

Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Chile

Miguel A. Gutiérrez^a, Carol Pérez^a, Jorge Saavedra^b, Francisco Silva^a, Carlos Fuentealba^c, Paula Pozo^c, Óscar Neira^d, Paula Kusnir^d, Karina Elgueta^a, Maite Rosas^a, Rossana Marchetti^e y Ulises Verdejo^e

^aPontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Chile.

^bUniversidad de Chile. Hospital San Juan de Dios. Santiago de Chile. Chile.

^cUniversidad de Chile. Hospital San Borja Arriarán. Santiago de Chile. Chile.

^dUniversidad de Chile. Hospital del Salvador. Santiago de Chile. Chile.

^eHospital Carlos Van Buren. Valparaíso. Chile.

Objetivos: Describir las principales características demográficas y clínicas de los pacientes chilenos con espondiloartritis ingresados en el Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA).

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo y transversal de un grupo de pacientes chilenos con espondiloartritis ingresados en RESPONDIA según criterios preestablecidos, entre enero de 2006 y diciembre de 2007. Participaron 5 centros universitarios chilenos, 4 de Santiago y uno de Valparaíso.

Resultados: Se incluyó a 109 pacientes, 66 varones (58,4%), con una edad media \pm desviación estándar de 42 ± 22 años y una duración promedio de enfermedad en el momento del diagnóstico de 7,1 años (1-29 años). Los diagnósticos fueron de espondilitis anquilosante (58,7%), artritis psoriásica (25,6%), espondiloartritis indiferenciada (7,3%), artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (5,5%), espondiloartritis de inicio juvenil (1,8%) y artritis reactiva (0,9%). Respecto a su presentación clínica, el 42,5% tuvo afectación mixta (axial y periférica); el 36,3%, afectación axial exclusiva, y el 9,7%, afectación periférica exclusiva. El dolor lumbar inflamatorio fue el síntoma más frecuente (74,3%) seguido de artritis de las extremidades inferiores (59,3%). La manifestación extraarticular más frecuente fue la uveítis (18,6%). El 40% de los pacientes tenía algún grado de incapacidad laboral.

Conclusiones: El perfil clínico más frecuente en este grupo de pacientes chilenos con espondiloartritis fue la combinación de manifestaciones axiales y periféricas. El diagnóstico más frecuente fue el de espondilitis anquilosante, seguido por el de artritis psoriásica.

Palabras clave: Espondiloartritis. Espondilitis anquilosante. Artritis psoriásica.

RESPONDIA. Iberoamerican Spondyloarthritis Registry: Chile

Objectives: To describe the main demographic and clinical characteristics of Chilean patients with Spondyloarthritis included in the Ibero American Spondyloarthritis Registry (RESPONDIA).

Patients and methods: Descriptive and cross-sectional study of Chilean patients with Spondyloarthritis registered in the RESPONDIA database. Five Chilean university hospitals participated in the inclusion of patients (4 from Santiago and 1 from Valparaíso), between January 2006 and December 2007, according to the defined protocol.

Results: 109 patients were included in the registry, 66 males (58.4%) with an average age of 42 ± 22 years, and average disease duration of 7.1 years (range 1-29 years). Diagnoses of the patients were Ankylosing Spondylitis (58.7%), Psoriatic Arthritis (25.6%), Undifferentiated Spondyloarthritis (7.3%), Inflammatory Bowel Disease Arthritis (5.5%), Juvenile Onset Spondyloarthritis (1.8%) and Reactive Arthritis (0.9%). Regarding clinical forms, 42.5% had mixed disease, 36.3% had axial disease, and 9.7% had peripheral disease. Inflammatory low back pain was the most frequent symptom reported (74.3%) followed by arthritis of the lower extremities (59.3%). The most common extra-articular disease manifestation was uveitis (18.6%). Some kinds of work disability were reported in 40% of the patients.

Conclusions: The most frequent clinical profile in this group of Chilean patients with Spondyloarthritis was the combination of axial and peripheral diseases. The most common diagnosis was ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis.

Key words: Spondyloarthritis. Ankylosing spondylitis. Psoriatic arthritis.

Correspondencia: Dr. M.A. Gutiérrez.
Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología.
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Marcoleta, 350. Santiago de Chile. Chile.
Correo electrónico: gutierrez@med.puc.cl

Las espondiloartritis comprenden un grupo de enfermedades que se caracterizan por la afectación axial, especialmente de las articulaciones sacroilíacas y el periférico con predominio asimétrico de las articulaciones de extremidades inferiores, acompañado de manifestaciones extraarticulares en un porcentaje variable¹. Se relacionan con la presencia del complejo mayor de histocompatibilidad, HLA-B27. El grado de asociación varía de forma importante dependiendo de la población estudiada. Aproximadamente el 95% de los pacientes caucásicos con espondilitis anquilosante son B27 positivo².

La frecuencia de HLA-B27 en la población general chilena es del 4%. Este porcentaje varía dependiendo del tipo de enfermedad: 70-80% en la artritis reactiva, 50% en la artritis psoriática y 0-10% en las espondiloartritis indiferenciadas.

Se desconocen la frecuencia, la incidencia y la prevalencia de las espondiloartritis en la población general chilena.

El objetivo de nuestro trabajo es describir las principales características de la espondiloartritis y sus subgrupos en los pacientes chilenos incluidos en el Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA). Esta caracterización clínica y demográfica permitirá una evaluación de las semejanzas y las diferencias entre los distintos países iberoamericanos participantes en este registro.

Material y métodos

Estudio descriptivo y transversal de un grupo de pacientes chilenos con espondiloartritis, incluidos en el RESPONDIA. Los pacientes cumplían los criterios europeos de espondiloartritis y se les seleccionó entre enero de 2006 y diciembre de 2007.

Centros participantes

El estudio se llevó a cabo en 5 centros de Chile: de la ciudad de Santiago, el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el Hospital San Juan de Dios, el Hospital San Borja Arriarán y el Hospital del Salvador; de la ciudad de Valparaíso, el Hospital Van Buren. La metodología general, incluidos los criterios de inclusión, variables recogidas, funcionamiento del sistema electrónico y análisis de los datos, se exponen en el artículo de Vázquez Mellado et al publicado en esta misma revista. El comité de ética de los respectivos hospitales aprobó el protocolo y la carta de consentimiento, y todos los pacientes incluidos firmaron el consentimiento informado.

Características principales del país y de la población chilena

La superficie de Chile americano se calcula en 756.626 km², que aumenta a 2.006.096 km² al incluir el territo-

rio antártico e insular³. De acuerdo al último censo del año 2002, la población es de 15.116.436 habitantes (16.465.000 habitantes el año 2006 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]), de los cuales 7.447.695 son varones (49,3%) y 7.668.740 (50,7%), mujeres. El 25,7% de la población es menor de 15 años y el 11,4% tiene 60 o más años. La tasa de crecimiento anual en este último decenio es de 1,2 personas por cada 100 habitantes⁴.

La mayoría de la población chilena es mestiza (mezcla de europeos y amerindios) y, según el último censo, el 4,6% de la población total del país se considera perteneciente a grupos étnicos, el 87,3% corresponde a los mapuches y el 7%, a los aimaras. El 95,8% de la población de 10 o más años es alfabeto y la escolaridad media es de 9,9 años⁴.

El producto interno bruto (PIB) per cápita es de 9.871 dólares (ingreso nacional bruto per cápita 11.270 dólares, según la OMS), la esperanza de vida es de 77,74 años (74,8 años para los varones y 80,8 años para las mujeres) y la tasa de mortalidad infantil es de 7,8/1.000.

El gasto total en salud como porcentaje del PIB es del 5,4% (año 2005, según la OMS). El sistema de salud chileno es mixto, compuesto de fondos y prestadores públicos y privados. El sistema público cubre aproximadamente el 62% de la población, mientras que el privado cubre al 22%. El 16% restante corresponde al sistema de las fuerzas armadas o no tienen ningún sistema⁵.

Análisis estadístico

El análisis de este estudio es fundamentalmente descriptivo. Se utilizó el test de ANOVA para las comparaciones entre los subgrupos de espondiloartritis.

Resultados

En el estudio se incluyó a 109 pacientes, con 66 varones (58,4%) con edad media \pm desviación estándar de 42 \pm 22 años. En la tabla 1 se presentan las características demográficas. El diagnóstico más frecuente en este grupo de pacientes fue el de espondiloartritis anquilosante (58,7%) y, en segundo lugar, el de artritis psoriásica (25,6%) incluidas tanto aquellas con afectación articular periférica (18,6%), como las de afectación exclusivamente axial (6,2%) (fig. 1). La edad media \pm desviación estándar al inicio de los síntomas fue de 35,3 \pm 14 años, y el tiempo de evolución media entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 7,1 años (1-29 años). En 13 pacientes (13,3%) había historia familiar de espondiloartritis.

La forma de inicio más frecuente fue la combinación de afectación axial y articular periférica (42,5%), seguida

TABLA 1. Características demográficas (n = 109)

Número (%)	
Varones/mujeres	60/40
Edad	42 (22,8)
Grupo étnico	
Blanca	19 (16,8)
Blanca-indígena	73 (64,6)
Negra-indígena	1 (0,9)
Otras	2 (1,8)
Profesión	
Universitario	16 (14,2)
Técnico	24 (21,2)
Empleado	8 (7,1)
Obrero especializado	32 (28,3)
Obrero no especializado	14 (12,4)
Estudios	
Universitario	18 (15,9)
Bachillerato	16 (14,2)
Secundaria	38 (33,6)
Primaria	22 (19,5)
Laborales	
Trabaja	45 (39,8)
No trabaja	23 (20,4)
Estudiante	3 (2,7)
Jubilado por edad	6 (5,3)
Incapacidad laboral	42 (40,7)
Transitoria	11 (9,7)
Permanente	31 (27,4)

de afectación axial exclusiva (36,3%) y afectación periférica exclusiva (9,7%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes acumuladas durante la evolución fueron el dolor lumbar inflamatorio (74,3%) y la artritis de las extremidades inferiores (59,3%) (tabla 2). El dolor glúteo alternante y las entesitis se observaron en la mitad de los pacientes. La dactilitis se encontró en el 15,9% de los pacientes y la tarsitis en el 12,4%.

Respecto a las manifestaciones extraarticulares, la más frecuente fue la uveítis (18,6%), seguida por afectación ungueal (8%), cardíaca (5,3%) y pulmonar (2,7%). Dos pacientes tuvieron pustulosis palmoplantar, un paciente tuvo balanitis y un paciente tuvo afectación renal (tabla 2).

El tratamiento incluyó antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en la mayoría de los pacientes (83,4%), metotrexato en el 44% y sulfasalacina en el 27,5% de los pa-

TABLA 2. Manifestaciones clínicas acumuladas durante la evolución

	Número (%)
Articulares	
Dolor lumbar inflamatorio	84 (74,3)
Artritis, extremidades inferiores	67 (59,3)
Dolor glúteo alternante o sacroilíaco	58 (51,3)
Entesitis	57 (50,4)
Dolor cervical	38 (33,6)
Artritis, extremidades superiores	28 (24,8)
Dactilitis	18 (15,9)
Dolor coxofemoral	15 (13,3)
Tarsitis	14 (12,4)
Extraarticulares	
Uveítis	21 (18,6)
Afección ungueal	9 (8)
Cardíacas	6 (5,3)
Pulmonares	3 (2,7)
Pustulosis palmoplantar	2 (1,8)
Neurológicas	2 (1,8)
Renales	1 (0,9)
Balanitis	1 (0,9)
Acné conglobata	0

cientes. El 40,3% de los pacientes usaban glucocorticoides. El uso de leflunomida fue muy bajo (3,6%) y los antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) se usaron, de forma excepcional, en 3 pacientes, infliximab, y en 2, etanercept (fig. 2).

El BASDAI (del inglés Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) medio en este grupo fue de 4,9 y el BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Activity Index), de 4,5. El Schober fue de 3,3, la expansión torácica de $3,2 \pm 1,6$ y el número de articulaciones inflamadas fue de $1,5 \pm 2,9$ (tabla 3).

Subgrupos

Los subgrupos más frecuentes fueron espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, espondiloartritis indiferenciada y espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (fig. 1).

En la tabla 4 se muestran las características clínicas de los diferentes subgrupos. Las diferencias entre grupos fueron la edad, el tiempo de evolución al momento

TABLA 3. Clinimetría del grupo global de espondiloartritis

BASDAI, puntuación	4,9 (2,4)
Articulaciones inflamadas, n	1,5 ± 2,9
Entesis adoloridas, n	3,3 ± 3,2
EVA actividad, médico	3,6 ± 2,5
EVA dolor, última semana, noche	4,6 ± 3,3
EVA dolor, última semana	4,7 ± 3,2
EVA global del paciente	5,3 ± 3,0
VSG, mm/h	21,7 ± 18,1
PCR	16,2 ± 24,5
BASFI, puntuación	4,5 ± 3,0
Schober modificado, cm	3,3 ± 1,8
Expansión torácica, cm	3,2 ± 1,6
Distancia dedos-suelo, cm, media (mín.-máx.)	17,4 ± 0-60
Distancia occipucio pared, cm, media (mín.-máx.)	3,9 ± 0-20
SF12, puntuación	

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Activity Index; EVA: escala visual analógica (cm); PCR: proteína C reactiva; SF12: Short Form Health Survey; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Valores expresados como media ± desviación estándar, excepto que se especifique otro.

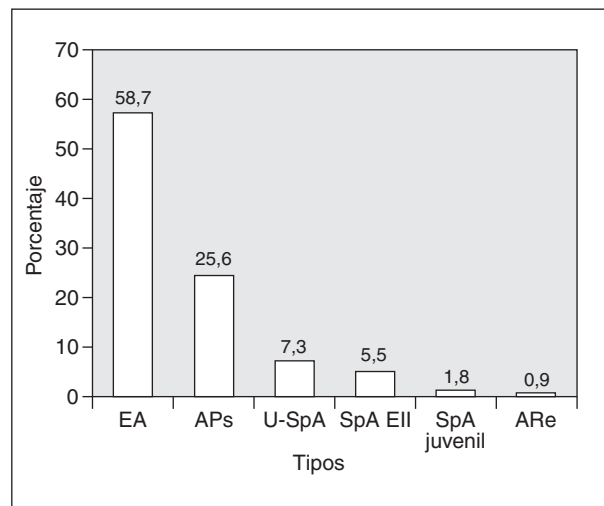


Figura 1. Subgrupos diagnósticos de 109 pacientes con espondiloartritis. APs: artritis psoriásica; ARe: artritis reactiva; EA: espondilitis anquilosante; SpA EII: espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal; SpA juvenil: espondiloartritis juvenil; U-SpA: espondiloartritis indiferenciada.

del diagnóstico, la presencia de dolor lumbar inflamatorio, dolor sacroilíaco y artritis de las extremidades superiores.

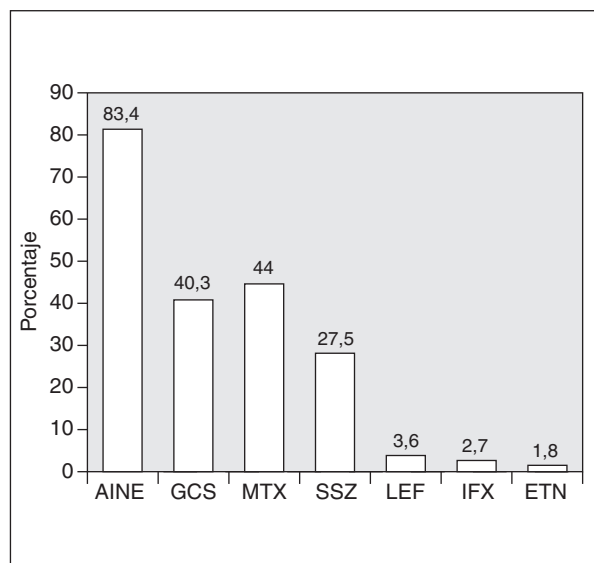


Figura 2. Medicamentos utilizados como tratamiento de las espondiloartritis. AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ETN: etanercept; GCS: glucocorticoides; IFX: infliximab; LEF: leflunomida; MTX: metotrexato; SSZ: sulfasalacina.

En la clinimetría, las principales diferencias fueron el número de articulaciones inflamadas, la escala visual analógica (EVA) del dolor nocturno, la velocidad de sedimentación globular y la distancia occipucio pared.

Respecto a la espondilitis anquilosante, la mediana del tiempo de evolución antes del diagnóstico fue de 2 años y las manifestaciones acumuladas durante este período en la mayoría de los pacientes consistieron en síntomas y signos axiales.

El perfil clínico del grupo con artritis psoriásica es muy parecido al anterior; sin embargo, tanto la edad al inicio como el tiempo de evolución al diagnóstico es menor; asimismo, la afección periférica ocurrió con mucha más frecuencia que la axial.

El subgrupo con espondiloartritis indiferenciada se caracteriza por la combinación de síntomas y signos axiales y periféricos, estos últimos de forma predominante de las extremidades inferiores. Es además la forma clínica con menor tiempo de evolución de la enfermedad en el momento del diagnóstico. La artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal fue menos frecuente (5,5%) y con igual distribución de la afectación axial y periférica (tabla 4). La artritis reactiva fue llamativamente infrecuente en nuestro grupo de pacientes (0,9%) (fig. 1).

Respecto a la tipificación HLA-B27, sólo en 70 pacientes de los 109 (66,4%) se dispuso del resultado del examen. El 73,3% de los pacientes con espondilitis anquilosante fue HLA-B27 positivo, el 20% de las artritis psoriásicas, el 57,1% de las espondiloartritis indiferenciadas y el 50% de las espondiloartritis asociadas a enfermedades inflamatorias intestinales (fig. 4).

Figura 3. Medicamentos empleados como tratamiento en pacientes con espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, espondiloartritis indiferenciada y espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal. AINE: antiinflamatorios no esteroideos; APs: artritis psoriásica; EA: espondilitis anquilosante; ETN: etanercept; GCS: glucocorticoides; IFX: infliximab; LEF: leflunomida; MTX: metotrexato; SpA EI: espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal; SSZ: sulfasalacina; U-SpA: espondiloartritis indiferenciada.

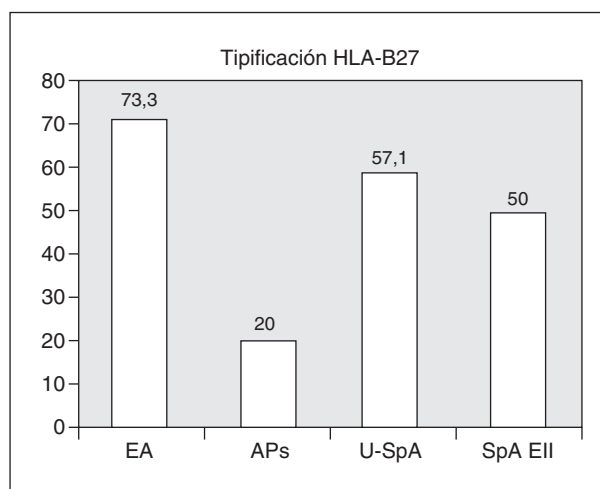
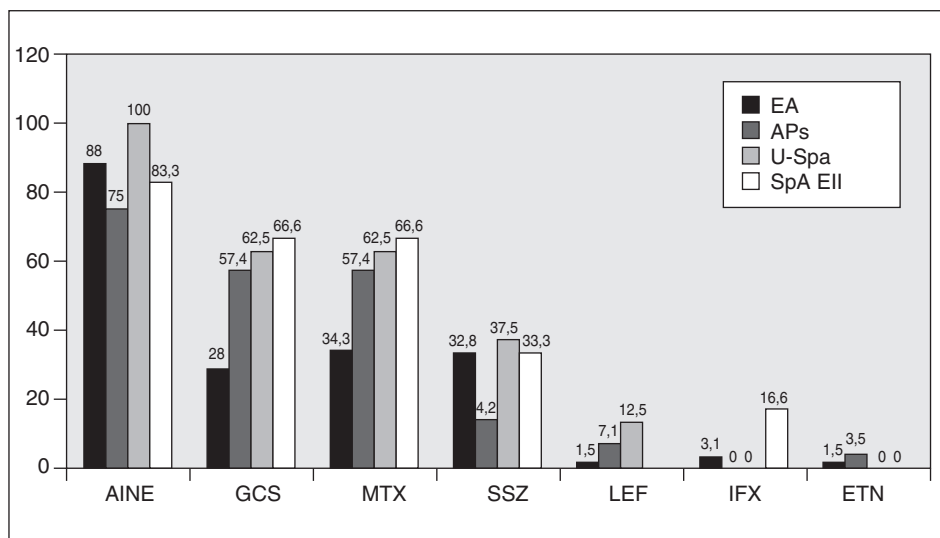


Figura 4. Porcentaje de positividad para el antígeno HLA-B27 en los subgrupos de espondiloartritis. APs: artritis psoriásica; EA: espondilitis anquilosante; SpA EI: espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal; U-SpA: espondiloartritis indiferenciada.

Discusión

Nuestros datos muestran que en este grupo de pacientes chilenos con espondiloartritis la forma clínica más frecuente es la espondilitis anquilosante (58,7%) y, en segundo lugar, la artritis psoriásica (25,6%). Esta distribución de subgrupos de espondiloartritis es similar a la descrita en poblaciones caucásicas. El registro español (REGISPONSER) recientemente publicado tuvo un 61% de pacientes con espondilitis anquilosante y 21% de artritis psoriásica⁶. Menos frecuentes fueron las formas de espondiloartritis indiferenciada (7,3%) y la es asociada a enfermedad infla-

matoria intestinal (5,5%). Particularmente infrecuente fue en nuestros pacientes el diagnóstico de artritis reactiva (0,9%), menor que lo descrito previamente en poblaciones con características comparables⁷. Esto podría explicarse por una exposición menor a infecciones producto de la mejoría de las condiciones de higiene ambiental generales que ha experimentado Chile en los últimos años.

La forma de inicio más frecuente en el grupo general fue la combinación de afectación axial y afectación de las articulaciones periféricas, y la edad de inicio fue superior a lo descrito en el registro español (35 frente a 29 años)⁶. El tiempo medio transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 7 años, similar al REGISPONSER. La espondilitis anquilosante se caracterizó por la presencia de dolor lumbar inflamatorio, dolor glúteo alternante y artritis de las extremidades inferiores en casi el 40% de los pacientes. También fue frecuente el dolor cervical y coxofemoral. La presencia de entesitis se observó en casi el 20% de los pacientes. La mayoría de los pacientes con artritis psoriásica presentaba afectación articular periférica, algo más frecuente en las extremidades inferiores, la mitad de ellos tenía afectación axial con dolor lumbar inflamatorio y un tercio, dolor glúteo alternante. Casi el 30% tenía dolor cervical y el 14% presentó dactilitis.

Respecto al tratamiento, cerca del 80% de los pacientes recibía AINE y el 40% se trataba con glucocorticoides, aunque sólo el 28% de las espondilitis eran anquilosantes. Aproximadamente el 60% de los pacientes recibía metotrexato, excepto aquellos con espondilitis anquilosante que lo recibían en un porcentaje menor (34%). Cerca de un tercio de los pacientes tomaba sulfasalacina, pero sólo el 14% de los pacientes que tenía artritis psoriásica. El tratamiento con leflunomida fue muy

TABLA 4. Descripción de los principales parámetros por subgrupos más importantes

	EA (n = 64)	APs (n = 28)	U-SpA (n = 8)	SpA EII (n = 6)	p*
Datos demográficos					
Varones	44 (68)	14 (50)	4 (50)	2 (33)	0,3
Mujeres	20 (32)	14 (50)	4 (50)	4 (67)	0,3
Edad	43 (14,9)	48 (21,9)	40 (13,7)	47 (15,7)	0,6
Datos clínicos, incluidas manifestaciones acumuladas					
Edad al inicio de los síntomas	31 (13)	39 (14)	31 (13)	37 (17)	0,01
Tiempo de evolución al diagnóstico, media (mín.-máx.)	2,0 (0-35)	7,0 (0-25)	1,5 (1-9)	5,0 (3-14)	0,02
Historia familiar de SpA	8 (12,5)	5 (17,8)	2 (25)	0	0,6
Dolor lumbar inflamatorio	56 (87,5)	14 (50)	7 (87,5)	5 (83,3)	0,0
Artritis de las extremidades inferiores	25 (39)	20(71,4)	5 (62,5)	5 (83,3)	0,01
Entesitis	12 (18,7)	3 (10,7)	3 (37,5)	3 (50)	0,1
Dolor glúteo alternante o sacroiliaco	37 (57,8)	9 (32,1)	7 (87,5)	3 (50)	0,02
Artritis de las extremidades superiores	9 (14)	16 (57,1)	2 (25)	1 (16,6)	0,01
Dolor cervical	27 (42,1)	8 (28,5)	1 (12,5)	2,(33,3)	0,3
Dolor coxofemoral	21 (32,8)	7 (25)	3 (37,5)	0	0,1
Tarsitos	6 (9,3)	1 (3,5)	1 (12,5)	0	0,3
Dactilitis	2 (3,1)	4 (14,2)	0(0)	0	0,3
Clinimetría					
BASDAI, puntuación	4,6 ± 2,4	5,3 ± 2,3	5,5 ± 1,9	4,2 ± 2,6	0,2
Articulaciones inflamadas, n, media (extremos)	0 (0-14)	1 (0-12)	0 (0-5)	0 (0-7)	0,03
Entesis adoloridas, n, media (extremos)	5 (1-35)	2,5 (2-10)	5,22 (0-27)	2(2-4)	0,7
EVA actividad, médico	3,8 ± 2,7	3,2 ± 2,0	3,8 ± 2,8	2,6 ± 2,0	0,5
EVA dolor, última semana, noche	4,89 ± 3,3	3,3 ± 3,3	4,8 ± 2,0	5,1 ± 2,9	0,09
EVA dolor, última semana	4,48 ± 3,1	4,4 ± 3,4	6,0 ± 2,5	6,1 ± 2,7	0,1
EVA global del paciente	4,98 ± 3,0	5,4 ± 3,1	6,5 ± 1,9	5,0 ± 2,8	0,3
VSG, mm/h	18,4 ± 14,6	25 ± 19,5	28,2 ± 36,1	18 ± 8,49	0,09
PCR	13 ± 30	5 ± 9	13,3 ± 30,4	-	0,7
BASFI, puntuación	4,6 ± 3,1	4,6 ± 2,9	4,5 ± 2,3	2,7 ± 2,7	0,5
Schober modificado, cm	2,9 ± 1,7	4,3 ± 2,3	3,3 ± 0,7	3,4 ± 1,0	0,04
Expansión torácica, cm	3,2 ± 1,6	3,1 ± 1,7	3,6 ± 1,5	3,7 ± 1,4	0,9
Distancia dedos-suelo, cm	19,8 ± 17,7	5,4 ± 6,2	12,7 ± 10,6	20 ± 18,5	0,05
Distancia occipucio-pared, cm, media (mín.-máx.)	3 (0-20)	0 (0-8)	0 (0-7,5)	0 (0-8)	0,03

APs: artritis psoriásica; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Activity Index; EA: espondilitis anquilosante; EVA: escala visual analógica (cm); PCR: proteína C reactiva; SpA: espondiloartritis; SpA EII: espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal; U-SpA: espondiloartritis indiferenciada; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Valores expresados como número (%) y media ± desviación estándar, excepto que se especifique otro. *ANOVA de una vía.

bajo (3,6%), debido probablemente al coste mayor del medicamento en Chile. Por último, el tratamiento con

antagonistas del TNF- α es excepcional en nuestros pacientes, debido a la ausencia de cobertura financiera por

parte del sistema de salud estatal encargado de la salud de más del 60% de la población chilena.

Los resultados de este informe presentan un sesgo de selección en la inclusión de los pacientes por parte de los distintos investigadores que han participado en este registro, de modo que no necesariamente es una representación de la realidad de la espondiloartritis en Chile; sin embargo, la distribución de las formas clínicas y sus características tienen similitudes con las del registro español y otras series, lo que hace pensar que es una buena muestra^{6,7}.

En conclusión, el análisis de nuestros datos demuestra un perfil clínico de la espondiloartritis en los pacientes chilenos caracterizado por la combinación de manifestaciones axiales y periféricas.

Bibliografía

1. Arnett F. Seronegative spondyloarthropathies. *Bull Rheum Dis.* 1987;37:1-12.
2. Wordsworth P. Genes in the spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am.* 1998;24:845-63.
3. Gobierno de Chile. Gobierno de Chile, Geografía Nacional. www.gobiernodechile.cl; 2007.
4. INE. Síntesis de resultados XVII censo de población y VI de vivienda, Instituto Nacional de Estadísticas Chile. www.INE.cl; 2003.
5. OPS. Perfil del sistema de servicios de salud Chile, Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org; 2002.
6. Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernández-Sueiro JL, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONER)-extended report. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:1309-15.
7. Lau CS, Burgos-Vargas R, Louthrenoo W, Mok MY, Wordsworth P, Zeng QY. Features of spondyloarthritis around the world. *Rheum Dis Clin North Am.* 1998;24:753-70.