

MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CIUDAD DE
EVA PERON
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ARTROPATIA PSORIASICA

Tesis de
doctorado

de

CARLOS JOSE BARBAGELATA

Padrino de Tesis
Profesor Doctor
JUAN LOGASCIO

1 9 5 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE RYA PERON

AUTORIDADES

RECTOR:

Ing. Carlos Pascali

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Carmelo Pucciarelli

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Sr. José Muñoz

PROSECRETARIO GENERAL:

Dr. Juan Carlos Nieves

CONTADOR GENERAL:

Prof. Enrique Jorge Matens Barbier

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICASAUTORIDADES

DECANO:

Prof. Dr. Alberto Gascón

VICEDECANO:

Prof. Dr. José P. Uslenghi

SECRETARIO:

Dr. Flavio J. Briasco

PROSECRETARIO:

Don Rafael G. Rosa

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. José P. Uslenghi

- " Carlos Floriani
- " " Fidel A. Maciel Crespo
- " " Enrique C. Baldassarre
- " " Valentín C. Girardi
- " " Ernesto L. Othaz
- " " Pedro A. Crocchi
- " " Aldo W. Imbriano
- " " Francisco Martone
- " " Manuel M. del C. Torres

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERON

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophile Francisco

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M. - Cl. Oftalmológica

" Baldasserre Enrique C. - F. F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés C. - Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A. - Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F. - Medicina Operatoria

" Carreño Carlos V. - Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R. - Cl. Pediátrica y Puericultura

" Corazzi Eduardo S. - Patología Médica Ia.

" Chritsmann Federico F. B. - Cl. Quirúrgica Ila.

" D'Ovidio Francisco R. R. - P. y Cl. de la Tuberculosis

" Echave Dionisio - Física Biológica

" Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos - Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto - Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto - Fisiología y Psicología

" Girardi Valentín C. - Ortopedia y Traumatología

" Irigoyen Luis - Embriología e M. Normal

" Lambre Rómulo - Anatomía Ia.

" Lyonnet Julio H. - Anatomía Ila.

" Maciel Crespo Ridel A. - Semiología y Cl. Protopedéutica

" Menso Soto Alberto R. - Microbiología

" Martinez Diego J. J. - Patología Médica Ila.

" Mezzei Egidio S. - Cl. Médica Ila.

X

- Dr. Montenegro Antonio - Cl. Genitourológica**
- " **Monteverde Victorio - Cl. Obstétrica**
 - " **Obiglio Julio R. A. - Medicina Legal**
 - " **Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica**
 - " **Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica**
 - " **Rossi Rodolfo - Cl. Médica Ia.**
 - " **Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica**
 - " **Uslenghi José P. - Radiología y fisioterapia**
 - " **Arditti Rocha Rene - Cl. Psiquiátrica**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERONFACULTAD DE CIENCIAS MEDICASPROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Acevedo Benigno S. - Química Biológica (a cargo de curso)
- " Andrieu Luciano M. - Cl. Médica Ia.
- " Barani Luis T. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Bach Víctor Eduardo - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria
- " Bellingi José - P. y Cl. de la Tuberculosis
- " Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica
- " Briasco Flavio - Cl. Pediatría y Puericultura
- " Celzetta Raúl V. - Semiología y Cl. Tropedéutica
- Carri Enrique L. - Parasitología
- " Cartelli Natalio E. - Cl. Genitourrológica
- " Castedo César - Cl. Neurológica
- " Castillo Odena Isidro - Ortopedia y Traumatología
- " Ciafardo Roberto - Cl. Psiquiátrica
- " Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica
- " Curcio Francisco L. - Cl. Neurológica
- " Chescotta Néstor A. - Anatomía Ia.
- " Crocchi Pedro A. - Radiología y fisioterapia
- " Dal Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología
- " De Lena Rogelio E. A. - Higiene y M. Social
- " Dragonetti Arturo - Higiene y M. Social
- " Dussaut Alejandro - Medicina Operaria
- " Dobric Beltran Leonardo L. - P. y Cl. de la Tubercul.
- " Fernandez Audicio Julio - Cl. Ginecológica
- " Fuertes Federico - Cl. de enf. inf. y P. Tropical
- " Garibotto Roman O. - Patología Médica II
- " Garcia Olivera Miguel A. - Medicina Legal

- Dr. Englio Irma C. de - Cl. Oftalmológica
- " Girotto Rodolfo - Cl. Genitourinológica
- " Gotusso Guillermo - Cl. Neurológica
- " Guixá Héctor Lucio - Cl. Ginecológica
- " Gorosterzu Carlos Mario - Anatomía Ila.
- " Ingratta Ricardo N. - Cl. Obstétrica
- " Imbriano Aldo Enrique - Fisiología y Psicología
- " Lescano Eduardo Florencio - Anatomía y P. Patológicas
- " Logascio Juan - Patología Médica
- " Loza Julio César - Higiene y M. Social
- " Lozano Federico - Cl. Médica Ia.
- " Mainetti José María - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Martini Juan Livio - Cl. Obstétrica
- " Manguel Mauricio - Cl. Médica Ila.
- " Marini Luis C. - Microbiología
- " Martinez Joaquín D. A. - Semiología y Cl. Propedéutica
- " Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías - P. y Cl. de la Tuberculosis
- " Michelini Raúl T. - Cl. Quirúrgica Ila.
- " Morano Brandi José F. - Cl. Pediatría y Puericult.
- " Moreda Julio M. - Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo - Pat. Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo - Pat. Médica
- " Pereira Roberto F. - Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Elías Herberto - M. e N. Normal(a carg. de c.
- " Prini Abel - Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl P. - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Polizzi Amleto - Medicina Operatoria
- " Ruera Juan - Patología Médica Ia.
- " Sanchez Héctor J. - Patología Quirúrgica

- Dr. Torres Manuel M. del C. - Cl. Obstétrica**
- " **Trinca Saúl - Cl. Quirúrgica 11a.**
 - " **Tau Ramón - Semiología y Cl. Propédeutica**
 - " **Tosi Bruno - Cl. Oftalmológica**
 - " **Tropeano Antonio - Microbiología**
 - " **Tolosa Emilio + Cl. Otorrinolaringológica**
 - " **Vanni Edmundo C. - Semiología y Cl. Propedéutica**
 - " **Vazquez Pedro C. - Patología Médica 11a.**
 - " **Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica**
 - " **Zabludovich Salomón - Cl. Médica 11a.**
 - Zatti Herminio - Cl. de enf. inf. y P. Trop.**
 - " **Roselli Julio - Cl. Pediatría y puericultura**
 - " **Schaposnik Fidel - Cl. Médica 11a.**
 - " **Casno Héctor Vicente - Cl. Médica 1a.**
 - " **Cabarron Arturo - Cl. Médica 1a.**
 - " **Martone Francisco - Higiene y M. Social**

A mis padres

A mi esposa

- Al amigo y distinguido reumatólogo
Dr. Alfredo C. Caruso, a quien agradezco su colaboración y su valiosa enseñanza en el estudio de las afecciones reumáticas.

A José L. Canevaro como reconocimiento
de su gratitud y amistad.

ARTROPATHIA PSORIASICA

La circunstancia de haber tenido oportunidad de examinar durante mi concurrencia al Centro Antirreumático varios casos de artropatías relacionadas con psoriasis, nos ha llevado a profundizar el estudio del tema; siendo este el motivo de la presente tesis, en la que nos ocupamos de las manifestaciones clínicas de este síndrome, cuya etiopatogenia no ha sido dilucidada aún.

SINONIMIA

Artropatía psoriásica, psoriasis artropática, poliartritis psoriásica, artritis psoriásica.

HISTORIA

Con Alibert (1822), Gibert (1839) y Cazenave pertenecientes a la escuela de Saint Louis, se señalaron por vez primera las relaciones de la psoriasis con ciertas artropatías. Es Devergie (1854) quien sostiene la existencia de un reumatismo psoriásico y crea con Bazin (1878) el término de "psoriasis artrítico". Duron considera y estudia el reumatismo crónico fibroso psoriásico. Bourdillón en su tesis (1888) señala el psoria -

sis artropático, como una entidad distinta de los reumatismos hasta entonces estudiados.

Se inicia una serie innumerable de trabajos a este respecto (Darier, Millian, Weissenbach, Adrien, Ganod, Evans, Mench, Langlois, Bouwen Van Der Boijen, Hunt, Dawson y Tysson, Hallopeau, Koshlin, Shirmunsky, Gurth, Marañon, Senra, Alvarez Cascos; entre nosotros, Castex, Maggi y Lorenzo), contribuyendo a la interpretación clínica y etiopatogénica de esta asociación. Así se sucedieron las opiniones más dispares: desde la teoría diatésica de Bazin, siguiendo la nerviosa de Bourdillon, luego la búsqueda en el campo de la endocrinología (Meineri, Brocq, Labbé, Besanzon, Koshlin y otros).

La teoría infecciosa, en especial la tuberculosa, sostenida por Millian (1907), siendo partidarios Gaucher, Courmont, Bouwens Van Der Boijen. En 1939, Thurt, interpreta esta asociación a través de un mecanismo alérgico. Entre nosotros, Castex, Maggi y Lorenzo, consideran dicho mecanismo, donde parece intervenir además la infección estreptocócica.

FRECUENCIA

Resulta imposible concretar estadísticas con estos enfermos que según la intensidad de sus molestias,

concurren para su tratamiento a los servicios de piel o al clínico o al reumatólogo. Consultando las más autorizadas y en las halladas entre enfermos reumáticos, encontremos que Weissenbach, de una frecuencia de un 7 por ciento. Pringle encuentra 0.8 por ciento en 2.500 casos de artritis reumatoideas, Dawson y Tysson, sobre 1.000 reumáticos anota un 2,6 por ciento de psoriásicos, Fletcher (1947) en 254 casos de artritis reumatoideas encuentra un 3,1 por ciento.

Nosotros consultando las fichas clínicas de los enfermos concurrentes al Centro Antirreumático que dirige el Profesor Aníbal Ruíz Moreno, hemos encontrado el 1,2 por ciento durante los años 1951 al 30 de agosto de 1952. Las cifras encontradas entre psoriásicos son demostrativas: Besnier, Bourdillón y Doyon dan un 5 por ciento de reumáticos. Larre y Crawford, entre 274 casos, encuentra 74 (32 por ciento) con artritis y de estos, 14 con psoriasis artropático verdadero, en el concepto restringido de Hench. Tobias encuentra artritis en un 8 por ciento, Gougerot y Coste encuentran un 21 por ciento. Dawson y Tysson señalan gran dispersidad en la frecuencia de la asociación psoriasis-artritis y psoriasis-artrosis, como así también lo hace notar Flechter, hallando en 253 casos de artrosis el 0.78 por ciento y en 253 casos de artritis el 3,1 por ciento.

SEXO

Las estadísticas indican cifra aproximadamente igual en hombres y mujeres.

EDAD

Excepcional en la infancia y rara en las edades extremas, la frecuencia aumenta a partir de los 20 años y su máximo oscila entre los 30 y 50 años.

CONCEPTO

De la revisión bibliográfica se observa que los autores tienen opiniones divergentes respecto de la asociación artritis reumatoidea y psoriasis. Algunos aceptan el síndrome como una entidad, reduciendo sus límites, y separando los casos que según ellos son meras asociaciones ocasionales y señalan la artritis psoriásica o psoriasis artropática verdadera y la artritis reumatoidea con psoriasis y agrega que el primer grupo tiene las siguientes características clínicas.

1) Lesiones psoriásicas con caracteres y distribución atípica. Las manos y pies deben estar afectados constantemente.

2) El ataque debe coincidir o preceder a las manifestaciones reumáticas, pero las exacerbaciones de uno y otro deben ser simultáneas.

3) Las artritis aunque del tipo reumático debe mostrar predilección por las falanges distales. Apartándose de las características mencionadas, consideren a la asociación como fortuita (Hench, Slocumb, Epstein, Zollner, etc.).

Otros autores, consideran la asociación psoriasis-reumatismo crónico, como una entidad sindrómica patente (Bourdillon, Darier, Poncet, y los conceptos más recientes de Weissenbach, Gougerot, Coste, Weil, Hunt, Barsantini, Fischer, Korn, Barceló, Querol y otros. Finalmente otros niegan personalidad a este síndrome, considerando la existencia de estas dos afecciones, como simple coincidencia (Nielsen, Sella, Menzer, Yadasohn, Pollitzer, Bauer, Marañón, Huel, Castex y otros, concluyendo este último, en colaboración con Maggi y Lorenzo que:

a) La artropatía no depende de la psoriasis ni de su forma clínica, ni de su evolución.

b) La psoriasis evoluciona en su mayor frecuencia sin manifestaciones articulares, y cuando existen, son artritis ya sea de tipo atrófico o hipertrófico y hasta aún de la típica enfermedad de Bouillaud.

c) La coexistencia parece explicarse por un mecanismo alérgico, engendrado por una infección estreptocócica.

ETIOLOGIA

La etiopatogenia del psoriasis artropático que ha sido preocupación de los diversos autores, no ha sido aún aclarada, como en definitiva tampoco lo ha sido ninguna de las dos afecciones por separado: psoriasis y reumatismo. Algunos consideran una posible predisposición hereditaria, cuyo mecanismo es ignorado (Piñol Aguadé, Barceló, Rotes Querol) afirmando otros la particular predisposición a las enfermedades del mesénquima (Hanhard, Hargarter). Hoede ha encontrado antecedentes de reumatismo y psoriasis entre los familiares de enfermos que padecieron psoriasis artropático y este autor encuentra, que el dato es más frecuente que en los psoriásicos simples. Epstein encuentra el factor herencia presente en un 25 por ciento de sus casos.

Los autores franceses han destacado la importancia preponderante del bacilo de Koch en el psoriasis artropático, que por otra parte sostienen en las dos afecciones por separado. Se han publicado casos en el cual se han encontrado lesiones pulmonares. Millian con tuberculina consigue la aparición de una erupción psoriasiforme en una artritis reumatoidea. Weissebach en sus experiencias, consigue la positividad al Koch,

inoculando líquido proveniente de una punción articular en un enfermo con hidrartrosis con reumatismo psoriásico.

Otros autores, difieren en sus resultados y han fracasado en sus inoculaciones. Lo breve de la estadística y los resultados dispares de los diversos investigadores, no permiten concretar definitivamente el papel del koch en el psoriasis artropático. Por otra parte si el bacilo de Koch fuese uno de los factores, lo sería en un limitado número de casos y las lesiones histológicas, serían del tipo de la inflamación inespecífica de Poncet.

El papel del foco séptico ha sido considerado de importancia en este síndrome. El hecho de que algún caso aislado de psoriasis artropático haya podido experimentar mejoría con la extirpación de un foco séptico, no hace que se le considere como causa etiológica.

En la clínica es dable observar enfermos a quienes se le han extirpado las amígdalas, dientes, apéndice y el enfermo no tener ninguna mejoría cutáneo-articular. Por eso en la mayoría de los casos la clínica no autoriza a aceptar el papel etiológico del foco; aunque es evidente que todo foco séptico por norma debe ser eliminado, por el simple hecho de ser una causa

más en la disminución de defensas del organismo. Los reumatólogos norteamericanos que han sido firmes defensores de la infección focal, no creen ya en la curación de una artritis reumatoidea por la extirpación de un foco séptico. Por último se ha buscado la prueba histológica sin obtener resultados satisfactorios (Crawson).

Las probables etiologías endócrinas, infecciosas, metabólicas, etc., no han tenido comprobación hasta la fecha. Acaso deba tenerse en cuenta (Querol, Barceló) la posibilidad de que en el psoriasis exista una perturbación del metabolismo lipóideo.

A propósito de la teoría infecciosa, es de hacer notar que en los enfermos de reumatismo psoriásico, la evolución de los brotes agudos o sub-agudos, frecuentemente observados, con ligera elevación térmica, hicieron pensar en la existencia de una causa infecciosa.

Jaussion sostiene su teoría hiperérgica, atribuyendo la psoriasis a una reacción alérgica-hiperérgica de la piel, análogamente a lo sostenido por Klinger para el reumatismo.

Samberger considera en la actualidad la psoriasis como una dermatosis constitucional, condicionada

por una tendencia reaccional: la disposición o diátesis paraqueratósica.

En cuanto al mecanismo patogénico, algunos piensan que una misma causa o varias, sean las que originen las manifestaciones cutáneas y articulares. La evolución simultánea en la gran mayoría de los brotes haría valedera esta suposición. En estrecha vinculación con la artropatía psoriásica, se ha querido ver una misma causa y un mismo mecanismo patogénico entre la artritis reumatoidea y la psoriasis, considerando aisladamente a ambas afecciones. (F. Hunt, etc.).

Los elementos de apoyo de esta hipótesis serían los siguientes:

1) Distribución geográfica. Tanto la psoriasis como la artritis reumatoidea, son más abundantes en zonas templadas.

2) Recrudescencias estacionales. Ambas tienen predilección para la reactivación primaveral y remiten principalmente en verano.

3) Predisposición familiar. Ambas tienen tendencia a ocurrir en la misma familia.

4) La evolución crónica por brotes de las dos afecciones.

5) Histología: Civatte y Zorn establecen un paralelismo entre las lesiones dérmicas halladas en el psor-

riasis y las lesiones encontradas en el reumatismo, refiriéndose a las alteraciones sinoviales.

6) Terapéutica. Algunos medicamentos útiles en la artritis reumatoidea, lo son también en el psoriasis.

A estas analogías encontradas puede oponerse el hecho de que en la artritis reumatoidea existen alteraciones humorales que no se encuentran en la psoriasis.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las alteraciones sinoviales de las artritis psoriásicas, son las mismas que las de la artritis reumatoidea, aunque ambas afecciones pueden coincidir; ciertos hechos clínicos justifican para algunos autores, la descripción separada; como es la afectación de la articulación interfalángica distal, frecuentemente tomada en pacientes con psoriasis y artritis reumatoidea, la que por el contrario rara vez es tomada en la artritis reumatoidea propiamente dicha.

También hay tendencia a la evolución paralela de las lesiones de piel y las articulares, que suelen mejorar o empeorar en forma simultánea.

Las alteraciones en la psoriasis son típicas. Existen alteraciones epidérmicas (Paraqueratosis y acan-

tosís) y dérmicas (papilomatosis), alargamiento de las papilas, con dilatación capilar, edema papilar y un ligero infiltrado celular con mononucleares y polinucleares neutrófilos que pueden encontrarse en las capas epidérmicas.

SINTOMATOLOGIA

Las manifestaciones cutáneas suelen ser las primeras en aparecer. El reumatismo las sucede, haciéndolo a veces tardíamente, aunque pueden ambas manifestaciones superponerse y aún la dermatosis suceder a la artritis.

Epstein, encuentra que la psoriasis precede al reumatismo en un 79% de sus casos. Langdon lo encuentra en un 78%. Con menor frecuencia se presentan las manifestaciones articulares antes de la dermatosis, publicándose algunos casos al respecto (Bourdillón, Falk, Jordán, Barsantini, etc.).

En uno de los casos que refiero, el interrogatorio y la evolución han permitido constatar esta eventualidad.

Generalmente es dable observar una evolución paralela de ambas, ya que un brote cutáneo corresponde a la exacerbación de lesiones articulares ya existentes, o a la aparición de nuevas articulaciones afectadas.

La manera de comienzo de la dermatosis es variable, haciéndolo habitualmente por un brote de psoriasis común, que asienta en los sitios predilectos; cuero cabelludo, codos, rodillas, región sacra, superficies de extensión. Este primer brote suele curar, siendo seguido de otros más rebeldes, de los que restan placas acantonadas en los puntos de mayor resistencia; cuero cabelludo, codos, rodillas. En una de las recidivas, a veces muy alejadas del brote inicial, aparecen las primeras manifestaciones articulares.

En raras ocasiones la psoriasis es aguda desde sus comienzos, generalizándose rápidamente y las manifestaciones articulares también son de gran intensidad.

Las eflorescencias se localizan preferentemente en cuero cabelludo y la mayoría de los autores han encontrado afectadas frecuentemente las uñas. Naegeli considera un 50 por ciento de psoriásicos con onicopatías. Waelsch, Sroff, Strauss, hallan un 55 por ciento, lo que difiere de la proporción encontrada entre psoriásicos sin artropatía, hallando Nielsen un 10 por ciento entre sus casos y Nobl un 14 por ciento.

Las características de las lesiones suelen adoptar las más variadas formas, desde la psoriasis generalizada, hasta las formas localizadas; adoptando la disposición en placas de tamaño variable, cubiertas de es-

camas con tendencia a exfoliarse en láminas secas, friables.

Algunas lesiones se presentan duras, infiltradas, cubiertas de escamas adherentes (psoriasis rupioide). Otras lesiones pueden ser, de tipo pustuloso (psoriasis pustulosa). Los elementos son variables en tamaño, desde la cabeza de un alfiler, gota de cera, o moneda, hasta las placas extensas que cubren toda una región.

Hay tendencia a la simetría y disposición de los elementos en los sitios de piel más expuestos a los roces y traumatismos, ya enumerados. Las uñas tienen un aspecto cribado en dedal de coser, presentando además estrías transversales y longitudinales.

En cuanto a las manifestaciones articulares, se trata en general de artritis y no de artrosis, conigiurando en su mayor frecuencia la artropatía psoriásica, el tipo fundamental de la artritis reumatoidea. Habitualmente son poliartritis que tienen tendencia a producir lesiones secas, retráctiles, esclerosas, atróficas, cualquiera que haya sido la forma de comienzo.

Una de las peculiaridades de localización y sobre la que Hench ha llamado la atención, consiste en la gran tendencia que tiene la artropatía psoriásica de afectar las articulaciones interfalángicas distales de

los dedos de las manos y pies, siendo que en la artritis reumatoidea propiamente dicha, esta localización es rara o bien tardía, ya que se toman preferentemente las interfalángicas proximales.

Hench, teniendo en cuenta esta localización frecuente, al igual que otros autores, han querido delimitar la entidad artropatía psoriásica.

La exploración permite observar las articulaciones terminales enrojecidas y tumefactas, dolorosas a la palpación. Otras veces pueden no estar presentes los signos inflamatorios y sólo encontrar ligero dolor a la movilidad y alteraciones a través del examen radiológico.

Las articulaciones interfalángicas distales se afectan desde un solo dedo, especialmente el índice y el medio, hasta todos ellos. Las otras articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, suelen afectarse también.

Al comienzo puede hacerse por otras articulaciones: codos, muñecas, rodillas.

Los reumatólogos españoles (Barcelo, Aguado, Querol), aceptan el concepto de Hench, pero con ciertas reservas, reconociendo la mayor frecuencia de localización de las lesiones en las interfalángicas distales; como así mismo las onicopatías que dan mayor personali-

dad a este síndrome; no obstante haber encontrado estos autores en uno de sus casos, manifestaciones artrálgicas por espacio de 10 años, con una espondilitis reumatoidea que sobrevino tres años después, siendo las manifestaciones artríticas de las pequeñas articulaciones posteriores. Por otra parte esta frecuencia de localización se encuentra en la poliartritis gotosa, y según Boots es común en la artritis reumatoidea de los niños y también en los periodos avanzados de la artritis reumatoidea propiamente dicha de los adultos. Por último algunos autores han encontrado en el psoriasis artropático una mayor frecuencia de lesiones en el raquis, especialmente en columna cervical.

DIAGNOSTICO

Es generalmente fácil y se basa en los caracteres clínicos, humoro-biológicos y radiológicos de la afección. Por otra parte en toda psoriasis es necesario tener bajo vigilancia, toda algia que pueda preludiar un reumatismo sobre todo si ella es tenaz y limitada a un grupo articular determinado.

Al diagnóstico diferencial elimine la coexistencia con la dermatosis de una afección articular independiente de ella: gota aguda o crónica, artropatía tabética, artritis traumática, artritis infecciosas (por

tuberculosis, gonococo, neumococo, lúes), que serán identificados por sus signos propios.

Las infecciosas, incluso las gonocócicas, se descartan por la clínica y el laboratorio. Entre las últimas se buscará el dato de la uretritis gonocócica y el hallazgo del germen en el cultivo del exudado articular, la reacción de fijación y la respuesta terapéutica a los antibióticos.

En ocasiones, las artritis infecciosas focales suelen ser de difícil diferenciación, tanto que entre nosotros Cestex y colaboradores asimilan el reumatismo psoriásico a esta forma de artritis. En las formas agudas, con el reumatismo poliarticular agudo, teniendo en cuenta la ausencia de angina inicial, el ataque articular se hace con más firmeza y tenacidad en oposición a la movilidad y fugacidad de las manifestaciones articulares de la fiebre reumática; la escasa fiebre, pero especialmente, la ausencia de lesiones viscerales y la falta de agresión cardíaca como así mismo la particular resistencia a la terapéutica con salicilatos. Por otra parte en la artropatía psoriásica, tanto las manifestaciones cutáneas, como las articulares, evolucionan por brotes y recidivan constantemente llevando finalmente en lo que a la artropatía se refiere, a la anquilosis y deformaciones.

La queratodermia blenorragica ha sido confundida con la psoriasis pustulosa con artropatías. Las lesiones de piel, suelen localizarse en palmas de manos y planta de pies en forma de elementos duros, amarillentos, rodeados de un halo rojo que curan en 2 ó 3 meses y se observa en las blenorragias graves a menudo septicémicas.

Con la enfermedad de Still, la aperición en la edad juvenil, el inferto esplénico, las adenopatías hacen su carácter diferencial.

FORMAS CLINICAS

Formas	(Artralgias (Psoriasis dolorosos de
	(Besnier)
Frustres	(Mialgias y Neuralgias
	(Reumatismo crónico progresivo (Artritis
	(reumatoidea), la más frecuente.
	(Monoartritis y oligoartritis sub-aguda
	(y crónica
Formas	(Reumatismo crónico fibroso con perier -
Típicas	(tritis fibrosa y miotendinitis escler-
	(rosa
	(Reumatismo generalizado y febril (raro)
	(Espandilitis anquilosante y rizomiélica

PRONOSTICO

El pronóstico de la artropatía psoriásica es en general desalentador. Desconociendo la causa y los factores determinantes de su evolución es imposible prever de una manera absoluta cual será la marcha de un caso determinado. Ambas afecciones por separado son de gran rebeldía a los tratamientos habituales. Por otra parte, iniciadas las manifestaciones articulares, la

tendencia evolutiva llevará en la gran mayoría de los casos, en forma rápida o lenta, a su estado final con anquilosis y deformaciones que transforman al enfermo la mayoría de las veces en un inválido.

Orientan en el pronóstico, la intensidad de las pruebas de actividad, la fiebre, mucho más frecuente en las formas evolutivas rápidas, la dermatosis que cuando es extensa y generalizada agrava aún más el pronóstico; la respuesta al tratamiento áurico, que si es nulo o no se puede llevar a cabo por intolerancia, elimina una medicación eficaz que puede detener o mejorar la marcha del proceso.

Las formas mono u oligoarticulares tienen en general un mejor pronóstico.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la artropatía psoriásica, es idéntico al que se efectúa en ambas afecciones por separado.

La terapéutica empleada es la misma de la artritis reumatoidea, utilizándose en primer término las sales de oro. De esta medicación se han beneficiado muchos enfermos, en los cuales al mejorar las manifestaciones articulares, paralelamente mejoraban las manifestaciones cutáneas. Esta medicación debe ser muy cuida-

dosamente vigilada en estos enfermos, por la particular labilidad de su piel.

Salas de cobre en aquellos en que no se puede hacer crisoterapia, cortisona y A.C.T.H., medicación analgésica: novocaína intravenosa, Irgapyrin, etc. Algunos dan vitamina C a grandes dosis. Además se emplean los cuidados generales y la vigilancia, preservación y corrección de las deformaciones articulares por procedimientos ortopédicos. Instaladas las anquilosis y deformaciones definitivas, se emplea el tratamiento quirúrgico-ortopédico.

En lo referente al tratamiento de las lesiones cutáneas en nada se diferencia del psoriasis en general empleándose: la crisarobina, el ácido pirogálico, la entrarobina, el alquitrán, aceite de enebro, etc. El sistema de Goeckerman O'Leary consiste en combinar una parte de alquitrán de hulla, rayos ultravioletas, baño coloidal de avena y autohemoterapia, dando para algunos los mejores resultados.

- -

A continuación transcribiremos las historias clínicas de dos enfermos estudiados en el Centro Antirreumático de la Facultad de Ciencias Médicas.

Primer caso - S.C., de 63 años, casado, argentino, ha-

turalizado, de profesión comerciante, concurre para su atención el 8 de setiembre de 1952.

Antecedentes hereditarios: Padre vive y es sano, 94 años de edad. Madre fallecida a los 66 años de síncope cardíaco. Fueron 11 hermanos, de los cuales viven 7 y son sanos. Los restantes fallecieron en España ignorando causa. Colaterales sin importancia.

Antecedentes personales. Sarampión y varicela en la infancia. Inicia vida sexual a los 20 años. Niega haber padecido enfermedades venéreas. No fuma desde hace 7 años. Discreto bebedor. Alimentación mixta. Exonera su vientre diariamente. Casado en 2as. nupcias con mujer sana con la cual no ha tenido hijos. Su primera esposa falleció a los 40 años de peritonitis. Con ella ha tenido un hijo sano.

Enfermedad actual. Hace seis meses aproximadamente, empieza con dolor y crujidos en ambas rodillas notando tumefacción de las mismas sin calor local, además de cansancio y pesadez en sus miembros inferiores. Con el reposo mejora su dolor. Además hace un año, con anterioridad a sus manifestaciones, notó dolor y tumefacción a nivel de la articulación interfalángica distal del dedo medio izquierdo, con ligera flexión de la falange terminal. Efectuó diversos tratamientos a base de analgésicos^X comunes, salicilatos, yodo, colchicina,

onda corta, e infrarrojos, con poca mejoría. .

Interrogado sobre su dermatosis, dice haber comenzado hace 23 años, es decir, a los 40 años de edad, por una pequeña placa que señala en el tercio inferior de la cara externa de la pierna izquierda, que no dió mayor importancia y que posteriormente y en sucesivos brotes fué generalizándose a otras zonas de la piel: cuero cabelludo, ambos codos, ambas rodillas, región sacra, etc.

Diagnosticado en un servicio de piel como Pso - riasis, cumple diversos tratamientos, obteniendo alternativas de mejoría y recrudescencia de sus lesiones.

De estos antecedentes vemos, que ^{su} psoriasis lleva una evolución de 23 años y que sus manifestaciones articulares son muy posteriores, relativamente recientes.

Estado actual. Hábito plétórico. Buen estado general
Peso: 84 kilos. Estatura 1,52 m.

Piel. Blanca, seca, elástica, con abundantes lesiones psoriásicas de aspecto escamoso de distribución casi generalizada y a predominio en los planos de extensión. Se observan lesiones en regresión en cuero cabelludo, configurando pequeñas placas que descaman fácilmente de localización en ambos surcos retrosauriculares. En otras zonas del cuero cabelludo, las lesiones se han

blanqueado. El cabello es abundante, en parte encanecido, bien implantado y no cede fácilmente a la tracción. No se encuentran elementos en cara, cuello, tórax, región sacra y abdomen. Las lesiones cutáneas son a predominio en los miembros adoptando una disposición simétrica; afectándose ambos antebrazos, respetando en parte su cara ántero-interna donde los elementos son aislados, ambos codos y dorso de ambas manos.

Los muslos especialmente su tercio medio e inferior presentan placas extensas de contornos irregulares, localizándose en su cara ántero-externa al igual que en las piernas, mientras que en el plano posterior la psoriasis se manifiesta con elementos redondeados de diverso tamaño hasta puntiformes y aún pequeñas placas del tamaño de una moneda de cinco centavos. Ambas rodillas presentan elementos de aspecto polimorfo, donde por otra parte son asiento de las manifestaciones articulares que luego describiré por separado. Ambos pies están exentos de lesiones, excepto a nivel del tendón de Aquiles, donde se observan elementos puntiformes.

La eflorescencia cutánea en su aspecto semiológico es típica. Las lesiones de los miembros inferiores configuran placas extensas de bordes circinados, algunos festoneados, que confluyen tomando un aspecto

irregularmente circular. La superficie está cubierta de escamas secas, nacaradas, abundantes y el raspado permite obtener escamas que se deshacen en un polvillo fino (Signo de la bujía de estearina). Los signos de la membrana despegable (Duncan-Burkley) y de Auspitz son positivos.

En los codos y dorso de manos, los elementos se presentan como manchas rojas, redondeadas, algunas apenas rosados de distinto tamaño, rodeados de un halo pálido. El aspecto de las uñas es muy particular, presentando la lámina ungueal un punteado en dedal; algunas se presentan engrosadas con elevación del lecho ungueal observándose además, estrías transversales y algunas longitudinales.

Articulaciones. Miembros inferiores: La exploración semiológica de la sacro-ilíaca y coxo-femorales no denota particularidad alguna.

Ambas rodillas globulosas, genu varum, presentándose en ligera flexión. La piel adelgazada, sobre ella asientan las lesiones ya descritas. Hay tumefacción de las mismas, sin signos de flogosis, sin hidrartrosis. La palpación de la interlínea despierta ligero dolor. La motilidad activo-pasiva disminuida, palpándose crujiidos articulares en la movilización.

La inspección de los pies nos permite comprobar

un hallux valgus bilateral, con aplanamiento del antepié en sentido transversal. La palpación del metatarso resulta algo dolorosa. Las pequeñas articulaciones interfalángicas presenta su motilidad conservada e indolora. Miembros superiores: El examen de hombros, codos y muñecas, sin particular.

La exploración de las manos revela las características de la mano osteoartrítica, diferenciándose netamente de la mano de la artritis reumatoidea propiamente dicha. Encontramos en nuestro enfermo, las clásicas nudosidades de Heberden a nivel de las interfalángicas terminales de ambos meñiques y anular de la mano izquierda de aspecto no inflamatorio, de consistencia ósea e indoloros. La articulación interfalángica distal del dedo medio izquierdo se presenta tumefacta a expensas de las partes blandas periarticulares y la palpación de la interlínea como así su movilización resulta indolora. La interfalángica proximal discretamente tumefacta y la falange terminal se encuentra deformada en flexión. (Figura 1).

Columna vertebral: El examen semiológico resulta sin particularidad alguna, salvo una discreta disminución en los movimientos de flexo-extensión.

Sistema muscular: Tonismo y trofismo conservado. Fuerza muscular conservada.

Sistema linfático: No observan ni se palpan adenopatías.

Cabeza: (Cráneo y cara) sin particularidades.

Boca: normal, lengua húmeda, saburreal. Encías libres

Dientes: Buena implantación, no hay focos sépticos dentarios. Paladar y reflejo faríngeo, normales.

Amígdalas: sin particular

Ojos: Motilidad conservada, pupilas céntricas, iguales, regulares; reaccionan bien a la luz y acomodación.

Guello: Corto, cilíndrico, simétrico. No se palpan adenopatías. No se observan latidos arteriales ni venosos.

Sistema respiratorio: Tórax simétrico. Ligera cifosis. Palpación: Vibraciones vocales disminuidas. Las bases excursionan bien.

Auscultación: Murmullo disminuido. No se auscultan ruidos agregados.

Percusión: sin particularidades.

sistema circulatorio.

Corazón: Auscultación: Tonos normales. Pulso regular e igual frecuencia 90 por minuto. Presión Arterial Mx. 15,4 Mn. 90.

Examen de arterias y venas: sin particularidades.

Abdomen: Globuloso, blando, depresible e indoloro. Hígado no se palpa. Bazo se percute en sus límites norma-

les. Se palpa cuerda cólica izquierda.

Sistema urinario. Riñones no se palpan.

Sistema nervioso. Psiquismo normal. El examen de los reflejos y de la sensibilidad, conservados.

EXAMENES DE LABORATORIO

Hemograma

Recuento globular

Rojos	4.440.000
Blancos . . .	5.600
Hb.	90 %
V.Globular	1

Fórmula leucocitaria

Polinucleares neutrofilos

a núcleo segmentado . . .	55%
a núcleo en cayado . . .	4%
Eosinófilos	1%
Basófilos.	0%
Monocitos.	4%
Linfocitos	36%

Uremia (Técnica de Ambard) 0.45

Glucemia (Técnica de Folin) 0.95

Colesterinemia: 215 mg. por ciento

Eritrosedimentación

1ra. H. 16

1. de Katz 17

2a. H. 36

Reacción de Wassermann y Kahn (S) y (P): Negativa

Orina

Densidad: 1.015. Reacción ácida. Aspecto turbio
urea, 17.10. Cloruros 14.20. Albumina: no contiene.
Glucosa: no contiene. Cuerpos cetónicos: no contiene.
Pigmentos biliares no contiene. Ácidos biliares no contiene. Urobilina: escasa. Sedimento: normal.

Examen radiológico

Radiografía de mano (Posición de frente). Osteoporosis del esqueleto de la mano, más marcado en los segmentos yuxta-articulares. Disminución de la interlínea en articulación interfalángica terminal de dedo medio con ligera desviación lateral. Pequeñas zonas en sacabocado de la extremidad terminal de la misma.

Aumento de tamaño de las partes blandas periarticulares de la articulación distal del dedo medio (Fig.2)

Radiografía de Rodilla (Frente y perfil). Se observa osteoporosis, con conservación de la interlínea articular.

Diagnóstico: Artropatía Psoriásica

A través de la anamnesis y el examen clínico del enfermo vemos que su psoriasis la padece desde hace 23

años, alternando períodos de mejoría y recrudesencia de sus lesiones, que la dermatosis fué extendiéndose y evolucionando por brotes. Presencia de lesiones típicas en las uñas. Las manifestaciones articulares son a predominio en rodillas e interfalángica distal del dedo medio izquierdo; además presenta típicas nudosidades de Heberden propias de artrosis y nuestro enfermo tiene 65 años. El examen radiológico demuestra esencialmente lesiones de osteoporosis y las pruebas de laboratorio resultaron negativas, excepto la eritrosedimentación que es discretamente alta. Por todo ello hemos llegado al diagnóstico de Artropatía Psoriásica. Por otra parte los hechos negativos nos permiten hacer diagnóstico diferencial con: las artritis de la fiebre reumática, con las artritis infecciosas por (sífilis, blenorragia, tuberculosis), con el reumatismo gotoso, con la enfermedad de Still.



Fig. 1



Fig. 2

Segundo caso: S.M. casada, empleada.

Antecedentes hereditarios. Padre fallecido a los 78 años, arterioesclerosis. Madre fallecida a los 85 años, síncope. Fueron 9 hermanos, 6 varones, 3 mujeres; de los cuales 6 son fallecidos; 3 de ellos en primera infancia: difteria, meningitis, e infección intestinal, respectivamente. Una hermana fallecida de cáncer de útero. Los otros dos varones de cáncer pulmonar y uremia respectivamente. Los restantes sanos, salvo una hermana que padece diabetes.

Antecedentes personales. Sarampión y tos convulsa en la infancia. Escarlatina a los 10 años. Casada con esposo sano. Matrimonio sin hijos. No hubo abortos.

Menopausia desde hace 8 meses, sin trastornos mayores. Alimentación mixta, no obstante observa un régimen racional por tratarse de una obesa, habiendo conseguido disminuir algunos kilos. Diuresis y catarsis normal.

Enfermedad actual: Hace 7 años empezó con manifestaciones artrálgicas de las articulaciones interfalángicas de ambos pies; recordando que el dolor era más intenso a nivel de las articulaciones del dedo gordo del pie izquierdo, que se había puesto tumefacto con calor local, mejorando con el reposo e inyecciones de leucosalil y vit. b. Poco tiempo después se toman las articulaciones interfalángicas distales de ambas manos con

dolor y tumefacción periarticular que le impiden cerrar la mano. También dolor en ambas muñecas, codos, rodillas, recordando que la movilización exacerbaba el dolor. Tuvo que guardar cama y fué tratada con salicilatos, yodo, vitamina B, etc. El cuadro se acompañó de fiebre. Posteriormente un facultativo le prescribe sales de oro, que la enferma abandonó después de algunas inyecciones, al aparecer en la rodilla izquierda una erupción que se atribuyó a una intolerancia del fármaco.

Casi inmediatamente después de sus manifestaciones articulares comienzan otras lesiones del mismo aspecto que se extienden a la otra rodilla, ambos codos, cuero cabelludo, región lumbo-sacra; otros elementos diseminados en ambos muslos y piernas, respetando los pies. Algunos elementos redondeados se localizan en las manos, donde existían otras lesiones que se han borrado.

La enferma ha podido establecer que en los períodos de mayor actividad de su artritis, las manifestaciones cutáneas se exacerbaban, por el contrario al mejorar el cuadro articular, mejoraba su psoriasis. Ha notado que ambas afecciones mejoran con los baños de Copahué que suele tomar todos los años.

Estado actual. Piel: blanca, untuosa, elástica. Las

eflorescencias se localizan en cuero cabelludo con predominio en las regiones retrosauriculares; en ambos codos, cara externa de antebrazos, región lumbosacra, donde los elementos confluyen en su mayoría en forma de placas, variables en tamaño, de borde festoneados, irregulares de distinto aspecto, cubiertas de escamas blanco-nacaradas que se dejan desprender con toda facilidad. En la región lumbosacra predominan los elementos en gotas, cubiertos de escamas blanquecinas. La descamación es intensa a nivel del cuero cabelludo, donde las escamas se deshacen en un polvillo fino característico. No existen lesiones a nivel de las uñas.

Tejido celular subcutáneo. Abundante, con mayor distribución en abdomen y muslos. La palpación del mismo resulta algo dolorosa.

Examen articular - Las manifestaciones articulares son más ostensibles a nivel de las interfalángicas terminales de ambas manos, con tumefacción y deformación de las partes blandas periarticulares, resultando dolorosa la palpación de la interlínea, como así mismo la movilidad activo-pasiva. También dolor en ambas muñecas, ambos codos, el hombro izquierdo más que el derecho, ambas rodillas, cuyos movimientos de flexo-extensión están disminuidos. Ambos tobillos deformados y la movilidad despierta ligero dolor. En ambos pies hallux valgus

las últimas falanges deformadas en anquilosis, estando tomadas en general las pequeñas articulaciones.

Boca: Mucosas húmedas, rosadas. Lengua húmeda y rosada. Dientes: no se observan focos sépticos, faltan algunas piezas.

Cuello: Simétrico, corto. No se palpan ganglios ni se observan latidos arteriales ni venosos.

Sistema respiratorio: Nada de particular.

Sistema circulatorio. Corazón: Auscultación: Tonos normales. Pulso regular e igual, 70 por minuto. Presión arterial Mx. 11,5 Mn. 7.

Abdomen: Globuloso, depresible e indoloro. Hígado y bazo en sus límites normales.

Aparato urinario: nada de particular

Sistema nervioso: Normal.

EXAMENES DE LABORATORIO

Hemograma

Recuento globular

Rojos	4.250.000
Blancos	9.800
Hb	74%
Val. Globular	0.88

Fórmula leucocitaria

Neutrófilos núcleos segmentados	66
" " en esta . .	2

Basófilos	0
Eosinófilos	1
Linfocitos.	28
Monocitos	3

Eritrosedimentación

1a. n. 20

I. de Katz 23

2a. H. 52

Uremia: 0.50

Glucemia: 0.80

Calcemia: 11,10 mg por ciento

Reacción de Wassermann y Kahn (S) y (P): Negativa

Colesterinemia: 180 mg por ciento

Examen de orina: Normal

Radiografía de muñeca y mano (frente)

Osteoporosis del cuerpo con disminución de las interlíneas articulares. Osteoporosis de mano que afecta sobretudo a las articulaciones interfalángicas terminales de los dedos, disminución de las interlíneas articulares a su nivel, con desaparición en algunas de ellas en las que se acompañan de subluxación.

Diagnóstico: Artropatía psoriásica.

Consideraciones: En el caso de ésta enferma hemos podi-

do comprobar que el reumatismo precede a la psoriasis y ello es de frecuencia menor; para algunos es raro, otros autores y la mayoría sostienen que habitualmente la psoriasis precede a la artropatía.

Las manifestaciones articulares corresponden al tipo de la artritis reumatoidea; por otra parte la forma más común en la artropatía psoriásica. Algunos autores han hecho notar la mayor incidencia de localización a nivel de las pequeñas articulaciones interfalángicas terminales de las lesiones en la artropatía psoriásica, siendo que en la artritis reumatoidea propiamente dicha, esta localización es rara o bien de aparición tardía

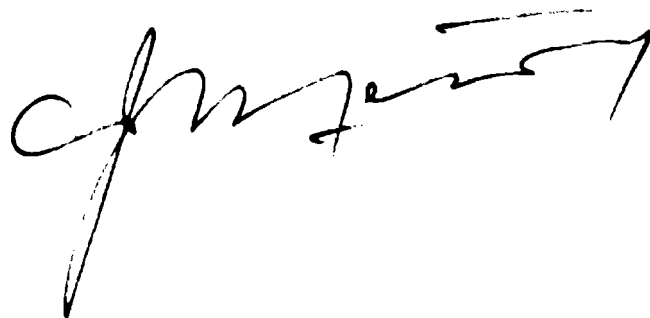
BIBLIOGRAFIA

- 1 - ALVAREZ CASCO - Psoriasis Artropático. Boletín del Instituto de Biología 1947.
- 2 - BALINA P. - Asociación de Psoriasis y Reumatismo 1939. Boletín de la Academia Nacional de Medicina.
- 3 - BARSANTINI C. J. - Psoriasis Artropático. Revista Argentina de Reumatología. Junio 1940.
- 4 - BOUWENS VAN DER BOIJEN - Le rhumatisme Psoriasique. Lib. E. Le Fracois. Paris 1939.
- 5 - CASTEX MAGGNI Y LORENZO - Asociación de Psoriasis y Reumatismo. Tres casos. Revista de la Asociación Médica Argentina. 1940.
- 6 - CARUSO ALFREDO C y BERRETERVIDE J. - Terapéutica Clínica. T. VII-Pág. 187-El Ateneo. 1948-Artritis y Psoriasis.
- 7 - COLLINS DOUGLAS H. - The Pathology of articular and Spinal Diseases. E. Arnold London 1949-Pág. 203
- 8 - DAWSON y TYSSON - Psoriasis Artropático. Trans. Assoc. Am. Physicians 1938-LXXI-Pág. 303.
- 9 - FRANCON FRANCOIS - Rhumatisme Chronique Psoriasique Vigot Freres Editeur. Paris 1946. Pág. 194.
- 10 - GATTI J. C. y JOSE E. CARDAMA - Manual de Dermato-sifilogrería. El Ateneo 1952.
- 11 - LANGLOIS LOUIS - Le rhumatisme psoriasique. Ed. L.

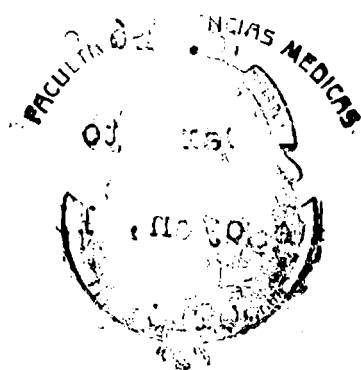
Arnette. Paris 1934.-

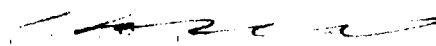
- 12 - MAZZINI y MON - Terapéutica Dermatológica. Ed.
López y Stchegoyen. 1952.
- 13 - NOUSSITOU, CORDERO y MON - Compendio de Dermato-
sifilografía. Ed. López y Stchegoyen 1949.
- 14 - PIERINI LOIS E. - Dermatosis y Artropatías. Ed.
López y Stchegoyen, 1945.
- 15 - PINOL, BARCELLO y ROTES QUEROL. - Poliartritis
Crónica y Psoriasis. Revista Española de Reu-
matismo y enfermedades Osteoarticulares. 1948
Tomo II n.º 5, pág. 373.
- 16 - RAGAN y TYSSON. - Psoriasis associated with reu-
matoid arthritis. Amer. Med. pag. 252, 1946.
- 17 - RAPAPORT N., KAMINSKY A. - Reumatismo en Dermato-
logía. Revista Argentina de Reumatología 1942.
TVII. Pág. 134.
- 18 - ROSSO RAUL - Reumatismo Psoriásico. Revista Médi-
ca del Hospital Italiano. 1946. T. VII. Pág. 19
- 19 - RUIZ MORENO A. - Reumatismo. Ed. el Ateneo 1952.

--



Don 49 fofa
Camacho




~~RAFAEL G. REST~~
PROSECRETARIO