

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Vasculitis de pequeños vasos: Análisis clínico, epidemiológico y terapéutico en 82 pacientes

María Carmen Pesántez Bravo,¹ María Eugenia Gómez Caballero,¹ Patricio Alexander Merino Aguilera,² Jennifer Andrea Freire-Ochoa³

¹Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

²Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador.

³Universidad Internacional Iberoamérica de México, Campeche, México.

Small vessel vasculitis: clinical, epidemiological and therapeutic analysis in 82 patients

PALABRAS CLAVE

Vasculitis, Granulomatosis de Wegener, Síndrome de Churg-Strauss, Poliangiitis Microscópica, Vasculitis Leucocitoclástica Cutánea, Crioglobulinemia

KEYWORDS

Vasculitis, Wegener's granulomatosis, Churg-Strauss syndrome, Microscopic polyangiitis, Cutaneous leukocytoclastic vasculitis, Cryoglobulinemia

CORRESPONDENCIA

Jennifer Andrea Freire Ochoa
Huayanay y Pachacamac. Cuenca, Ecuador.
+593 987645828
andrea94freire@gmail.com

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen conflictos de interés en esta publicación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil clínico, epidemiológico y terapéutico de los pacientes con diagnóstico de vasculitis de pequeños vasos.

Métodos: Se desarrolló un estudio descriptivo y retrospectivo en 82 pacientes con vasculitis de pequeños vasos atendidos en el departamento de Reumatología del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, durante el período enero 2019 a diciembre 2021 sobre las variables sociodemográficas, clínicas e inmunológicas, comorbilidades asociadas a la enfermedad, índice de actividad de la enfermedad al momento del diagnóstico y en el tratamiento.

Resultados: El 93,90% (n=77) de los pacientes viven en la zona urbana de la provincia de Pichincha ciudad de Quito, identificándose como mestizos, con una prevalencia del 63,40% de mujeres. El tipo de vasculitis que más sobresale es la granulomatosis con poliangiitis con el 56,10% (n=46) de pacientes. El 69,50% tuvo como principal manifestación clínica las afectaciones renales y el 54,90% presentó alteración respiratoria. En relación con los marcadores inmunológicos, la presencia de ANCA C positivo representa el 46.3%. El medicamento más utilizado fueron los glucocorticoides al inicio de la enfermedad en un 98.8%. De los 86 pacientes en estudio, 25 fallecieron durante tres años de seguimiento.

Conclusiones: La granulomatosis con poliangiitis se presentó con mayor frecuencia, con una edad media al diagnóstico de 44 años en

la población mestiza y la manifestación clínica más frecuente fue el compromiso renal.

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical, epidemiological, and therapeutic profiles of patients diagnosed with small vessel vasculitis.

Methods: A descriptive and retrospective study was developed in 82 patients with small vessel vasculitis treated in the Rheumatology department of the Carlos Andrade Marín Hospital in the city of Quito, during the period January 2019 to December 2021 on sociodemographic, clinical, and immunological variables, comorbidities associated with the disease, disease activity index at the time of diagnosis and in the treatment.

Results: 93.90% (n=77) of the patients live in the urban area of the province of Pichincha city of Quito, identified as mestizos, with a prevalence of 63.40% of women. The type of vasculitis that stands out the most is granulomatosis with polyangiitis in 56.10% (n=46) of the patients. Renal involvement was the main clinical manifestation in 69.50% and 54.90% had respiratory alterations. About immunological markers, the presence of ANCA C positive represented 46.3%. The most used medication was glucocorticoids at the beginning of the disease in 98.8%. Of the 86 patients in the study, 25 died during three years of follow-up.

Conclusions: Granulomatosis with polyangiitis occurred more frequently, with a mean age at diagnosis of 44 years in the mestizo population, and the most frequent clinical manifestation was renal involvement.

INTRODUCCIÓN

La inflamación de los vasos sanguíneos genera anomalías clínico-patológicas cuya consecuencia es un proceso de vasculitis, caracterizada por la tumefacción, desintegración y existencia de un infiltrado en el espesor de las paredes arteriales, venosas y capilares.^{1,2}

En el estudio realizado por Solano, et al. indica que son frecuentes las vasculitis en cada cinco hombres por una mujer antes de los 15 años, a razón de 26 casos por 100 000 pacientes.³ En Latinoamérica son escasos los estu-

dios, pero se ha reportado en países como México, Brasil, Chile, Colombia y Perú una prevalencia de vasculitis de grandes vasos en alrededor del 0,8 por cada 100 000 habitantes. Otro estudio realizado por Scolnik M, et al, 2018 da a conocer que, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina, se identificó una incidencia de 8,6 por 100.000 paciente-año y una prevalencia de 28,6 por 100.000 en pacientes mayores de 50 años con vasculitis sistémica.⁴ No obstante, la incidencia global en vasculitis de pequeños vasos es de 16 casos por 1 000 000 de habitantes en un año.⁵⁻⁹

Dentro de los procesos etiológicos en vasculitis se han involucrado a los agentes infecciosos de tipo viral, bacteriano y micótico, así como algunos fármacos, enfermedades inflamatorias y neoplasias; pero en varios estudios se describe que más de mitad de la población no tiene un diagnóstico etiológico establecido.^{2,7}

Durante muchos años las vasculitis se han clasificado por las características propias del vaso afectado, pero el Consenso Internacional de Chapel Hill en 2012 elaboró una nomenclatura, estableciendo los tipos de vasculitis como grande, mediano y pequeño vaso.¹⁰⁻¹² Las vasculitis de pequeños vasos son una enfermedad caracterizada por isquemia y necrosis de arterias intraparenquimatosas, arteriolas, capilares y vénulas.¹³ Los síntomas más frecuentes en los pacientes con vasculitis de pequeños vasos son la púrpura palpable, hemorragia alveolar, presencia de granulomas cutáneos, daños en los ojos como uveítis, escleritis o epiescleritis y glomerulonefritis. Además de la existencia de síntomas generales como la fiebre, cefaleas, astenia, anorexia, dolores mioarticulares, urticaria, nódulos, pápulas, púrpuras y úlceras.^{1,11}

Su diagnóstico es complejo para ello se pueden realizar a determinados pacientes pruebas histológicas mediante biopsia en tejidos como riñón, pulmón, nasofaringe y senos paranasales. Además, es importante la necesidad de estudios angiográficos e inmunohistoquímicos según criterios de clasificación.¹⁴⁻¹⁷ Los pacientes frecuentemente muestran cifras de hemoglobina y hematocrito bajos, elevación de proteína C reactiva y eritrosedimentación, mientras que en la biopsia de la dermis o renal es frecuente la presencia de edema, células epiteliales e infiltrado inflamatorio de tipo neutrofílico y granulomas.^{13,14}

Son escasos los estudios previos de caracterización de la enfermedad, por tanto, esta investigación amplia los conocimientos, tomado en consideración un correcto análisis

bibliográfico favoreciendo al profesional de la salud en todos los niveles de atención y a los pacientes portadores de la enfermedad, pues influirá en un diagnóstico, tratamiento adecuado y el pronóstico de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron de forma retrospectiva las historias clínicas con la respectiva Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en pacientes con de vasculitis de pequeño vaso de tipo vasculitis granulomatosis con poliangeitis (GPA), poliangeitis microscópica (PAM), vasculitis leucocitoclástica cutánea (VLC), síndrome de Churg-Strauss (SChS) y vasculitis crioglobulinémica, atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social en la ciudad de Quito durante el período enero 2019 a diciembre 2021. Se incluyeron 82 pacientes de la base de datos institucional que cumplieron con los criterios del American College of Rheumatology para vasculitis de pequeños vasos.¹⁸ El análisis de resultados se estableció a partir de los datos obtenidos en la base anonimizada o pseudoanonimizada que la institución entregó al investigador, según el formulario elaborado y el Birmingham Vasculitis Activity Score (versión 3). Se utilizó

una base digital en Excel, se procesó la información en el software SPSS para Windows versión 23 y los datos obtenidos fueron el perfil clínico epidemiológico, conjunto de medidas signos, síntomas, factores riesgo demográficos simples, así como medidas de tratamiento de eficacia demostrada y reconocida en el medio sanitario frente a la patología. Los resultados se indicaron en media o porcentaje con sus respectivos desvíos estándar (\pm) o intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

RESULTADOS

Se incluyeron a 82 pacientes, de ellos el 56.1% (n=46) presentaron el tipo de vasculitis granulomatosis con poliangeitis (GPA), el 34,10% (n=28) corresponde a poliangeitis microscópica (PAM), el 4,90% (n=4) poseen vasculitis leucocitoclástica cutánea (VLC), el 3,7% (n=3) mostraron síndrome de Churg-Strauss (SChS) y existió un paciente con vasculitis crioglobulinémica. La media de edad general de los pacientes incluidos es de 44 años. El grupo de edad de 65 años en adelante tuvo un porcentaje de 42,70 (n=35) y en el rango de 40 a 45 años se estableció el 41,5%. Predominó el sexo femenino con el 63,40% (n=52). El 97,60% (n=80) de individuos se auto-identificaron como mestizos, tan solo el 2,40% (n=2) son blancos y negros (p .991). (Tabla 1)

Tabla 1. Vasculitis de pequeño vaso. Características sociodemográficas y tipo de vasculitis de 82 pacientes.

	SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS (n=3) (%=3,7)	VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA (n=1) (%=1,2)	VASCULITIS GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS (n=46) (%=56,1)	POLIANGEITIS MICROSCÓPICA (n=28) (%=34,1)	VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA CUTÁNEA (n=4) (%=4,9)	Total (n=82) (%=100)	Valor p
Edad	Media		44				
	19-39	1 (33,3%)	0 (0,0%)	7 (15,2%)	5 (17,9%)	13 (15,9%)	
	40-65	1 (33,3%)	0 (0,0%)	22 (47,8%)	9 (32,1%)	34 (41,5%)	,799
	>65	1 (33,3%)	1 (100%)	17 (37,0)	14 (50)	35 (42,7%)	
Género	Masculino	0 (0,0%)	0 (0,0%)	19 (41,3%)	8 (28,6%)	30 (36,6%)	
	Femenino	3 (100,0%)	1 (100,0%)	27 (58,7%)	20 (71,4%)	52 (63,4%)	,194
Etnia	Blanca	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,2%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)	
	Negra	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,2%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)	,991
	Mestiza	3 (100,0%)	1 (100,0%)	44 (95,7%)	28 (100%)	80 (97,6%)	
Estado Civil	Soltero	0 (0,0%)	1 (100,0%)	6(13,0%)	6(21,4%)	14(17,1%)	
	Casado	3 (100,0%)	0 (0,0%)	29(63,0%)	15(53,6%)	49(59,8%)	
	Viudo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4(8,7%)	2(7,1%)	6(7,3%)	,690
	Unión Libre	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2(4,3%)	0(0,0%)	3(3,7%)	
	Separado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(2,2%)	2(7,1%)	3(3,7%)	
	Divorciado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4(8,7%)	3(10,7%)	7(8,5%)	
Procedencia	Urbano	3(100%)	1 (100%)	44(95,7%)	25(89,3%)	77(93,9%)	
	Rural	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2(4,3%)	3(10,7%)	6(6,1%)	,771

Elaborado por: Pesántez Bravo María Carmen
Fuente: Matriz SPSS

Las afectaciones renales y las afectaciones respiratorias fueron las manifestaciones clínicas que prevalecieron en los pacientes con el 69,50% (n=57) y el 54,90% (n=45) respetivamente. En el caso de la GPA y PAM, la forma de comienzo más frecuente fue el compromiso renal. (Tabla 2)

En cuanto a laboratorio inmunológico de pacientes con diagnóstico de vasculitis de pequeño vaso, el 46,30% (n=38) presentó ANCA C positivo. En relación con ANCA P se observó el 37,80% (n=31) y Factor Reumatoide el 20,70% (n=17) de pacientes. Con respecto al ANA, ANTI-DNA y Crioglobulinas no se llegó a más del 2% de casos positivos.

En el caso de la GPA el 71.7% (n=33) fueron ANCA C positivos, y de ellos el 17.4% (n=8) fueron ANCA P. Con respecto a la PAM, el 82.0% (n=23) fueron ANCA P positivos y el 17.9 % (n=5) son ANCA C. En el SchS los marcadores ANCA fueron negativos, 33.3% (n=1) ANA positivo con presencia del factor reumatoide del 66,7% (n=2). (Tabla 3)

Biopsia tisular fue realizada en 49 pacientes y los resultados fueron compatibles con vasculitis de pequeños vasos. Los sitios de toma de biopsia fueron: riñón en 22 casos, piel en 8 pacientes, pulmón en 10 pacientes, nasal en 5 y tráquea 2 pacientes. (p= .013) (Tabla 3)

Tabla 2. Vasculitis de pequeño vaso. Principales manifestaciones clínicas de 82 pacientes.

	SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS (n=3) (%=3,7)	VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA (n=1) (%=1,2)	VASCULITIS GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS (n=46) (%=56,1)	POLIANGEITIS MICROSCÓPICA (n=28) (%=34,1)	VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA CUTÁNEA (n=4) (%=4,9)	Total (n=82) (%=100)	Valor p
Afectación respiratoria	1 (33,3%)	0 (0,0%)	27 (58,7%)	17 (60,7%)	0 (0,0%)	45 (54,9%)	,121
Afectación Renal	1 (33,3%)	1 (100%)	29 (63%)	26 (92,9)	0 (0,0%)	57 (69,5%)	,001
Afectación cutánea	1 (33,3%)	1 (100%)	12 (26,1%)	3 (10,7%)	4 (100%)	21 (25,6%)	,001
Mialgias	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (26,1%)	3 (10,7%)	1 (25,0%)	16 (19,5%)	,449
Dolor abdominal	1 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (4,3%)	4 (14,3%)	0 (0,0%)	7 (8,5%)	,282
Hematuria	0 (0,0%)	0 (0,0%)	15 (32,6%)	14 (50%)	1 (25%)	30 (36,6%)	,285
Artralgias	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (43,5%)	7 (25,0%)	1 (25%)	28 (34,1)	,283
Otitis Media	1 (33,3%)	0 (0,0%)	8 (17,4%)	1 (3,6%)	0 (0,0%)	10 (12,2%)	,282

Elaborado por: Pesántez Bravo María Carmen
Fuente: Matriz SPSS

Tabla 3. Marcadores inmunológicos y resultados de biopsia en 82 pacientes con diagnóstico de vasculitis de pequeño vaso.

MARCADORES INMUNOLÓGICOS	SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS (n=3) (%=3,7)	VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA (n=1) (%=1,2)	VASCULITIS GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS (n=46) (%=56,1)	POLIANGEITIS MICROSCÓPICA (n=28) (%=34,1)	VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA CUTÁNEA (n=4) (%=4,9)	Total (n=82) (%=100)	Valor p
ANCA C Positivo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	33 (71,7%)	5 (17,9%)	0 (0,0%)	38 (46,3%)	,000
ANCA P Positivo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (17,4%)	23 (82,1%)	0 (0,0%)	31 (37,8%)	,000
ANA Positivo	1 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (4,3%)	3 (10,7)	0 (0,0%)	6 (7,3%)	,347
ANTI DNA Positivo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,6%)	1 (3,6%)	1 (1,2%)	,745
FACTOR REUMATOIDE Positivo	2 (66,7%)	1 (100%)	8 (17,4%)	4 (14,3%)	2 (50,0%)	17 (20,7%)	,029
CRIOGLOBULINAS Positivo	1 (33,3%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (2,4%)	,000
BIOPSIA	3 (100%)	1 (100%)	28 (62,2%)	13 (46,4%)	4 (100%)	49 (60,5%)	,107
Sitio de punción Piel	1 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (7,1%)	1 (7,7%)	4 (100%)	8 (16,3%)	,013
Pulmón	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (32,1%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	10 (20,4%)	
Tráquea	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,65%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	2 (4,1%)	
Nasal	1 (33,3%)	0 (0,0%)	4 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (10,2%)	
Renal	1 (33,3%)	1 (100%)	10 (35,7%)	10 (76,9%)	0 (0,0%)	22 (44,9%)	
Otro	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (7,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (4,1%)	

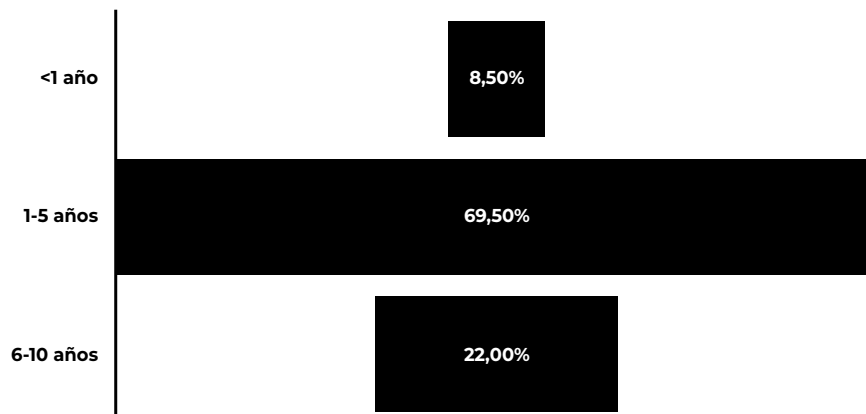
Elaborado por: Pesántez Bravo María Carmen
Fuente: Matriz de recolección

En el gráfico 1, se puede observar que en la mayoría de los pacientes (69,5%) el tiempo de demora diagnóstica desde el inicio de los síntomas fue entre 1 y 5 años.

Para el análisis del tratamiento asignado a cada paciente, los glucocorticoides fueron el tratamiento principal con el 98,80% (n=81), le sigue la ciclofosfamida, 64,60% (n=53), azatioprina con el 47,60% (n=39) y el rituximab con el 48,80% (n=40). (Tabla 4)

Se describió que el 30,50% (n=24) de pacientes diagnosticados con vasculitis de pequeño vaso fallecieron, de los cuales el 30,4,1 % (n=14) representa a los pacientes con diagnóstico de GPA y el 32.1% (n=9) con PAM durante tres años de seguimiento. (Tabla 4)

Gráfico 1. Tiempo del diagnóstico desde el inicio de la enfermedad.



Elaborado por: Pesántez Bravo María Carmen
 Fuente: Matriz de recolección

Tabla 4. Tratamiento y fallecimientos en 82 pacientes con diagnóstico de vasculitis de pequeño vaso.

TRATAMIENTO	VASCULITIS					Total (n=82) (%=100)	Valor p
	SChs (n=3) (%=3,7)	CRIOGLOBULINÉMICA (n=1) (%=1,2)	GPA (n=46) (%=56,1)	PAM (n=28) (%=34,1)	VLC (n=4) (%=4,9)		
Glucocorticoides	3 (100%)	1 (100%)	45 (97,8%)	28 (100%)	4 (100%)	81 (98,8%)	,939
Ciclofosfamida	2 (66,7%)	0 (0,0%)	32 (69,6%)	19 (67,9%)	0 (0,0%)	53 (64,6%)	,045
Azatioprina	1 (33,3%)	0 (0,0%)	23 (50,0%)	13 (46,4%)	2 (50%)	39 (47,6%)	,864
Metotrexate	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (17,4%)	2 (7,1%)	3 (75,0%)	13 (15,9%)	,047
Micofenolato	2 (66,7%)	1 (100%)	19 (41,3%)	10 (35,7%)	0 (0,0%)	32 (39%)	,048
Ciclosporina	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (4,3%)	1 (3,6%)	2 (50%)	5 (6,1%)	,049
Sulfazalazina	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)	,050
Rituximab	3 (100%)	1 (100%)	29 (63%)	7 (25%)	0 (0,0%)	40 (48,8%)	,051
FALLECIDOS	0 (0,0%)	1 (100%)	14 (30,4%)	9 (32,1%)	1 (25%)	25 (30,5%)	,450

Elaborado por: Pesántez Bravo María Carmen
 Fuente: Matriz de recolección

Se estudió el índice de actividad al momento del diagnóstico, siguiendo los criterios de Birmingham Vasculitis Activity Score. La mayoría de los pacientes (52,4%) presentaron un BVAS entre 11 y 20 (baja actividad). (Tabla 5)

DISCUSIÓN

La vasculitis es una enfermedad poco frecuente en la práctica clínica, no obstante, por ser una alteración grave, se debe sospechar ante la presencia de manifestaciones clínicas que implique dificultades en el riego sanguíneo. Sánchez BLP, et al. en su estudio analiza diversos casos clínicos en adultos mayores mediante la escala de actividad de vasculitis de Birmingham y la biopsia renal, indicando que las vasculitis tienen un mal pronóstico a corto plazo y 50 % de la mortalidad se presenta en el primer mes después del diagnóstico.¹⁹

En los pacientes diagnosticados con vasculitis de pequeños vasos, un 63,40% eran mujeres, en base al rango de edad se identificó un gran porcentaje en las personas mayores a 65 años, este análisis concuerda con el estudio de Lane SE, et al, 2005 al observar mayor afección en población adulta entre los 75 años (6.7%).²⁰

Lane SE, et al, revisaron los registros de 99 pacientes con vasculitis sistémica primaria que asistieron al Hospital Universitario de Norfolk y Norwich en Reino Unido, de 1988 a 2000, de los cuales todos los pacientes eran caucásicos. Por el contrario, dentro del estudio elaborado en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín el 97,6% de los pacientes se autoidentificaron como mestizos y tan solo 1,20% como blancos y negros respectivamente. En su gran mayoría viven en la zona urbana del país, en la provincia de Pichincha.²⁰

La Granulomatosis con poliangeitis presenta manifestaciones clínicas a nivel pulmonar y renal, coincidiendo con la literatura de Cervera, Blanco, Silva, Paredes, & Torres, 2017, quienes indican que las alteraciones clínicas estarían en proporción al territorio irrigado por el vaso dañado, de tal manera que se puede encontrar tanto afectación renal como respiratoria.¹⁶ González Quijada S, et al. en su estudio de 91 pacientes con vasculitis atendidos en el hospital desde enero de 1991 hasta marzo de 2001, describen los siguientes síntomas: púrpura palpable (89%), fiebre (36%), astenia (20%), artromialgias (19%) y nefropatía (18%).²¹

Hernández-Rodríguez J, et al, analiza las manifestaciones clínicas en la vasculitis crioglobulinémica cuya presentación clínica más frecuente consiste en la tríada de Meltzer (púrpura palpable, artralgias y astenia) presente en más del 80% de los pacientes al inicio de la enfermedad. Como medida de evaluación de la actividad en las Vasculitis Asociadas a ANCA se utilizó el Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS), obteniendo el 31.7% de pacientes que poseen la enfermedad con actividad alta.^{22,23}

El tratamiento utilizado durante todo el estudio para controlar la inflamación incluyó glucocorticoides en el 98,80%, seguido de la clofosfamida. El análisis realizado por Yates, et al., 2016, según las recomendaciones de EULAR/ERA-EDTA se considera que la ciclofosfamida y el rituximab tienen eficacia.²⁴ Otras de las recomendaciones brindadas por la Sociedad Argentina de Reumatología para el tratamiento de las vasculitis en pacientes con GPA/PAM indican el uso de ciclofosfamida endovenosa para el tratamiento de inducción y en pacientes con GPA/PAM con enfermedad severa.²⁵

Existieron limitantes durante la investigación, al ser un estudio retrospectivo se restringió la obtención de datos

Tabla 5. Índice de actividad BVAS.

	N	%
0-10	10	12,2
11-20	43	52,4
21-30	26	31,7
31-40	3	3,7
Total	82	100

Elaborado por: Pesántez Bravo María Carmen
Fuente: Matriz de recolección

por el hecho que algunos pacientes no contaron con estudios histopatológicos. También consideramos una limitante el hecho de realizar la investigación en un centro de referencia de la ciudad con un número bajo de pacientes en estudio. Por esto, es necesario que esta investigación sea multicéntrica, con la inclusión de varias regiones del país. El conocimiento de las características clínicas en vasculitis con dificultad diagnóstica permite iniciar de manera pertinente una terapia e influir en el pronóstico del paciente.

CONCLUSIÓN

Dentro de las vasculitis de pequeños vasos, la granulomatosis con poliangeitis fue la vasculitis que se observó con mayor frecuencia en la población mestiza atendida en este centro hospitalario, con una edad media al diagnóstico de 44 años y las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron a nivel renal. Se requieren estudios multicéntricos que incluyan a un mayor número de pacientes dentro de Ecuador como para poder establecer características clínicas y epidemiológicas que ayuden en el diagnóstico y tratamiento temprano.

REFERENCIAS

1. Chércoles Cazate LE, Fong Estrada JA. Algunas especificidades sobre las vasculitis. *MEDISAN* [Internet]. noviembre de 2016 [citado 16 de mayo de 2023];20(11):2395-409. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192016001100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Características clínicas, causas y hallazgos histopatológicos de las vasculitis cutáneas en niños | *DERMATOLOGÍA REVISTA MEXICANA*. 26 de febrero de 2021 [citado 17 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.revisionporpares.com/index.php/Derma/article/view/5045>
3. Solano VL, Mata AO, Garita SS. Diagnóstico y tratamiento de la Vasculitis por IgA. *Revista Medica Sinergia* [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 26 de mayo de 2023];7(4):e791-e791. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/791>
4. Scolnik M, Scaglioni V, Magri SJ, Babini AM. Manejo de arteritis de células gigantes en Argentina. Encuesta GESAR Vasculitis. *RevISTA ARGENTINA DE Reumatología*.
5. Palmezano-Díaz JM, Figueroa-Pineda CL, Rodríguez-Amaya RM, Plazas-Rey LK, Palmezano-Díaz JM, Figueroa-Pineda CL, et al. Prevalencia y caracterización de las enfermedades autoinmunitarias en pacientes mayores de 13 años en un hospital de Colombia. *Medicina interna de México* [Internet]. agosto de 2018 [citado 26 de mayo de 2023];34(4):522-35. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0186-48662018000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Delgado IPG, Orellana SIM. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VASCULITIS. Universidad de San Carlos de Guatemala [Internet]. :71. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2018/045.pdf>
7. Benedetto ND, Mujica MXL, Fernandez ME, Touron M, Muñoz SA, Allievi A. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE 29 PACIENTES CON VASCULITIS DE PEQUEÑOS VASOS. 2010;
8. Watts RA, Scott DGI, Lane SE. Epidemiology of Wegener's granulomatosis, microscopic polyangiitis, and Churg-Strauss syndrome. *Cleve Clin J Med*. 2002;69 Suppl 2:SII84-86.
9. Kitching AR, Anders HJ, Basu N, Brouwer E, Gordon J, Jayne DR, et al. ANCA-associated vasculitis. *Nat Rev Dis Primers*. 27 de agosto de 2020;6(1):71.
10. Rosa Alcobendas Rueda, Agustín Remesal Camba, Pablo Fernández Fraga. Vasculitis asociadas a ANCA positivo. *Sociedad Española de Reumatología Pediatría* [Internet]. 2020;239-48. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_vasculitis_anca.pdf
11. Jr EDH, Budd RC, Firestein GS, Genovese MC, Sargent JS, Ruddy S, et al. *Kelley Tratado de Reumatología*. Elsevier - Health Sciences Division; 2006. 1112 p.
12. Bielsa I. Actualización en la nomenclatura de las vasculitis. Conferencia de Consenso Internacional de Chapel Hill, 2012. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 1 de octubre de 2015 [citado 18 de mayo de 2023];106(8):605-8. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es-actualizacion-nomenclatura-vasculitis-conferencia-consenso-articulo-S0001731015001994>
13. Arnold S, Holl-Ulrich K, Müller A, Klapa S, Lamprecht P. [Update on etiopathogenesis of

- small vessel vasculitis]. *Z Rheumatol.* mayo de 2022;81(4):270-9.
14. Montiel D, Sobarzo P, Centurión C, Montiel C, Torres R, Montiel D, et al. Características clínicas y mortalidad de los pacientes con vasculitis sistémica. *Revista Paraguaya de Reumatología* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 19 de mayo de 2023];6(2):60-9. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2413-43412020000200060&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 15. Prieto-González S, Espígol-Frigolé G, García-Martínez A, Alba MA, Tavera-Bahillo I, Hernández-Rodríguez J, et al. The Expanding Role of Imaging in Systemic Vasculitis. *Rheum Dis Clin North Am.* noviembre de 2016;42(4):733-51.
 16. Cervera-Castillo H, Blanco-Favela F, Silva-López YF. Vasculitis asociadas a ANCA en la zona metropolitana oriente de la Ciudad de México*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2017;55.
 17. Enfermedad de Kawasaki con manifestaciones asociadas graves y síndrome de activación macrofágica en un paciente pediátrico. *Arch Argent Pediat* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 19 de mayo de 2023];117(6). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n6a30.pdf>
 18. Grzegorz Goncerz. Guías: diagnóstico y tratamiento de las vasculitis asociadas a ANCA [Internet]. [citado 25 de julio de 2023]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/social/article/323174>
 19. Sánchez BLP, Sanango W, Osorio W. Vasculitis en adultos mayores. A propósito de dos casos y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Nefrología* [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 21 de junio de 2023];6(1):57-62. Disponible en: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/314>
 20. Lane SE, Watts RA, Shepstone L, Scott DGI. Primary systemic vasculitis: clinical features and mortality. *QJM: An International Journal of Medicine* [Internet]. 1 de febrero de 2005 [citado 13 de junio de 2023];98(2):97-111. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hci015>
 21. González Quijada S, Sevil Puras Ma, Valledor AR, Loma R. Clinical analysis of 91 adults with medium and small sized vessel vasculitis. *Anales de Medicina Interna.* 2003;20(9):461-5.
 22. Hernández-Rodríguez J, Espígol-Frigolé G, Prieto-González S, Alba MA, Cid Xutglá MC. Systemic vasculitis. Large vessel vasculitis: giant cell arteritis and Takayasu's arteritis. Small vessel vasculitis: cryoglobulinemic vasculitis and IgA vasculitis. *Medicine (Spain).* 2017;12(29):1690-703.
 23. Pagnoux C. Updates in ANCA-associated vasculitis. *Eur J Rheumatol.* septiembre de 2016;3(3):122-33.
 24. Yates M, Watts RA, Bajema IM, Cid MC, Crestani B, Hauser T, et al. EULAR/ERA-EDTA recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis. *Annals of the Rheumatic Diseases* [Internet]. 1 de septiembre de 2016 [citado 15 de junio de 2023];75(9):1583-94. Disponible en: <https://ard.bmj.com/content/75/9/1583>
 25. Babini A, Magri S, Kostianovsky A, Pena C, Scolnik M, Zamora N, et al. Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Reumatología para el tratamiento de las vasculitis asociadas a ANCA. *Revista Argentina de Reumatología* [Internet]. 20 de noviembre de 2022 [citado 25 de julio de 2023];33(Sup5):1-49. Disponible en: <https://ojs.reumatologia.org.ar/index.php/revistaSAR/article/view/706>

AGRADECIMIENTO

Se reconoce y agradece a los miembros del servicio de Reumatología Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social en la ciudad de Quito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Los autores del presente artículo financiaron los gastos de esta investigación. Los costos hospitalarios fueron financiados por la casa de salud y no se presentaron gastos adicionales para los tutores del paciente.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Los datos fueron recolectados de los archivos médicos proporcionados por el servicio de Reumatología Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín en la ciudad de Quito los cuales no están disponibles públicamente debido a la confidencialidad de el participante, pero están disponibles bajo una solicitud académica claramente justificada.