

HISTORIA

Historia de la Artritis Psoriática. Primera parte. Desde Alibert hasta V. Wright

History of Psoriatic Arthritis. First part. From Alibert to V. Wright

Antonio Iglesias Gamarra¹, Edgar Peñaranda², Paul Hernando², Luis Espinoza³,
Rafael Valle⁴, José Félix Restrepo¹, Federico Rondón H.⁵

Resumen

Presentamos, en esta primera parte de la historia de la artritis psoriática, los eventos más trascendentales que llevaron al conocimiento de esta enfermedad, de cómo se separó de las otras artropatías inflamatorias, y cómo se generaron los primeros criterios clasificatorios de esta patología.

Palabras clave: historia, espondiloartropatía, psoriasis, artritis psoriática.

Summary

In this first part of the history of psoriatic arthritis, we present the most important events that led to the knowledge of this disease, how it was separated from other inflammatory arthropathies, as well as how the first classificatory criteria in this disease were developed.

Key words: history, spondyloarthropathy, psoriasis, psoriatic arthritis.

Introducción

La palabra psoriasis es derivada de la palabra griega *psora*, que significa comezón, picazón o prurito. En 1981, EM Farber, de acuerdo a su informe histórico en el tercer simposio internacional sobre psoriasis, explica que la primera descripción de la enfermedad la realizó Robert Willan (1757-1812) en su texto histórico sobre la clasificación a las enfermedades de la piel². Al parecer, durante la época de Willan, fue cuando se empezó a utilizar la palabra, específicamente en 1798. Glickman³ por su parte, en 1986, informa que Willan acredita a su vez a Galeno (133-200 d.C.); esta acreditación no es clara, ya que para entonces las lesiones descamativas podían fácilmente confundirse con la lepra, que era la enfermedad conocida. Al parecer,

la primera descripción de la artritis psoriásica se realizó en Latinoamérica por el cronista Herrera Casado de Guadalajara, quien informa que el fraile Pedro de Urraca (de origen español), apóstol del Perú, padeció de una artritis psoriásica. A continuación describiremos las palabras del cronista: *"Ventinueve años le afligió la gota sin afloxar un día la viveza de sus dolores, sintiéndolos a un tiempo en todas las junturas del cuerpo, con tanta fuerza, que las manos se volvieron gafas, los dedos se torcieron contra el natural, quedando con la dureza como si fueran de hierro. Las rodillas y las piernas quedaron encorvadas sin poderlas mover. Y le dio Nuestro Señor una lepra, desde el cuello hasta los pies, desde los hombros a las muñecas, con unas escaras o escamas a modo de las de un pescado, del grandor de una uña..."* (Figura 1).

1 Profesor titular de Medicina Interna y Reumatología, Universidad Nacional de Colombia.

2 Residente de Reumatología, Universidad Nacional de Colombia.

3 Profesor Louisiana State University, New Orleans.

4 Profesor titular, Universidad Militar Nueva Granada. Hospital Militar.

5 Profesor asociado Medicina Interna y Reumatología, Universidad Nacional de Colombia.

Recibido: Diciembre 15 de 2010

Aceptado: Febrero 26 de 2010



Figura 1.

Este caso fue informado en 1674. La segunda descripción de la artritis psoriática se le atribuye al Barón Jean Louis Alibert, en 1818⁴, pero él no utilizó esta terminología. Alibert lo describe en su libro "Les maladies de la peau".

El término "psoriasis arthritique" fue utilizado por el maestro de la dermatología francesa de la segunda mitad del siglo XIX del hospital San Luis de París, Pierre Bazin en 1860¹. Bazin la describe en su libro denominado "Leçons theoriques et Cliniques sur les Affections Cutanées de nature Arthritique et Dartrux", pero en realidad la verdadera descripción la realizó C. Bourdillon⁵ en 1888, en su tesis "psoriasis et arthropathies", donde se informa parcialmente sobre la enfermedad.

Ernest Besnier⁶, otro extraordinario dermatólogo de la escuela del Hospital San Luis de París describe otro caso de artropatía psoriásica, que ha sido ignorado por la mayoría de los autores. Este caso lo describe un año después de la publicación de Bourdillon⁵.

Terminología

La psoriasis asociada a la artritis ha recibido varias denominaciones que incluyen las siguien-

tes: reumatismo psoriásico, psoriasis artropática, psoriasis artrítica, poliartritis psoriásica, artropatía psoriásica, artritis psoriásica y artropatía luszczykowa, de acuerdo a la información recopilada por Wright y Moll en 1976^{1,7}. Debido al compromiso tan heterogéneo de la psoriasis, el discípulo de Wright, Raffaele Scarpa y el grupo Italiano del estudio de la psoriasis como Fabio Ayala, Nicola Caporaso e Ignazio Oliveri, proponen la denominación de "Enfermedad psoriásica" en el 2006⁸.

Después de la descripción de Bourdillon⁵ en 1888, en la cual se describía la coexistencia aparente de 2 enfermedades, la psoriasis y la artritis, las evidencias fueron revisadas e informadas por Verna Wright.

Cómo se inicia esta historia

Es interesante cómo este par de investigadores, Wright y Moll, iniciaron el entendimiento de la artritis psoriásica, para ello queremos informarle a los lectores acerca de cómo fue ese tránsito hacia la descripción de esa patología. La llegada del profesor Verna Wright a Leeds (Reino Unido) fue hacia el año 1955 como Junior (o fellow),

en donde recibió su instrucción por dos años. Posteriormente realizó un fellow en investigación en el John Hopkins Hospital en Baltimore, con Richard Johns como mentor. A su regreso ingresó al Hospital de Leeds como investigador senior. Creó la unidad de reumatología en Leeds y empezó a implementar la multidisciplinaria como la rehabilitación, la genética, la farmacología y la ingeniería biomédica. En 1956, un año después de encontrarse en Leeds, publicó su primer artículo sobre psoriasis y artritis en el *Annals Rheumatic Disease*. Colaboró en el Royal Bath Hospital, en Harrogate, un spa del pueblo. Posteriormente, analizó que algunos de estos pacientes tenían psoriasis y a su retorno los llamó y realizó un análisis más sistemático del comportamiento articular de estos pacientes, para los cuales escribió varios artículos, pero sobresale el que escribió en 1959, el cual tituló "Rheumatism and psoriasis".

Casi simultáneamente, un dermatólogo londinense, H Baker, observó al igual que Wright que en estos pacientes con psoriasis y artritis, el factor reumatoide por la técnica de Rose y Waaler era negativo.

Verna Wright, MD, FRCP



Nació en 1928 en Devonian. Estudió en la escuela de Bedford y calificó para estudiar medicina en la Universidad de Liverpool. Su interés desde el inicio de su carrera fue la artritis psoriásica en Stoke Mandeville Hospital, bajo la dirección del Dr. A.G.S.

Hill. Antes de ingresar a Leeds, estuvo en el Johns Hopkins Hospital (Baltimore) e ingresó a Leeds en el año de 1956, donde realizó toda su carrera. En 1970, a la edad de 42 años recibió la silla a una edad muy temprana para este honor. Wright se interesó especialmente en el campo de la reumatología, pero especialmente en el área de las espondiloartropatías. Su conocimiento y su trabajo se ampliaron al campo de la biomecánica,

la terapéutica, la rehabilitación, la comunicación y a los profesionales de salud relacionados con el área de la reumatología. El nombre de Wright fue reconocido a nivel internacional en el campo de la reumatología y recibió muchos discípulos; sobresalen Antonio Marchesoni y R Scarpa, de Italia; M Peters, M Baker y P Helliwell, quien fue la persona que Wright y Moll encargaron de la dirección de la unidad de reumatología en Leeds. Otro de los grandes discípulos de Leeds fue el irlandés Dennis McGonagle. Presidió la organización de las sociedades científicas británicas, como la sociedad de Heberden. Wright fue autor y co-autor de más de 1000 artículos y 21 libros. Murió en 1998.

John M H Moll, BSc, DM, PhD, fRCp

Nació en Leeds (Reino Unido) en 1939. Se educó en la escuela Grammar de Leeds. Ingresó a la universidad de Leeds, terminó en Oxford y fue calificado como BM Bch en 1962. Posteriormente realizó su DM y el título de su tesis doctoral fue: "A family Study of Psoriatic Arthritis". Trabajó en Radcliffe Infirmary, Oxford, Leeds y en Sheffield,



donde fue director del Sheffield Centre for Rheumatic Diseases. Escribió varios libros, uno con Verna Wright sobre "Seronegative Polyarthrititis" en 1976; otro sobre la historia de la medicina acerca de: The Heberden Society en 1987 y sobre los presidentes de la Royal Society of Medicine en 1996. Fundó y fue coeditor de tres revistas médicas como el *Journal of Orthopaedic Rheumatology*, con Clement Sledge, de la Universidad de Harvard; *Rheumatology Review*, coeditada con el profesor Roger Sturrock de Glasgow y el *Journal of Medical Biography*, publicado por la Royal Society of Medicine de Londres. Recibió uno de los premios más importantes, como el primer premio Verna Wright Procida en el año 2008, por su trabajo en el campo de las espondiloartropatías (Figura 2).



Inaugural Verna Wright Procida Prize 2008. On the Friday evening of the Conference, May 23, 2008, during the Gala Dinner, John Moll was awarded the inaugural Verna Wright Procida Prize 2008 for his work in the spondyloarthritis field. On behalf of the Scientific Committee of the Prize, Prof. Dafna Gladman, MD, FRCPC, as President of GRAPPA, presented the award. Left to right: Fabio Ayala, Dafna Gladman, Raffaele Scarpa, John Moll.

Figura 2. Dr. John Moll Recibiendo el Premio Procida Verna Wright 2008. Foto tomada del *Journal of Rheumatology* 2009;36: suppl 83, con permiso.

Sólo hasta 1924, treinta y seis años después de la descripción de Bourdillon, aparece el artículo de Garrod y Evans⁴⁹, quienes fueron los terceros en describir esta asociación como una sola entidad clínica. Posteriormente, Hench¹⁰ describe otro caso y así sucesivamente se describen casos y series de casos como los de Barber, en 1931¹¹; Cannon, en 1934¹²; Shlionsky y Blake, en 1936¹³; Jeghers y Robinson, en 1937¹⁴; Dawson, en 1937¹⁵; Pringle, en 1938¹⁶; Dawson y Tyson, en 1938¹⁷; Epstein, en 1939¹⁸; Leczinsky, en 1948¹⁹; Fawcett, en 1950²⁰; Vilanova y Pinol, en 1951²¹; Sherman, en 1952²²; Sterne en 1953²³; Gribble, en 1955²⁴, hasta la primera publicación de Verna Wright, en 1956²⁵. En esta primera publicación y en la de 1959, Wright analiza 154 pacientes con psoriasis y varias manifestaciones reumáticas²⁶. El diagnóstico de psoriasis fue confirmado por un dermatólogo. De los 154 pacientes, 118 tenían artritis. En la serie de casos utilizó la prueba de aglutinación de células de carnero o prueba de Rose-Waaler^{27,28}, con la modificación introducida por Greenbury y cols.²⁹.

De las publicaciones informadas por Wright^{25,26,30}, surgen dos teorías. Una de ellas es extraordinaria, la concepción de Jeghers y Robinson en

1937¹³, de que la artropatía era secundaria a la psoriasis y la que esbozaban autores con mayor influencia como Walter Bauer, en 1939³¹; Gribble, en 1955²⁴; Short, Bauer y Reynolds³² en su famoso libro sobre Artritis Reumatoide en 1955 y en su libro sobre patología de la artritis psoriásica, en 1941³³. Este grupo planteaba que no existían suficientes evidencias para justificar el reconocimiento de la Artritis Psoriásica (AP) como un síndrome distinto³¹⁻³³. Ellos acudían a los pocos informes existentes en la literatura médica de la época, como los de Brocq, en 1910³³, Cannon, en 1934¹²; Dawson, en 1937 y 1938^{415,17}, Lane, en 1937³⁵, Pringle, en 1938¹⁶; Tobias, en 1938³⁶; Ingram, en 1954³⁷. Inferían que los dermatólogos estaban de acuerdo en que la incidencia de "Artritis Artrófica" era un poco más alta que en la población general, pero no era muy significativa. El líder de este grupo de investigadores era Walter Bauer³¹, quien afirmaba en 1939 lo siguiente: "to date there is little justification for considering these patients as suffering from a distinct disease entity".

En ese momento Walter Bauer, considerado uno de los proto-reumatólogos y past-presidente de la ARA (*American Rheumatism Association*), escribió un artículo seminal, que fue presentado a la *American Association of Physicians*, donde describe algunas de las características a la AP en 1939, pero no fue lo suficientemente consistente y siempre planteó que la AP no era una enfermedad diferente³¹.

La ARA (*American Rheumatism Association*) y el comité que preparó la publicación en 1952, estaban de acuerdo con los autores mencionados (Vide Supra)³⁸, especialmente el grupo que dirigía Walter Bauer. En ese momento la ARA lideraba la teoría agrupacionista; es decir, la mayoría de las enfermedades descritas como la Artritis Psoriásica (AP), la espondilitis y el Síndrome de Reiter eran variantes de la artritis reumatoide (AR)^{31,32,38}.

Jean-Louis Alibert

Jean-Louis Alibert (1768-1837), nació el 2 de mayo, en un pequeño poblado llamado Villefranche de Rourge, trescientas millas al sur de París. Desde pequeño aprendió latín, griego y

teología. El conocimiento de los idiomas le permitió el estudio de muchos artículos, especialmente de dermatología. Se graduó en el École de Santé de París. Tenía gran pasión por la dermatología y solía decirle a sus estudiantes: "Usted entró en una profesión que está casi desierta, donde muy pocos han penetrado antes que yo". Uno de los cambios fue la cabeza de los médicos que eran conscientes de estar inaugurando una nueva etapa de la medicina. En 1801 el Hospital de Saint Louis, que en principio era una institución para pobres, se convirtió en un establecimiento para enfermos crónicos y de enfermedades contagiosas, especialmente las de la piel. Fue a partir del comienzo de siglo que la dermatología y la venereología pasaron a ser especialidades. El Hospital Saint Louis tenía doscientos años de vida, pero fue en 1801 cuando sufrió el cambio radical. Alibert ingresó como médico adjunto ese mismo año, por sus méritos y quizás por la influencia de Cabanis y Michel Auguste Thouret (1748-1810). En 1807 llegó a ser jefe médico del mismo y creó una clínica especial para las enfermedades de la piel. Una de sus obras más importantes fue *Description des maladies de la peau, observées à l'Hôpital Saint-Louis* (1806-1814), que contiene espléndidos grabados a color. Invirtió muchos años en concluir la obra. La inclusión de imágenes fue fundamental. Llama la atención que éstas no sólo reflejan la lesión, sino el enfermo con su expresión y sus vestidos. Fue la unificación de la medicina y la cirugía. Otra fue la creación de hospitales especializados; por primera vez, se dispuso de personal médico cualificado para dedicarse a determinadas disciplinas tanto en la asistencia, como en la enseñanza y la investigación. En 1832 publicó su *Monographie des dermatoses*, que incluye una lista de sus discípulos, y en 1833 *Clinique de l'Hôpital Saint Louis ou Traitement complet des Maladies de la Peau*, también con láminas, que se tradujo al alemán y al italiano. Ilustró su clasificación con el diagrama de un árbol: el árbol de las dermatosis. El tronco era la piel, las ramas las enfermedades y los vástagos las clases. Había doce ramas que representaban doce grupos de enfermedades.

Durante esta época describió el queiloide, la tiña amiantácea, la micosis fungoide y la esclerodermia. En 1832, para refutar la clasificación de las lesiones dermatológicas de la escuela inglesa de Willan y Bateman, concibió el árbol de la dermatosis, el cual expuso, por primera vez en 1832, en "monographie de dermatoses". Tras el regreso de la monarquía, Alibert fue médico de Luis XVIII y de Carlos X. La precaria salud del monarca obligó a Alibert a abandonar la enseñanza y su trabajo en Saint Louis. Previamente, en 1818, fue el primero en observar la relación entre psoriasis y artritis psoriásica. Alibert murió el 4 de noviembre de 1837 por un carcinoma gástrico de acuerdo a la autopsia realizada por Cruveilhier.

Factor reumatoide sérico

Uno de los pilares fundamentales que facilitó que la ARA en 1963 empezara a liberar la artritis psoriásica, la espondilitis anquilosante, el Síndrome de Reiter y las enfermedades inflamatorias del intestino de la influencia de la artritis reumatoide, fue el descubrimiento del factor reumatoide en 1940 por Waaler²⁷ y por Rose²⁸, en 1948, que se denominó prueba de látex o Waaler-Rose, que resultó ser positiva en el 80% de la artritis reumatoide y el factor se denominó factor reumatoide sérico. A continuación describiremos las variadas publicaciones en las que este factor reumatoide sérico resultó ser negativo en las diferentes "variantes de la artritis reumatoide", por lo que posteriormente se denominaron en conjunto poliartritis seronegativas.

En los años 1950s, se empezó a utilizar la prueba de Rose-Waaler^{27,28} y los autores como Heller y cols. en 1949³⁹ y 1955⁴⁰; Ball, en 1952⁴¹; Jacobson y cols., en 1956⁴² y Morris Ziff y cols., en 1956⁴³ y 1957⁴⁴ fueron quienes demostraron que en la AR, este factor reumatoide (prueba de Rose-Waaler) era positivo en el 80% de los pacientes y negativo en la AP, en la espondilitis y en la enfermedad de Reiter, lo cual hizo que muchos de estos autores negaran la existencia de la artritis y la psoriasis como una entidad nosológica⁴³. Pero otra corriente del pensamiento surge en otro grupo de investigadores: los informes de Garrod

y Evans, en 1924⁹; Epstein, en 1939¹⁸; Vilanova y Pinol, en 1951²¹, afirmaban que las exacerbaciones de las lesiones cutáneas y la artritis eran a favor de una sola entidad, otros informaban, como Sherman, en 1952²² y Fawcett²⁰, en 1951, que este diagnóstico se podía soportar sólo si había compromiso de las articulaciones interfalángicas distales. El famoso médico de la clínica Mayo, Philipp Hench¹⁰, quien fue uno de los primeros en describir que el compromiso de las articulaciones interfalángicas distales era característico de la AP en 1935, afirmaba que si el compromiso era poliarticular, era difícil de diferenciarlo de una AR y este era el dogma de los agrupacionistas de la ARA.

Con la información obtenida por V. Wright^{25,26,30,46}, a través de las diversas publicaciones que se tenían hasta 1959, y de su experiencia personal en 118 pacientes con psoriasis y artritis erosiva, 41 hombres y 77 mujeres, los clasificó en tres grupos: en el primer grupo reunió a 22 pacientes que él denominó "artritis psoriásica clásica", quienes tenían artritis a nivel de las articulaciones interfalángicas distales y alteraciones de las uñas, asociado a un factor reumatoide negativo. El segundo grupo lo conformaban 10 pacientes con artritis deformante severa con anquilosis de muñecas y deformación importante, y tenían artritis mutilante con el típico catalejo como Wright la denominada en "*opera glass hand y main en lorgnette*"²⁶.

El tercer grupo lo conformaban 86 pacientes con poliartitis simétrica, que era indistinguible de la artritis reumatoide; 66 de estos pacientes tenían el factor reumatoide negativo. En estos casos Wright proponía que era una entidad diferente^{25,26,30,46}.

Otras conclusiones de los estudios de Wright fueron las siguientes: describe los cambios radiológicos en las articulaciones sacro-ilíacas en 6 pacientes; cuando se comprometen las articulaciones interfalángicas, el compromiso de las uñas es muy frecuente, los hombres con artritis deformante tienen más síntomas constitucionales y fiebre. Describe la monoartritis psoriásica y en los pacientes con compromiso poliarticular, las articulaciones que más se comprometen al inicio

son las metacarpofalángicas, las interfalángicas proximales y los hombros. Luego le siguen en frecuencia las metatarsofalángicas distales. En cuanto a las alteraciones de las uñas, observó el famoso "pitting" de las uñas, la alteración del color, la medialuna, la hiperqueratosis, la separación subungueal del lecho distal, los puentes. Estos cambios también los observó cuando se comprometían las articulaciones distales y las uñas; el compromiso cutáneo era de tipo sincrónico. También describe que la artritis podía preceder a la psoriasis y la psoriasis precedía a la artritis. Utilizó los siguientes tratamientos: *dithramol*, *tarbath*, la prednisolona, la corticotropina I.V. y la crisoterapia. Éste último tratamiento lo utilizaron Ragan y Tyson en 1946⁴⁷, y observaron la reacción tóxica inducida por las sales de oro, especialmente la exacerbación de las lesiones cutáneas. Ingram³⁷ y Wright²⁶ utilizaron la luz ultravioleta para el tratamiento de las lesiones de piel. En el primer artículo de Wright, en 1956²⁵, se informa que la artritis podía preceder a la psoriasis; y además observó que aquellos pacientes que tenían artritis pero con factor reumatoide negativo, podrían desarrollar psoriasis años más tarde. Estas observaciones fueron informadas por Dixon⁴⁸ y por Hill (citado por Wright)²⁶.

Década de 1960

El grupo de Verna Wright, después de describir la artritis psoriásica como una entidad nosológica diferente a la AR, tuvo un gran reconocimiento internacional y sus conceptos empezaron a denominarse "*The Leeds idea*" y "*doing well*" y se empezaron a interesar en las "variantes de la artritis reumatoide".

Antes de finalizar la década de los años 1960s, en tres artículos en los que participó el extraordinario Morris Zif en 1956, 1957^{43,44} y en 1958⁴⁵, se empezó a cuestionar la relación de la artritis reumatoide y sus variantes como una entidad, apartándose un poco del concepto agrupacionista de la ARA A partir de estas observaciones, en 1960, Acheson⁴⁹ observa que dos de las enfermedades inflamatorias como la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn se asociaban

con la espondilitis anquilosante, denominación ésta última que era poco utilizada en esa época. Este artículo fue uno de los primeros que exploraron la asociación de espondilitis con otras patologías. Otro artículo clásico fue el informado por Verna Wright y W.B Reed⁵⁰, quienes utilizan el término seronegativo para la seronegatividad del factor reumatoide, y analizan la unión del Síndrome de Reiter y la artritis psoriásica. Wright escribe varios artículos en 1961⁵¹, 1965⁵², 1969⁵³, y en 1971 con JMH Moll⁵⁴ sobre artritis psoriásica que definitivamente empieza a clasificarse como una entidad nosológica diferente. Con esta serie de publicaciones y las de Coste y cols.⁵⁵ Theiss y cols; en 1969⁵⁶, Baker y cols. entre 1963 y 1966⁵⁷⁻⁶⁰, analizan los aspectos epidemiológicos de la artritis psoriásica y revisa las diferentes series publicadas como las de Dawson y Tyson, en 1938 (1000 pacientes)¹⁷; Gribble, en 1955 (424 pacientes)²⁴ y la de Coste, en 1958 (2500 pacientes)⁵⁵; además, observaron en 1963⁵⁷ que el 20.2% de los pacientes seronegativos que tenían psoriasis eritrodérmica, se asociaban con artritis. En este artículo se describen las mismas observaciones que Wright^{25,26,30} había descrito, pero además, describe el compromiso de otras articulaciones como las temporo-mandibular, acromio-clavicular, esternomanubrial, caderas y codos⁵⁷. No encontró nódulos subcutáneos, epiescleritis e insuficiencia aórtica. Lo importante del artículo es que a través de los estudios radiológicos, se documentó muy bien lo que Wright mencionaba en sus diferentes publicaciones.

Los dermatólogos H Baker, con Golding y Thompson realizaron varias publicaciones en el *Newcastle upon tyne* en Londres a partir de 1963 y confirmaron muchas de las observaciones de Wright. También describieron otros hallazgos que ya mencionamos, e hicieron mucho hincapié en el factor reumatoide negativo. Al parecer, los estudios en *Leeds* por Wright y los del grupo de *Newcastle* influenciaron a los agrupacionistas de la ARA para que aceptaran a la AP como una entidad diferente a la AR en el año de 1964.

Queremos resaltar las observaciones realizadas por un grupo de médicos, quienes a través

de la historia de la AP, no se les han reconocido sus aportes. Informaremos a continuación de acuerdo a las descripciones realizadas, pero no en su orden temporal

- A. Predomina el compromiso de las articulaciones interfalángicas distales (Bauer y cols.,³³ en 1941; Avila y cols.,⁶¹ en 1960; Wright, en 1961⁵¹).
- B. Severa osteolisis que progresa a la forma mutilante (Fawcett, en 1950²⁰; Sherman, en 1952²²; Wright, en 1959²⁶).
- C. Resorción de los penachos de los falanges distales (o whittling) (Sherman, en 1952²²; Avila y cols.,⁶¹ en 1960; Wright en 1961⁵¹).
- D. Anquilosis ósea (Avila y cols., en 1960⁶¹).
- E. Artritis erosiva de interfalángicas distales, con proliferación ósea en la base de las falanges distales (Avila y cols., en 1960⁶¹).
- F. Imagen en setas de hongos en las articulaciones de los pies y manos (Gibson, en 1948⁶², Fawcett, en 1950²⁰).
- G. Sacroilitis (Wright, en 1961²⁶, y Dixon y Lience, en 1961).
- H. Dedos en salchicha (muy característico de la AP⁶⁴).

Con todos los artículos mencionados y con las descripciones realizadas, les tocó a los agrupacionistas liderados por Blumberg, Bunim, Calkins, Pirani y Zvaifler y cols.⁶⁵, en uno de los primeros artículos sobre nomenclatura y clasificación de la artritis y reumatismo de la ARA en 1964 aceptar que la artritis psoriásica es una entidad diferente de la artritis reumatoide.

Genética

Después de las descripciones clínicas radiológicas y la asociación con el factor reumatoide negativo, se empezaron a realizar estudios sobre la genética de la enfermedad.

En las primeras publicaciones sobre AP y en las pocas series publicadas, se encontró casos en familiares. Así surgen algunas publicaciones como la de Tiedeman, en 1951⁶⁶, y la de Steinberg y cols.⁶⁷, en donde mencionan varios casos en familias; pero la publicación

de Baker, Golding y Thompson en 1963⁵⁷ fue una de las más importantes para determinar la genética de la enfermedad, ya que observaron que en el 40% de los 60 pacientes estudiados en esta serie, tenían familiares con psoriasis. Trece tenían dos o más familiares afectados, cuatro tenían 3 ó más y dos tenían 4 ó más afectados.

Theiss y cols., entre 1969 y 1970^{68,69} publicaron los artículos en los que informaban la importancia de la herencia en los casos de A P J M H Moll⁷⁰, quien ingresó a la unidad de reumatología de Leeds, presentó su tesis doctoral sobre la ocurrencia familiar de la AP. en el año de 1971⁷⁰.

Dos años después realizó otro estudio sobre la importancia de la herencia en la AP, estudio que lo hizo durante un periodo de dos años, para el cual estudió 108 casos índices.

Observó 253 familiares en primer grado y 48 familiares en segundo grado. Utilizó como grupo control pacientes con psoriasis y osteoartritis, psoriasis y gota y algunos casos de psoriasis más artritis reumatoide (esto no es claro). Encontró que el 12.5% de los pacientes con AP tenían al menos un familiar con AP (a nivel de articulaciones periféricas en 8 casos; espondilitis psoriásica en dos pacientes; espondilitis y artritis periférica en un caso). En el grupo control no se observó ningún familiar con AP⁷¹.

Analizó artritis en los familiares de primer grado de los casos índices. La prevalencia de la AP en los familiares de primer grado era más frecuente que en la población general y que en los controles. Moll consideró que la herencia o la genética era más importante que los factores ambientales, como la causa de la agrupación familiar. No observó un patrón mendeliano en la herencia, en los *pedigree* que Moll elaboró, ni en los otros *pedigree* observados por otros investigadores. Y concluye que la herencia es multifactorial⁷¹.

Este estudio, desde el punto de vista genético, fue uno de los primeros en confirmar la importancia de la herencia, ya que los autores que se mencionan a continuación lo hacían a través de *pedigree* individual, como se describen (vide

infra). Otros estudios fueron los de Bauer y Vogler, en 1931⁷²; Romanus, en 1945⁷³; Steinberg y cols.⁶⁷; Vilaghy y Krebs⁷⁴; Hoede⁷⁵; Ward⁷⁶; Lomholt⁷⁷ y Moll, en 1971⁷⁰. Clarke⁷⁸, en un estudio interesante, trata de diferenciar la base multifactorial y la herencia poligénica. Ya Kellgren⁷⁹, en 1964, realizaba uno de los primeros estudios epidemiológicos en las enfermedades reumatológicas, donde manifestaba la interacción entre el ambiente y los factores genéticos; artículo seminal para plantear en la etiología de las enfermedades reumáticas el origen multifactorial que Clarke⁷⁸ afirmaba en 1972.

Casi simultáneamente al estudio de Moll y Wright sobre la genética de la AP, se llevaron a cabo otros estudios genéticos con Macrae y Wright⁸⁰ sobre colitis ulcerativa, espondilitis y sacroilitis; con Haslock, Macrae y Wright⁸¹ otros estudios familiares de pacientes con artritis y enfermedad inflamatoria intestinal⁸¹⁻⁸³; y el de Wright y Chamberlain⁸⁴ en pacientes con enfermedad de Behçet.

En estos estudios analizados para la misma fecha sobre la genética de la AP, las enfermedades inflamatorias intestinales y espondilitis y la enfermedad de Behçet, se observó que en todas estas enfermedades en las que se comprometía el esqueleto axial, existía una herencia importante, tenían ausencia del factor reumatoide, sacroilitis, compromiso ocular, inflamación del intestino delgado y grueso, y compromiso cutáneo. Wright, además de convencer a Moll para que trabajara en Leeds, fue conformando un grupo de trabajo con la idea de la asociación clínica que unía las enfermedades inflamatorias del intestino, las artritis reactiva, la espondilitis anquilosante, la Enfermedad de Behçet y la artritis psoriásica con una asociación familiar, a través de la elaboración de unos *pedigree* extraordinarios, poco antes de que se descubriera el HLA-B27.

De la Espondilitis Reumatoide a la Espondilitis Psoriásica

El artículo de Howard F. Polley y Charles H. Slocumb⁸⁵ sobre 1035 casos de Espondilitis Reumatoide, como se denominaba a la espondilitis anquilosante y a otras variantes de la AR,

constituía el pensamiento del compromiso de la columna de la escuela agrupacionista americana. Pero resaltamos la descripción de la limitación de la movilidad (flexo- extensión y lateral), que desde ya lo informaba la escuela de reumatología de la clínica Mayo, pero no clasificaron la diferencia entre las diferentes patologías. El otro artículo histórico de la escuela agrupacionista es el de Boland y Shebesta⁸⁶ sobre espondilitis reumatoide. Se describieron otros artículos, pero los dos anteriores fueron los más importantes. El compromiso de columna de la AP fue reconocido por Xavier Vilanova y J Pinol²¹ de la clínica de dermatología de la Universidad de Barcelona, quienes en 1950, al estudiar 150 pacientes, informaron que 10 de ellos tenían compromiso de la columna cervical, 2 de la columna dorso-lumbar y 26 de toda la columna. Al parecer fue reconocido por Verna Wright en su primer artículo, en 1956, donde informa que la espondilitis y el compromiso periférico había sido nombrado por Sherman, en 1952²²; Sterne y Schneider, en 1953²³ y Fletcher y Rose, en 1955⁸⁷. De acuerdo con estas observaciones acerca de la afectación de la columna por la psoriasis, sólo se empezó a conocer en la década de 1950.

Otros estudios que empezaron a diferenciar la espondilitis psoriásica fueron los de Graber Duvernay, en 1957⁸⁸; el artículo de Wright, en 1957⁸⁹; el de Dixon y Lience, en 1961⁶³; Reed, en 1961⁹⁰ y Baker y cols., en 1963⁵⁷; Theiss y cols., en 1970⁶⁸ describían además la sacroilitis. Con la ayuda y colaboración de John Moll, se inició la clinimetría de la columna vertebral de la espondilitis y, en forma indirecta, la espondilitis psoriásica. Los estudios de clinimetría los inició Schober⁹¹ en 1937, al describir el índice que lleva su nombre. Sólo hasta 1969 Macrae y Wright⁹² iniciaron los estudios de la clinimetría de la espalda y los estudios de la movilidad de columna en 1971⁹³; posteriormente Moll, Liyanage y Wright⁹⁴, estudiaron los movimientos laterales y de extensión de la columna al igual que los estudios de expansión del tórax en 1972⁹⁴⁻⁹⁶.

Poliartritis seronegativa

Fue extraordinario el trabajo desarrollado por Verna Wright y sus discípulos, especialmente JMH Moll, al comprender que todo el grupo de las enfermedades segregadas o separadas de la artritis reumatoide tenían una serie de rasgos en común, lo que las convertiría en un grupo de enfermedades relacionadas entre sí y agrupadas alrededor de la espondilitis anquilosante. Este grupo de enfermedades como la espondilitis anquilosante, la artritis psoriásica, la Enfermedad de Reiter, la colitis ulcerática, la Enfermedad de Crohn, la Enfermedad de Whipple, el Síndrome de Behçet y la artritis reactiva por Yersinia y Salmonella constituyen lo que Verna y Wright denominaron Poliartritis Seronegativa, que quedó plasmado en varias publicaciones, especialmente en los textos clásicos de reumatología de 1976⁹⁷, 1978⁹⁸ y 1986⁹⁹, y que se constituyeron en un hito de la reumatología.

Clasificación de la Artritis Psoriásica

Una de las primeras clasificaciones de la AP, fue la propuesta por Wright en 1959⁴⁶ en base a la observación en los 118 pacientes, que dividió en tres grupos:

1. Compromiso de las articulaciones interfalángicas distales,
2. aquellos pacientes con artritis deformante y
3. pacientes que simulan una artritis reumatoide, pero con factor reumatoide negativo. Con mayor experiencia después de analizar la afectación de la columna, el compromiso de las articulaciones sacroilíacas y separar las variantes de la artritis reumatoide, Moll y Wright realizaron la famosa clasificación de la AP que aún perdura.

Clasificación de Moll y Wright (1973)^{97,100} en cinco subgrupos clínicos:

1. Predominio de las articulaciones interfalángicas distales.
2. Artritis mutilante.
3. Artritis simétrica, indistinguible de la artritis reumatoide, pero con factor reumatoide negativo.
4. Oligoartritis asimétrica o el compromiso de una sola articulación.

5. Espondilitis Psoriásica como un hecho predominante.

Esta clasificación fue una de las observaciones seminales de la artritis psoriásica, después de estudiar casi por dos décadas los pacientes del grupo de Leeds.

Conclusiones

De acuerdo con la narración histórica de E. Collantes Estevez y B. Amor C. en el capítulo de espondiloartropatías en el tratado español de reumatología, en la década de 1950, en el mundo médico científico existían dos escuelas médicas de reumatología en Europa y en la Unión Americana: la agrupacionista y la separatista; por ellas, la reumatología, que era una especialidad joven, no se podía abstraer de esta influencia. La artritis reumatoide se consideraba un síndrome inespecífico que, se planteaba, era desencadenado por una serie de factores etiológicos, como la psoriasis, la uretritis o la colitis ulcerosa¹⁰¹.

En esa década no existía aún la clasificación o la nomenclatura de las enfermedades reumáticas y la artropatía psoriásica, la Enfermedad de Reiter y la espondilitis anquilosante, eran consideradas formas atípicas de artritis reumatoide. En España, la influencia de Gregorio Marañón era muy grande. Uno de los capítulos que realizó J Gimena en el libro "Diecisiete lecciones sobre reumatismo", editado en 1955 sobre reumatismos vertebrales, se sostenía que la espondilitis anquilopoyética no es otra cosa que una artritis reumatoide de localización vertebral; así mismo se pensaba de la artritis psoriásica. Éste era el pensamiento de esa época en España y obviamente, en los países de Latinoamérica. Por fortuna, para beneficio de la reumatología y de los pacientes, la teoría separatista triunfó y empezaron a cambiar los conceptos de esa época escritos por McEwen, Zif, Carmel, Ditata y Tanner⁴⁵ en 1958, quienes empezaron a plantear los diagnósticos diferenciales¹⁰¹.

Hasta la década de 1960s, las enfermedades inflamatorias de tipo reumático se clasificaban de manera diferente en Europa y en Norteamérica. Mientras que en Europa se empezaba a considerar diferente la artritis reumatoide, la artritis

psoriásica, la espondilitis y el Síndrome de Reiter (Artritis reactiva), en la unión americana se consideraba que se trataba de una misma enfermedad: la artritis reumatoide; las demás eran simples variantes de una misma enfermedad y tenían un mismo mecanismo patogénico, tal como se describe en el libro cumbre sobre artritis reumatoide, que fue considerado en su época (1957), como el trabajo más importante de la reumatología americana descrito por Short, Bauer y Reynolds³²; además, estos conceptos eran confirmados por la *American Rheumatism Association* (ARA)¹⁰¹.

Dos hechos importantes contribuyeron a que la ARA liberara a las espondiloartropatías del grupo de la artritis reumatoide. Uno de ellos fue la descripción del factor reumatoide por Rose y Waaler, que resultaba negativo en estas enfermedades, por lo que se empezó a denominar poliartritis seronegativas a las espondiloartritis, la artritis psoriásica, la enfermedad de Reiter, la colitis ulcerativa, la enfermedad de Crohn, la artritis crónica juvenil, la Enfermedad de Whipple, El síndrome de Behçet y las artritis reactivas. A pesar de que la ARA mantuvo esta concepción, el golpe contundente que revirtió el yugo de la AR sobre las espondiloartropatías fueron los trabajos de dos extraordinarios ingleses: JMH Moll, del *General Infirmary of Leeds*, y Verna Wright, del *Royal Bath Hospital* en Arrogate, quienes desde 1971 hasta 1974 escribieron diversos artículos donde definieron varios rasgos comunes en la espondiloartritis como se mencionaba anteriormente: las artritis periféricas, las artritis axiales (sacroilitis con y sin espondilitis anquilosante), tendencia a las manifestaciones clínicas extra articulares comunes, tendencia a la agrupación familiar y el factor reumatoide negativo. Moll y Wright empezaron a utilizar el concepto de espondiloartropatía, derivada de las palabras (del griego *Spondylos* = vértebra, *arthron* = articulación y *pathos* = enfermedad, propuesto por Andrei Calin en 1984¹⁰², para identificar al conjunto de las enfermedades que cumplían los criterios descritos por Wright y Moll, y a la vez le quitaron la terminación "itis". A partir de 1974 el *Vennumbrella* de Wright se empezó a aceptar y de esta manera, todas las enfermedades mencionadas anteriormente se entrelazaron con la columna (espondilitis), la entesitis y el B27¹⁰¹.

Referencias

1. O'Neil T, Silman AJ. Historical background and epidemiology. *Bailliere's Clinical Rheumatology* 1994; 8:245-261.
2. Farber EM. Historical commentary. En Farber EM & Cox AJ (eds) *Psoriasis. Proceedings of the Third International Symposium*, New York: Grune and Stratton, 1981; pp. 7-11.
3. Glickman FS. Lepra, psora, psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1986;14:863-866.
4. Alibert JL. *Precis theorique et pratique sur les maladies de la peau*, Caille et Ravier. Paris, 1818.
5. Bourdillon C. *Psoriasis et arthropathies*, MD Thesis. Paris, 1888.
6. Besnier E. *Psoriasis et artropathies*. *J Med Chirurgis* 1889;IX:12 Dic.
7. Clemmesen S, Arns Ø E. *Rheumatic Diseases*. Prepared by the Committee on publications of the American Rheumatism Association. Philadelphia and London, W. B. Saunders Co, 1952.
8. Scarpa R, Ayala F, Caporaso N, Oliveri I. *Psoriasis, psoriatic Arthritis, or Psoriatic Disease?* *J Rheumatology* 2006;33:210-212.
9. Garrod A, Evans G. *Arthropathia psoriatica*. *Quart J Med* 1924;17:171-175.
10. Hench PS. *Arthropathica psoriatica: presentation of a case*. *Proc. Staff. Meet., Mayo Clin* 1927;2:89.
11. Barber HW. *A case of psoriatic arthropathy*. *Brit J Dermat* 1931;43:188-194.
12. Cannon AB. *Psoriasis of the palms and soles following an attack of arthritis*. *Arch Dermat Syph* 1934; 30:906-909.
13. Shilionsky H, Blake FG. *Arthritis psoriatica: report of a case*. *Ann Int Med* 1936;10:537-541.
14. Jeghers H, Robinson LJ. *Arthropathia psoriatica: report of a case and discussion of pathogenesis, diagnosis and treatment*. *JAMA* 1937;108:949-952.
15. Dawson MH. *A note on the occurrence of psoriasis in rheumatoid arthritis*. *M Clin North America* 1937;21:1807-1810.
16. Pringle GLK. *Discussion on the skin manifestations of rheumatism*. *Proc Roy Soc Med* 1938;31:712-714.
17. Dawson MH, Tyson TL. *Psoriasis arthropathica*. *Tr A Am Physicians* 1938;53:303-309.
18. Epstein E. *Differential diagnosis of keratosis blenorrhagica and psoriatic arthropathy*. *Arch Dermat Syph* 1939;40:547-551.
19. Leczinsky CG. *Incidence of arthropathy in a 10 year series of psoriasis cases*. *Acta dermal venereal* 1948;28:483-487.
20. Fawcett J. *Bone and joint changes associated with psoriasis*. *Brit. J. Radiol* 1950;23:440-453.
21. Vilanova X, Pinol J. *Psoriasis arthropathica*. *Rheumatism* 1951;7:197-202.
22. Sherman MS. *Psoriatic arthritis: observations on clinical, roentgenographic and pathologic changes*. *J Bone & Joint Surg* 1952;34:831-839.
23. Sterne EH, Schneider B. *Psoriatic arthritis*. *Ann Int Med* 1953;38:512-515.

TERCIO HUMIRA

24. Gribble M, DeG. Rheumatoid arthritis and psoriasis. *Ann Rheumat Dis* 1955;14:198-207.
25. Wright V. Psoriasis and arthritis. *Ann Rheumat Dis* 1956;15:348-356.
26. Wright V. Rheumatism and Psoriasis. A Reevaluation. *Am J Med* 1959;27:454-462.
27. Waaler E. On the occurrence of a factor in human serum activating the specific agglutination of sheep blood corpuscles. *Acta path et microbial Scandinav* 1940;17:172-178.
28. Rose H, Ragan C, Pearce E, Lipman MO. Differential agglutination of normal and sensitized sheep erythrocytes by sera of patients with rheumatoid arthritis. *Proc Soc Expert Biol Med* 1948;68:1-6.
29. Greenbury CL, Hill AGS, Spalding R, Good MS. The Rose-Waaler test. *Lancet* 195;1:554-558.
30. Wright V. Psoriasis and arthritis. *Brit J Dermat* 1957; 69:1-7.
31. Bauer W. The diagnosis of various arthritides. *New England J Med* 1939;221:524-533.
32. Short CL, Bauer W, Reynolds WE. Diagnostic criteria for selection of patients. In *Rheumatoid Arthritis*. Massachusetts: Harvard University Press. Cambridge, 1957; 14-82.
33. Bauer W, Bennett GA, Zeller JW. The Pathology of joint lesions in patients with psoriasis and arthritis. *Tr A Am Physicians* 1941;56:349-352.
34. Brocq L. Quelques Réflexions sur l'étiologie du psoriasis à propos des récentes publications américaines. *Ann Dermat et Syph* 1910;1:156-159.
35. Lane CG, Crawford GM. psoriasis – a statistical study of 231 cases. *Arch Dermat Syph* 1937;35:1051-1055.
36. Tobias N. Modern management of psoriasis. *Internat Clin* 1939;3:173-177.
37. Ingram JT. The significance and management of psoriasis. *Brit M J* 1954;2:823-828.
38. Empire Rheumatism Council Investigation of Rheumatoid arthritis. *Brit M J* 1950;1:799-205.
39. Heller G, Jacobson AS, Kolodny MH. A modification of the hemagglutination test for rheumatoid arthritis. *Proc Soc Exp Biol Med* 1949;72:316-321.
40. Heller G, Kolodny MH, Lepow IH, Jacobson AS, Rivera ME, Marks G. The haemagglutination test for rheumatoid arthritis. *J Immunol* 1955;73:340-347.
41. Ball J. Sheep cell agglutination test for rheumatoid arthritis: a clinic-pathological study. *Ann Rheum Dis* 1952;11:97-111.
42. Jacobson AS, Kammerer WH, Wolf J, Epstein WV, Heller G. The hemagglutination test for rheumatoid arthritis. *Amer J Med* 1956;20:490-499.
43. Ziff M. The agglutination reaction in rheumatoid arthritis. *J Chron Dis* 1957;5: 644-667.
44. Ziff M, Brown P, Lospalluto J, Badin J, McEwen C. Agglutination and inhibition by serum globulin in the sensitized sheep cell agglutination reaction in the rheumatoid arthritis. *Amer J Med* 1956;20:500-509.
45. McEwen C, Ziff M, Carmel P, Ditata D, Tanner M. The relationship to rheumatoid arthritis of its so-called variants. *Arthritis rheum* 1958;1:481-488.
46. Wright V. Psoriatic arthritis. A comparative study of rheumatoid arthritis, psoriasis and arthritis associated with psoriasis. *Arch Derm (Chicago)* 1959;80:27-32.
47. Ragan C, Tyson TL. Cryotherapy in rheumatoid arthritis. *Am J Med* 1946;1:252-257.
48. Dixon A, St J. Rheumatoid polyarthritis associated with a negative sheep cell agglutination test. *Ann Rheum Dis* 1958;17:252.
49. Acheson ED. An association between ulcerative colitis regional enteritis and ankylosing spondylitis. *Quarterly Journal of Medicine* 1960;29:489-496.
50. Wright V, Reed WB. The link between Reiter's syndrome and psoriatic arthritis. *Ann Rheumat Dis* 1964;23:12-21.
51. Wright V. Psoriasis arthritis: a comparative study of rheumatoid arthritis and arthritis associated with psoriasis. *Ann Rheum Dis* 1961;20:123-132.
52. Wright V, St J, Dixon. Psoriatic arthropaties. En *Clinical Rheumatology*, ed. Churchill, London 1965;220-227.
53. Wright V, Copeman WSC. Psoriatic arthritis En *Textbook of Rheumatic Diseases*. Livingstone, Edinburgh 1969;4:632-633.
54. Wright V, Moll JMH. Psoriatic arthritis. *Bull Rheum Dis* 1971;21:627-632.
55. Coste F, Francon J, Touraine R, Loyau G. Polyarthrite psoriasique. *Rev Rheum* 1958;25:75-79.
56. Theiss B, Boni A, Wagenhäuser F, Schnyder UW, Fehr K. Psoriasis- spondylarthritis. *Rheumaforsch* 1969;28: 93-96.
57. Baker H, Golding DN, Thompson M. Psoriasis and arthritis. *Ann Intern Med* 1963;58:909-925.
58. Baker H, Golding DN, Thompson M. Atypical polyarthritis in psoriatic families. *Brit Med J* 1963;2:348-354.
59. Baker H. The relationship between psoriasis, psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis. An epidemiological, clinical and serological study. M.D. Thesis, University of Leeds, 1965.
60. Baker H. Epidemiological aspects of psoriasis and arthritis. *Brit J Derm* 1966;78:249-261.
61. Avila R, Pugh DG, Slocumb CH, Winkelmann RK. Psoriatic arthritis: a roentgenologic study. *Radiology* 1960;75:691-701.
62. Gibson MJ, Ling NR. Modified Waaler- Rose reaction employing sensitized human cells. *Ann Rheum Dis* 1956;15:246-253.
63. Dixon A, St J, Lience E. Sacroiliac joint in adult rheumatoid arthritis and psoriatic arthropathy. *Ann Rheum Dis* 1961;20:247-251.
64. Dixon A. St J. Rheumatoid arthritis with negative serological reaction. *Ann Rheum Dis* 1960;19:209-216.
65. Blumberg BS, Bunim JJ, Calkins E, Pirani CL, Zvaifler NJ. Nomenclature and classification of arthritis and rheumatism (tentative) accepted by The American Rheumatism Association. *Bull Rheum Dis* 1964; 14:339-340.
66. Tiedeman G. Z. Symptomatology und Ätiologie der psoriasis arthropatica. *Menschl Vererb-u. Konstit – Lehre* 1951;30:248-256.

67. Steinberg AG, Becker SW, Fitzpatrick TB, Kierland RR. A genetic and statistical study of psoriasis. *Amer J Hum Genet* 1951;3:267-271.
68. Theiss B, Schnyder V W, Boni A. Intrafamiliar immunochemische Untersuchungen bei Psoriasis-Arthritis and Psoriasis-spondylarthritis. *Arch Klin Exp Derm* 1970;239:70-76.
69. Theiss B, Schnyder UW, Boni A, Wagenhäuser F. Intrafamiliar Untersuchungen bei Psoriasis-Arthritis. *Z. Rheuma for. Sch* 1969;28:403-408.
70. Moll JMH. A family study of psoriatic Arthritis. MD. Thesis, University of Oxford, 1971.
71. Moll JMH, Wright V. Familiar occurrence of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 1973;32:181-201.
72. Bauer J, Vogl A. Psoriasis and Gelenkleiden. *Klin Wschr* 1931;10:1700.
73. Romanus T. Psoriasis from a prognostic and hereditary point of view. *Quarterly J Med* 1945;26.
74. Világhy I, Krebs A. Untersuchungen Über die Vererblichkeit des Syndroms Psoriasis arthropathica. *Dermatologica* 1970;140:209.
75. Hoede K. Zur Frage der Erblichkeit der psoriasis. *Hautarzt* 1957;8:433.
76. Ward JH, Stephens FE. Inheritance of psoriasis in a Utah Kindred. *Arch Dermatol* 1961;84:589-596.
77. Lomholt G. Psoriasis: Prevalence, Spontaneous Course and Genetics. A Census Study on the Prevalence of Skin Diseases on the Faroe Island. Copenhagen: GEG. Gad 1963;157-184.
78. Clarke CA. Genetic counseling. *Brit Med J* 1972;1:606-610.
79. Kellgren JH. Heberden oration, 1963. The epidemiology of rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 1964;23:109.
80. Macrae IF, Wright V. A family study of ulcerative colitis with particular reference to ankylosing spondylitis and sacrolitis. *Ann Rheum Dis* 1973;32:16.
81. Haslock I, Macrae IF, Wright V. Arthritis and intestinal disease: a comparison of two family studies. *Rheumatol and Rehabil* 1974;13:135-140.
82. Haslock I. Arthritis and Crohn's disease: a family study. *Ann Rheum Dis* 1973;32:479-486.
83. Haslock I. The arthritis associated with Crohn's disease: a family study. MD Thesis, University of Edinburgh, 1972.
84. Wright V, Chamberlain MA. Behçet's syndrome. *Bull Rheum Dis* 1978-1979;29(1-2):972-979.
85. Polley HF, Slocumb CH. Rheumatoid Spondylitis: A study of 1035 cases. *Ann Inter Med* 1947;26:240-249.
86. Boland EW, Shebesta EM. Rheumatoid spondylitis: Correlation of clinical and Roentgenographic Features. *Radiology* 1946;47:551-561.
87. Fletcher E, Rose FC. Psoriasis spondylitica. *Lancet* 1955;1:695-699.
88. Graber Duvernay J. A propos de la spondylarthrite psoriasique. *Rev Rhum* 1957;24:288-293.
89. Wright V. Psoriasis and arthritis: a study of the radiographic appearances. *Brit J Radiol* 1957;30:113-118.
90. Reed W B. Psoriatic arthritis. A completed clinical study of 86 patients. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1961;41:396-403.
91. Schober P. Lendenwirbelsäule und Kreuzschmerzen. *Münch. Med. Wschr* 1937;84:336.
92. Macrae I, Wright V. Measurement of back movement. *Ann Rheum Dis* 1969;28:584-589.
93. Macrae I, Wright V. Normal range of spinal mobility: An objective clinical study. *Ann Rheum Dis* 1971;30:381-386.
94. Moll JMH, Liyanage SP, Wright V. An objective clinical method to measure lateral spinal flexion. *Rheum Phys Med* 1972;11:225-239.
95. Moll JMH, Liyanage SP, Wright V. An objective clinical method to measure lateral spinal extension. *Ann Rheum Dis* 1972;11:293-312.
96. Moll JMH, Liyanage SP, Wright V. An objective clinical study of chest expansion. *Ann Rheum Dis* 1972;31:1-8.
97. Wright V, Moll JMH. Psoriatic arthritis. En: Seronegative Polyarthritides. North-Holland: Amsterdam 1976;169-235.
98. Moll JMH, Haslock I, Wright V. Chap 24. Seronegative spondylarthritides En: Copeman's Textbook of the Rheumatic Diseases. Edinburgh, London, New York 1978;5:578-591.
99. Moll JMH, Haslock I, Wright V. Chap 28. Seronegative spondylarthritides En: Copeman's Textbook of the Rheumatic Diseases. Churchill Livingstone: Edinburgh, London, Melbourne, New York 1986;6:723-744.
100. Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 1973;3:55-78.
101. Iglesias-Gamarrá A, Restrepo-Suárez JF, Valle-Oñate R. Historia de la espondiloartropatías. En: Espondiloartropatías. Rafael Valle Oñate, Luis R Espinoza, John Londoño Patiño. Editores Asociación Colombiana de Reumatología, Universidad de la Sabana. Bogotá, 2007. Capítulo I, pp. 20-46.
102. Calin A. Spondylarthropathies: an overview. En: Calin A, ed. *Spondylarthropathies*. Grune Straton 1984.