% de los pacientes (n= 40) presentaban PTE por ecografía (gráfico 1). Del total de la población con PTE, el 62,5% tenían diagnóstico de APs (n= 25) (gráfico 2). Veintiocho pacientes (32,5%) con PTE presentaban onicopatía, y 5 pacientes (12,5%) tenían entesitis. Del total de pacientes, 10 (4,9%) presentaban anquilosis radiográfica de alguna articulación de las manos, todos ellos diagnosticados de APs. Ocho de estos pacientes (80%) también tenían PTE (p= 0.001). Así mismo, de los 43 pacientes con dactilitis, 17 (39,5%) presentaban PTE, mientras que este hallazgo ecográfico sólo se encontró en el 13,5% de los pacientes sin dactilitis (p= 0.001).

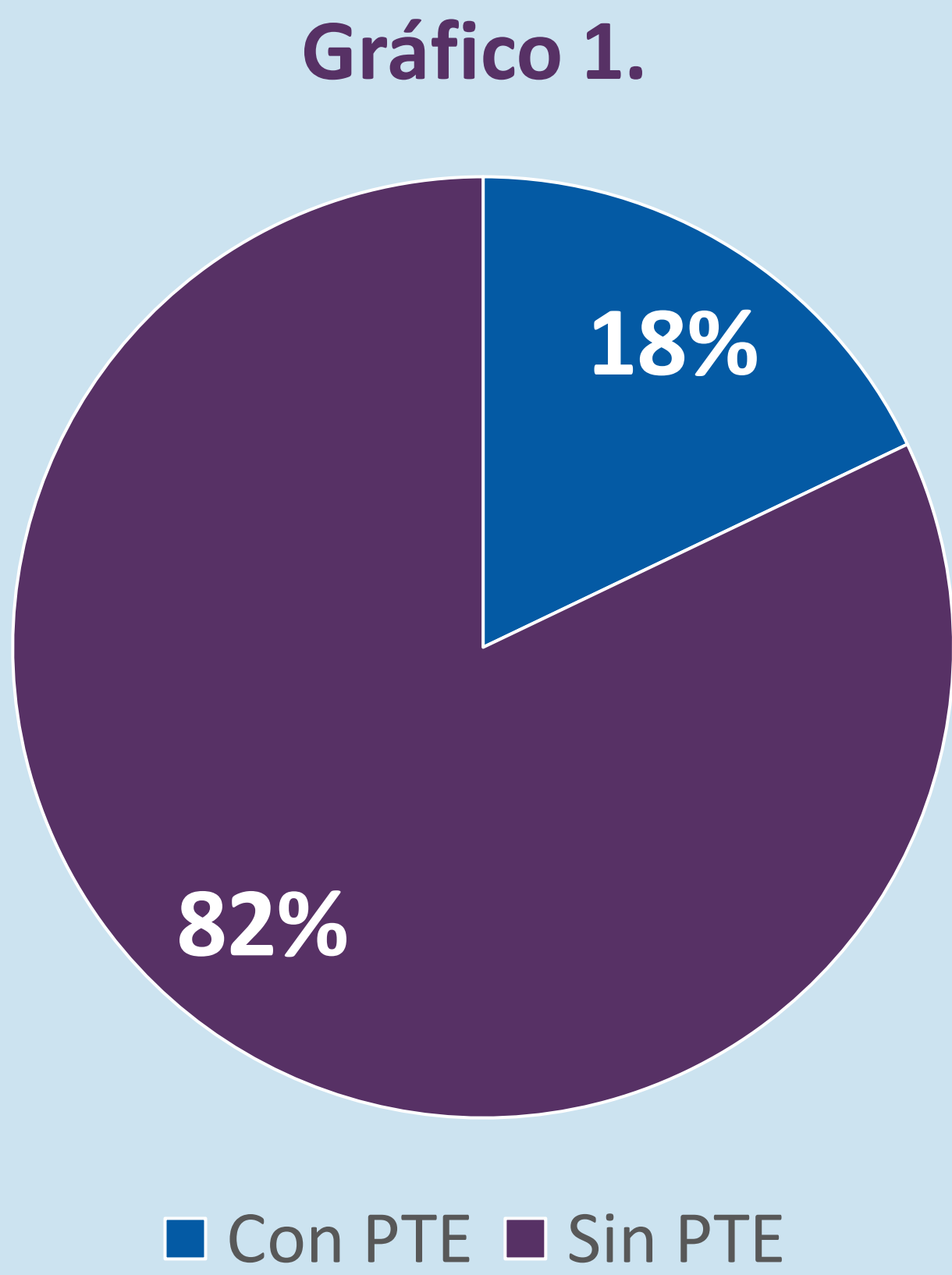
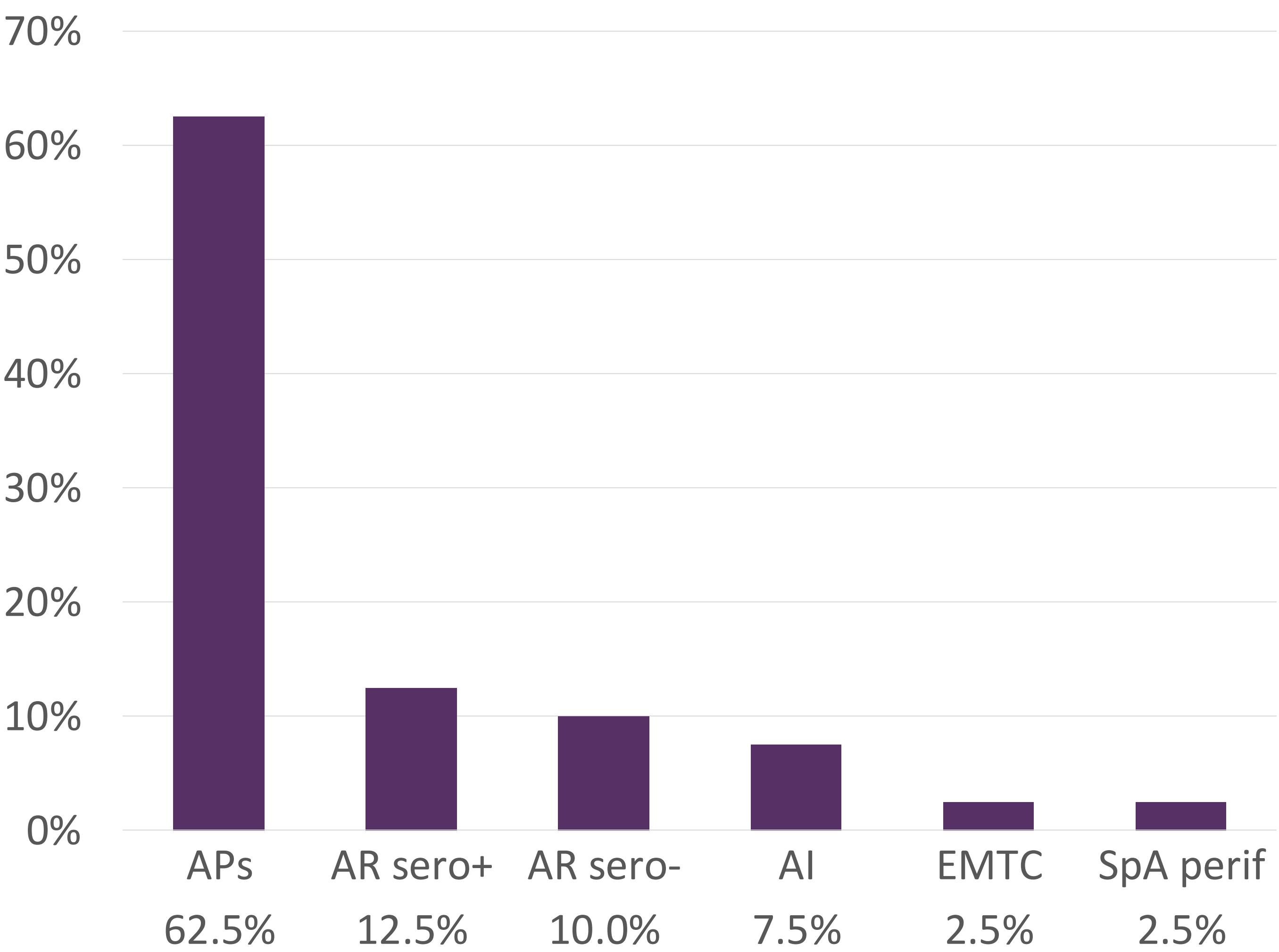


Tabla 1. Características de la población

Características	Total	Sin PTE	Con PTE	p-valor
N (pacientes), %	223 (100)	183 (82)	40 (18)	-
Mujeres, n(%)	147 (65,9)	119 (84,4)	22 (15,6)	0,086
Edad (años), media (±DE)	58,1 (14,5)	58,5 (14,8)	57,7 (13,1)	0,768
Duración de la enfermedad (meses), media (±DE)	113 (139,9)	114 (140,9)	114,7 (105,4)	0,977
Glucocorticoides, n(%)	96 (43)	78 (86,7)	12 (13,3)	0,064
FAMEs, n(%)	94 (42,2)	70 (78,7)	19 (21,3)	0,244
FAMEb, n(%)	83 (37,2)	63 (79,7)	16 (20,3)	0,382
Enfermedad erosiva, n(%)	104 (47,1)	84 (84,8)	15 (15,2)	0,138
Sinovitis proliferativa, n(%)	114 (51,04)	96 (89,7)	11 (10,3)	0,001
Anquilosis radiográfica en dedos, n(%)	10 (4,9)	2 (20)	8 (80)	0,0001
Dactilitis, n(%)	43 (19,6)	26 (59,5)	17 (40,5)	0,001

FAMEs: Fármacos modificadores de la enfermedad convencionales. FAMEb: Fármacos modificadores de la enfermedad biológicos. HS: Hipertrofia sinovial. PD: power Doppler.

Gráfico 2. Distribución de PTE por patologías



Conclusiones

La PTE no es un hallazgo exclusivo de los pacientes con APs, y puede manifestarse en otras patologías crónicas inflamatorias de manos. Estos pacientes presentaban con mayor frecuencia dactilitis en la exploración física y anquilosis radiográfica.

Referencias bibliográficas:
¹Macía-Villar C. Clinical and Experimental Rheumatology. 2018;36:896-899

