



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado e Investigación



Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Unidad Médica de
Alta Especialidad La Raza

“ FRECUENCIA DE LOS TIPOS DE VASCULITIS SISTEMICAS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES ANTONIO FRAGA MOURET DE LA UMAE LA RAZA DE
1980 AL 2007”

TESIS

PARA OBTENER ELGRADO EN
ESPECILISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A

DRA. JOHANA GERALDIN CAMACHO RIVERA

ASESOR DE TESIS. Dra. Olga Lidia Vera Lastra

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

México, D.F. 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE AUTORIZACIÓN

Dr. Jesús Arenas Osuna

Jefe de la División de Educación en Salud

UMAE, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”

Centro Médico Nacional “La Raza”

Dra. Olga Lidia Vera Lastra

Titular del curso universitario en Medicina Interna

UMAE, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”

Centro Médico Nacional “La Raza”

Proyecto de investigación número: R-2007-3501-63

INDICE

HOJA DE AUTORIZACIÓN	2
DEDICATORIAS	3
AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	9
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	11
PACIENTES Y MÉTODOS	17
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	39

Camacho- Rivera J, Vera-Lastra O. **Frecuencia de los tipos de vasculitis sistémicas en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret de la UMAE la Raza de 1980 al 2007.**

RESUMEN: Las vasculitis comprenden un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos con diversas manifestaciones clínicas y patológicas.

Objetivo: determinar la frecuencia de los diferentes tipos de vasculitis en el Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” de la UMAE La Raza del año 1980 al año 2007.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo, descriptivo transversal se revisaron 194 expedientes en periodo de 1980 al 2007, se analizaron sus características demográficas. Para los resultados se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Fueron 194 casos de vasculitis con Takayasu 42%, granulomatosis de Wegener 22%, tromboangeítis obliterante 10.8%, Síndrome de Churg Strauss 6.1%, vasculitis leucocitoclastica 5.6% con, poliarteritis nodosa 5.2%, poliangeítis microscópica 3.6%, vasculitis primaria del Sistema Nervioso Central 3.3%, vasculitis crioglobulinémica 2.2%, púrpura de Henoch-Schönlein 2.2%, enfermedad de Behçet 1.1%, arteritis de células gigantes 0.6%.

Conclusiones: Las vasculitis más frecuentes en el departamento de Medicina Interna Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” fueron la arteritis de Takayasu, seguido granulomatosis de Wegener y tromboangeítis obliterante. Dados los factores raciales, étnicos y situacionales de la población estudiada.

PALABRAS CLAVE: *Frecuencia, Vasculitis sistémicas.*

Camacho- Rivera J, Vera-Lastra O. **Frecuency of the Systemic Vasculitis in Internal Medicine Service of Antonio Fraga Mouret Specialty Hospital since 1980 to 2007.**

ABSTRACT: The vasculitis are an heterogeneous group of diseases characterized by inflammation and necrosis of blood vessels with many features clinical and pathological.

Objective: To determine the frequency established for the distinct types of vasculitis in the Specialty medical center “Antonio Fraga Mouret” of the UMAE La Raza from the year 1980 to the year 2007.

Methods: It was a retrospective, descriptive, transversal study we review 194 medical files diagnosed with systemic vasculitis from 1980 to 2007, analyzing demographic variables. The results were analyzed with descriptive statistics measures central tendency

Results: 194 cases were analyzed and were obtained the following results: Takayasu arteritis 42%, Wegener’s granulomatosis 22% with; tromboangeitis obliterans 10.8% with a mean age of 46.2 ages; Churg-Strauss syndrome 6.1%; leucocytoclastic vasculitis 5.6%, poliarteritis nodosa 5.2%, , mycroscopic poliangeitis 3.6%, central nervous system primary vasculitis 3.3%, cryoglobulinemic vasculitis 2.2%; Henoch-Schönlein purpura 2.2%, Behçet disease 1.1%, giant cell arteritis 0.6%

Conclusion: The most frequent vasculitis in the Internal Medicine department of the Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret were Takayasu arteritis, Wegener's granulomatosis and tromboangeitis obliterans, because of the racial, ethnic and situational facts of the population studied. *Keyword: frequency, systemic vasculitis.*

.

INTRODUCCION

Las vasculitis comprenden un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos con diversas manifestaciones clínicas y patológicas, lo que hace difícil su diagnóstico.¹ Su etiología es aún desconocida, sin embargo, diversos factores geográficos, ambientales y genéticos, participan en la génesis de las mismas.² Los anticuerpos anticitoplasmáticos de neutrófilos (ANCA) tienen un papel importante en la patogenia y el diagnóstico de las vasculitis.^{3, 4} Para el estudio de las vasculitis sistémicas se han realizado diversas clasificaciones, la primera de ellas la de Zeek en 1952 y otras ⁵

Las más recientes: La del Colegio Americano de Reumatología (ACR) en 1990 ⁶ y la realizada en 1994 en la Conferencia de Consenso de Chapel Hill (CCCH)⁷.

Las principales vasculitis sistémicas son: *Arteritis de células gigantes* (ACG)⁸, *Arteritis de Takayasu* (AT)⁹, *Poliarteritis Nodosa* (PAN)¹⁰, *Poliangeítis microscópica* (PAM)¹¹, *Granulomatosis de Wegener* (WG)¹², *Síndrome de Churg Strauss* (CS)¹³, *Púrpura de Henoch Schönlein* (HPS)¹⁴, *Angeiitis Leucocitoclástica cutánea*¹⁵, *Vasculitis crioglobulinémica*¹⁶, *Enfermedad de Beçhet*¹⁷, *Enfermedad de Buerger* (o trombo angeítis obliterante)¹⁸, *Vasculitis Primaria del Sistema Nervioso Central*.¹⁹

El diagnóstico se realiza en base a las manifestaciones clínicas, los estudios histopatológicos y marcadores que pueden orientar mayormente el mismo como los anticuerpos anticitoplasma de los neutrófilos (ANCAS) ya mencionados.²⁰ Sin embargo cabe mencionar que no en todos los casos los ANCAS se encuentran positivos.²¹

La mayoría de los estudios epidemiológicos han evaluado vasculitis específicas (por ejemplo *arteritis de células gigantes*, *Churg Strauss*, etc.), reportando incidencia. Algunos estudios epidemiológicos han informado en el decenio de 1970 en el Reino Unido, una incidencia anual de 10 casos por millón de habitantes²². En Lugo España, de 1988 a 1997, la incidencia anual de vasculitis primarias; es de 141.5 casos por millón de habitantes.²

ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES:

La ACG es una vasculitis que afecta a los grandes vasos; se caracteriza por inflamación granulomatosa de la capa elástica interna en la bifurcación de la aorta, con frecuencia afecta ramas extracraneales de la arteria carótida y característicamente la arteria temporal. Ocurre en la población mayor de 50 años, generalmente por encima de los 60 a 70 años, con un pico máximo de incidencia en la octava o novena década de la vida, predomina en mujeres proporción 2:1 y es la entidad más frecuente en los países occidentales en particular en países escandinavos 150 a 350 casos por millón.²³ En 1992 en EUA se reportó una prevalencia de ACG estimada de 2000 casos por millón de habitantes.²⁴ La prevalencia reportada en 1991 en Lugo España fue de 600 casos por millón de habitantes, con una incidencia anual de 11 casos por millón.² No se han publicado estudios epidemiológicos en Latinoamérica sin embargo por los reportes de series de casos pareciera que la ACG es poco frecuente.²⁴

ARTERITIS DE TAKAYASU (AT)

La AT es una vasculitis que se caracteriza por inflamación granulomatosa de la aorta y de sus ramas principales, afecta a pacientes menores de 50 años, y tiene predilección por mujeres 8:1 en proporción con los hombres. En Latinoamérica no hay cifras exactas de prevalencia o incidencia, pero hay algunos reportes de algunos nuevos casos.²⁵ Se considera es una vasculitis frecuente en los países de medio oriente. Se han informado series en China, Corea, la India y México con más de 100 pacientes, en Estados Unidos en el Condado de Olmstead Minesota se han informado incidencias de 1.2/1000,000.²⁶ Sin embargo en 1977 Lupi Herrera y cols informaron una casuística de 107 casos del el Instituto Nacional de Cardiologia Igancio Chavez En general, la frecuencia parece baja, pero esto podría ser debido a problemas de reconocimiento diagnóstico y a la falta de estudios epidemiológicos poblacionales.²⁷

POLIARTERITIS NODOSA (PAN):

La *poliarteritis nodosa* clásica (PAN) es una vasculitis necrosante que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre, sin glomerulonefritis o vasculitis en las arteriolas capilares o venas. Afecta más a hombres que a mujeres en una proporción 1.8:1 y se desarrolla típicamente entre la quinta y la sexta décadas de la vida. En general es una enfermedad de baja frecuencia con una incidencia de 2 a 10 casos por millón, pero dentro del as vasculitis de pequeño y mediano calibre es la que se presenta más frecuentemente

En un estudio realizado en Francia se estimó una prevalencia de PAN de 2 a 9 casos por millón de habitantes de acuerdo a los criterios del CCCH.

²⁸No parece haber estudios de prevalencia en Latinoamérica o en México.

POLIANGEITIS MICROSCÓPICA (PAM)

Es una vasculitis necrosante que afecta a vasos pequeños (capilares, arteriolas y vénulas), sin granulomas, con mínimos depósitos inmunes y se asocia a glomerulonefritis focal y segmentaria.

El promedio de edad de inicio es alrededor de los 50 años, siendo más afectadas las mujeres, en una proporción 2:1 con respecto a los hombres.

La etiopatogenia de esta enfermedad es desconocida, la mayoría de los estudios han sido realizados en Europa; publicaciones en Reino Unido, España, encontrándose en esta última una prevalencia de 7.91 casos por millón de habitantes.²⁹ No hay reportes epidemiológicos sobre la frecuencia de *PAM* en EUA o en México.

GRANULOMATOSIS DE WEGENER

Es una vasculitis necrosante granulomatosa que afecta al tracto respiratorio superior e inferior, así como función renal, manifestada por un cuadro de glomerulonefritis. Existe un pico de mayor frecuencia alrededor de la 4ª década de la vida. Es más frecuente aparentemente en hombres que en mujeres. Esta vasculitis parece ser menos frecuente en EUA que en Europa, con una incidencia Anual de 3 a 4 casos por millón de habitantes. En 1996, el CDC en EUA reportó una prevalencia de 26 casos por millón. Europa tiene una prevalencia más alta reportada de 40 a 60 casos por millón de habitantes.³⁰ Vera et al en 1992 publicó una serie de 14 casos del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional La Raza durante la década de 1980 a 1990.³¹

SINDROME DE CHURG STRAUSS

Es una vasculitis necrosante granulomatosa con predilección por el tracto respiratorio. Afecta a los vasos de pequeño y mediano calibre. Se acompaña de ASMA y eosinofilia. Se ha reportado más frecuentemente entre la tercera y la quinta décadas de la vida, siendo más frecuente en hombres que en mujeres con una proporción de 1.3:1. En Francia se realizó un estudio de población urbana (1,093,515 adultos) en el cual un 28% tenía ascendencia no europea y se encontró una prevalencia de vasculitis de 10.7 por 1,000, 000 adultos para *Churg Strauss* y 2 veces mayor para los que tenían descendencia europea. Otros estudios refieren, una prevalencia de 10 a 13 por millón de habitantes.²⁷ En reino Unido se reportó una incidencia anual de 2.7 por millón, pero se desconoce la prevalencia global³²

PURPURA DE HENOCCH-SHÖNLEIN (PHS)

La *púrpura de Henoch-Shönlein* es una vasculitis que involucra a vasos pequeños, capilares, vénulas y arteriolas con depósitos de IgA y afecta en forma característica la piel, el intestino y el riñón, asociada a artralgias y artritis.^{33,34}

La *PHS* es 10 veces más frecuente en la infancia que en los adultos.³³ La prevalencia en niños se ha reportado en 135 casos /millón/ año.³³ En adultos la prevalencia es más baja en un estudio se estimó 1.2 casos por millón de habitantes por año.^{33,34}

VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (VPSNC)

La *vasculitis o angitis primaria del SNC* sigue siendo una de las formas de inflamación vascular idiopática más pobremente entendidas. Razones como clínica incierta incluyendo la rareza de estos desordenes, la inaccesibilidad del cerebro y médula espinal para el análisis patológico, y la falta de pruebas diagnósticas no invasivas.³⁵

El síntoma más común es la cefalea que va desde leve hasta muy intensa, defectos neurológicos focales alteraciones en la función cortical alta, anomalías del líquido cefalorraquídeo consistentes en meningitis crónica y lesiones inflamatorias crónicas de la médula espinal. Manifestados clínicamente como: isquemia cerebral transitoria, enfermedad cerebrovascular, paraparesia, cuadriparesia, neuropatía craneal, ataxia y convulsiones.^{35, 36}

En general podemos afirmar que es un trastorno poco frecuente alrededor de 1.2% de todas las vasculitis. En 1990 sólo existían en la literatura alrededor de 100 casos, duplicándose esta cifra en la actualidad.³⁷ En nuestro país existen algunos reportes de casos.³⁸

ENFERMEDAD DE BEHÇET

Es una vasculitis de etiología desconocida que cursa con aftosis bucogenital, asociada a otras enfermedades sistémicas, entre las que destacan las oculares, cutáneas, articulares, neurológicas y vasculares. Afecta fundamentalmente a adultos jóvenes entre 20 y 30 años de edad y su aparición es excepcional por arriba de los 60 años.

La *enfermedad de Behçet* tiene distribución geográfica peculiar llamada de la ruta de la Seda que es la zona comprendida entre el Mediterráneo y el Este de Asia-Turquía, por lo que esta región tiene mayor incidencia de esta enfermedad; la prevalencia se estima entre 110 y 420 pacientes por 100,000

habitantes.³⁹ y en Reino Unido y EUA es de 1 a 2 por 100 000 habitantes. Es más frecuente en varones, que, a la vez, desarrollan una enfermedad más grave.⁴⁰

ENFERMEDAD DE BUERGER Ó TROMBOANGEITIS OBLITERANTE (TAO)

También llamada *tromboangeítis obliterante*, es una enfermedad inflamatoria segmentaria no ateroesclerótica que afecta más comúnmente a arterias de pequeño y mediano calibre, venas y nervios de brazos y piernas. La TAO es más prevalente en los países que tienen alto índice de consumo de tabaco ya que se ha demostrado es el elemento más importante identificado en la génesis de la enfermedad.⁴¹

En la clínica Mayo se reportó una prevalencia de 12.6 por 100,000 en 1986, sin embargo, la prevalencia de la enfermedad entre todos los pacientes con enfermedad arterial periférica varia desde una tan baja como 0.5 a 5.6 en Europa Occidental hasta 45 a 63% en la India, 16 a 66% en Corea y Japón y 80% en Israel entre los judíos Ashkenazi.⁴²

VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA CUTÁNEA

Se caracteriza por la presencia de angitis leucocitoclástica de vasos pequeños circunscrita a la piel sin presencia de vasculitis generalizada o glomerulonefritis, fue definida en 1994 por el CCCH.

Hay pocos estudios epidemiológicos de esta vasculitis, por lo que se desconoce la incidencia y prevalencia reales. En un estudio realizado en Norfolk, Reino Unido, reportó una incidencia anual de 15.4 casos por millón de habitantes, usando los criterios del CCCH y utilizando los criterios del ACR fue de: 18 casos por millón de habitantes.⁴³ Un estudio realizado por Drenkard et al con una cohorte de 540 pacientes con LES en una población mexicana se

analizaron 194 pacientes con vasculitis; y se encontró una incidencia de 0.053 nuevos casos por personas año, una incidencia acumulada de 0.051 en un año y de 0.232 a cinco años y 0.411 a los 10 años. Sin embargo no fue posible determinar la prevalencia en este estudio.⁴⁴

VASCULITIS CRIOGLOBULINEMICA

Se caracteriza por la presencia de depósitos inmunitarios de críoglobulinas en los vasos pequeños (arteriolas, vénulas y capilares), críoglobulinas en suero y frecuente afección de piel y glomérulo. La información epidemiológica de esta vasculitis es escasa. En Lugo, España, se reportó una incidencia anual de 4.8 casos por millón de habitantes, confirmada por biopsia.^{2,45} Se desconoce la prevalencia de esa vasculitis

El impacto socioeconómico de las vasculitis ha sido difícil de estudiar, se conoce un estudio realizado en el Reino Unido en el 2000, en el cual se estimó solo las vasculitis por hipersensibilidad, *poliarteritis nodosa*, *granulomatosis de Wegener*, *arteritis de Takayasu* y *vasculitis de células gigantes* calculando un costo por hospitalización de: 150 millones de dólares, sin considerar la incapacidad que cualquiera de ellas pudiera generar.

Otro estudio realizado en Noruega mostró una prevalencia estimada de 43.9% por cada 100,000 personas e incluyó: 1.3% por 100,000 habitantes para *Churg Strauss*, 2.7% para *vasculitis de hipersensibilidad*, 3.3% para *púrpura de Henoch Shönlein*, 3.3% para *poliarteritis nodosa*, 5.3% para *granulomatosis de Wegener*, 27.9% para *arteritis de la temporal* por 100,000 habitantes.³⁸

Los datos de hospitalización colectados en el estado de Nueva York mostraron una prevalencia estimada de 0.9% por 100,000 habitantes para *arteritis de Takayasu*, 2.7% para *poliarteritis nodosa*, 3.2% para *granulomatosis*

de Wegener, 6.5% para *angeítis por hipersensibilidad* y 19.6% para *arteritis de células gigantes* respectivamente.⁴⁶

PACIENTES Y METODO

OBJETIVO Comparar la proporción de los tipos de vasculitis en el periodo comprendido de 1980 al 2007 en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret de la UMAE La Raza.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo transversal y observacional en el departamento de Medicina Interna del Hospital Especialidades Antonio Fraga Mouret del IMSS.

.

- Los pacientes con Vasculitis sistémicas fueron diagnosticados según los criterios del ACR en el Departamento de Medicina Interna y Angiología (referidos también a Nuestro servicio). Y para inclusión cumplieron los siguientes criterios Diagnósticos de vasculitis sistémicas primarias en el periodo comprendido de 1980 a 2007 según los criterios del ACR. Pacientes que cuenten con expediente clínico completo o con registro interno en los servicios de medicina interna, y angiología. Y Cuyos criterios de exclusión fueron: Pacientes que no cuenten con expediente completo en esta unidad. Pacientes cuyos expedientes no se encontraron en el archivo Pacientes en edad pediátrica. Los criterios de eliminación fueron: Pacientes en los cuales, al momento de revisar expediente, no cuenten con criterios de diagnóstico de vasculitis.

Se identificaron los expedientes de pacientes mayores de 16 años de edad los cuales ya hayan sido diagnosticados con alguna de las vasculitis sistémicas.

Se llenó hoja de recolección de datos puntualizando: nombre, filiación, fecha de diagnóstico y tiempo de diagnóstico. Se realizó conteo de los padecimientos

(basándose en la hoja de recolección de datos y se realizó el cálculo de la frecuencia absoluta total y de las frecuencias relativas de cada una.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, con tablas de salida y gráficas. Para el cálculo se utilizó el programa SPSS para Windows 2007 Prueba de Chi Cuadrada (χ^2) para la variable sexo en los diferentes tipos de vasculitis.

RESULTADOS

De acuerdo con lo analizado, en el periodo de 1980 al 2007 se presentaron 240 casos de los cuales solo se analizaron 194 casos. La proporción de vasculitis fue la siguiente: la arteritis de Takayasu con 76 pacientes 42%, seguida de la granulomatosis de Wegener con 40 pacientes 22.3%, tromboangeítis obliterante con 21(10.8%) síndrome de Churg-Strauss con 12 casos (6.1%), vasculitis leucocitoclastica con 11 casos (5.6%), poliarteritis nodosa con 10 casos (5.1%) poliangeítis microscópica con 7 casos (3.6%), vasculitis primaria del sistema nervioso central con 6 casos (3.3%), vasculitis crioglobulinemica con 4 casos (2.2%), púrpura de Henoch-Schönlein con 4 casos (2.2%), enfermedad de Behçet con 2 casos (1.1%), arteritis de células gigantes con 1 caso (0.6%).

La edad de presentación de las vasculitis no vario significativamente por tipo de vasculitis ($p= 0.19$) las vasculitis en conjunto se presentaron en menor proporción en el género masculino con 76 casos ($p= <0.01$) (tabla 1 y figura 1).

Tipo de Vasculitis	Número	%	Hombre%	Mujer%	IC _{95%}	
Arteritis Takayasu	76	42.5	5 (6.6)	71 (93.0)	35.2	49.7
Granulomatosis de Wegener	40	22.3	24(60.0)	16 (40.0)	16.2	28.4
Tromboangeiitis Obliterante	21	10.8	11(52.4)	10 (47.5)	2.7	9.6
Síndrome de Churg Strauss	12	6.1	8 (67.7)	4 (33.3)	3.9	11.7
Vasculitis Leucocitoclástica	11	5.6	6 (54.5)	5 (45.5)	2.7	9.6
Poliarteritis Nodosa	10	5.1	8 (80.4)	2 (20.0)	1.1	6.7
Poliangeitis Microscópica	7	3.6	6 (85.7)	1 (14.3)	-0.2	3.5
Vasculitis Primaria del SNC	6	3.3	2 (33.3)	4 (66.7)	0.8	5.9
Vasculitis Crioglobulinémica	4	2.2	2 (50.0)	2 (50.0)	0.1	4.3
Púrpura de Henoch Schönlein	4	2.2	1 (25.0)	3 (75.0)	0.1	4.3
Enfermedad de Behcet	2	1.1	2 (100)	0 (0.0)	-0.4	2.6
Arteritis de Células Gigantes	1	0.6	1 (100)	0 (0.0)	-0.5	1.6
Total	194	100	76 (39,2%)	118(60.8%)		

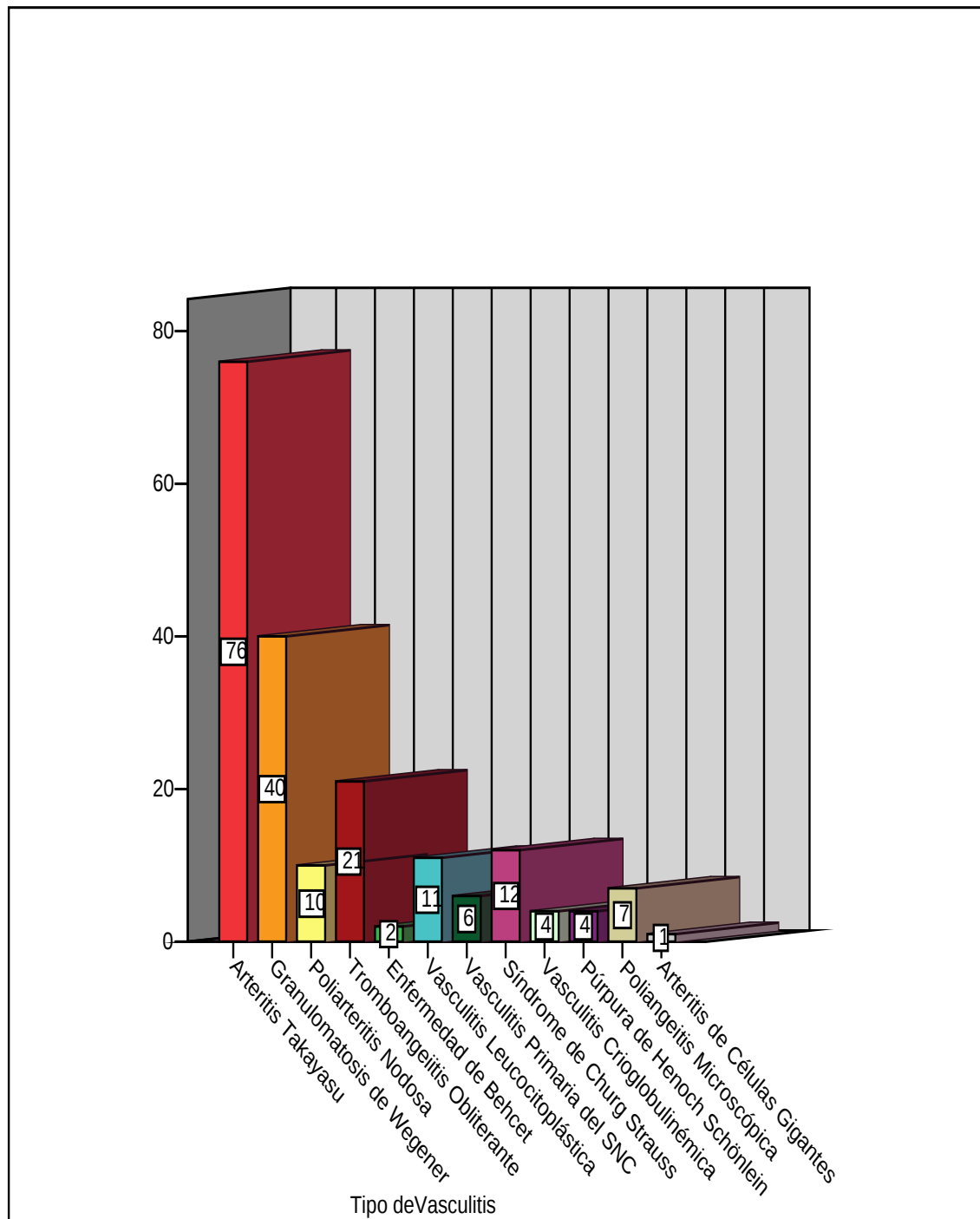


Figura 1. Frecuencia de las Vasculitis Sistémicas

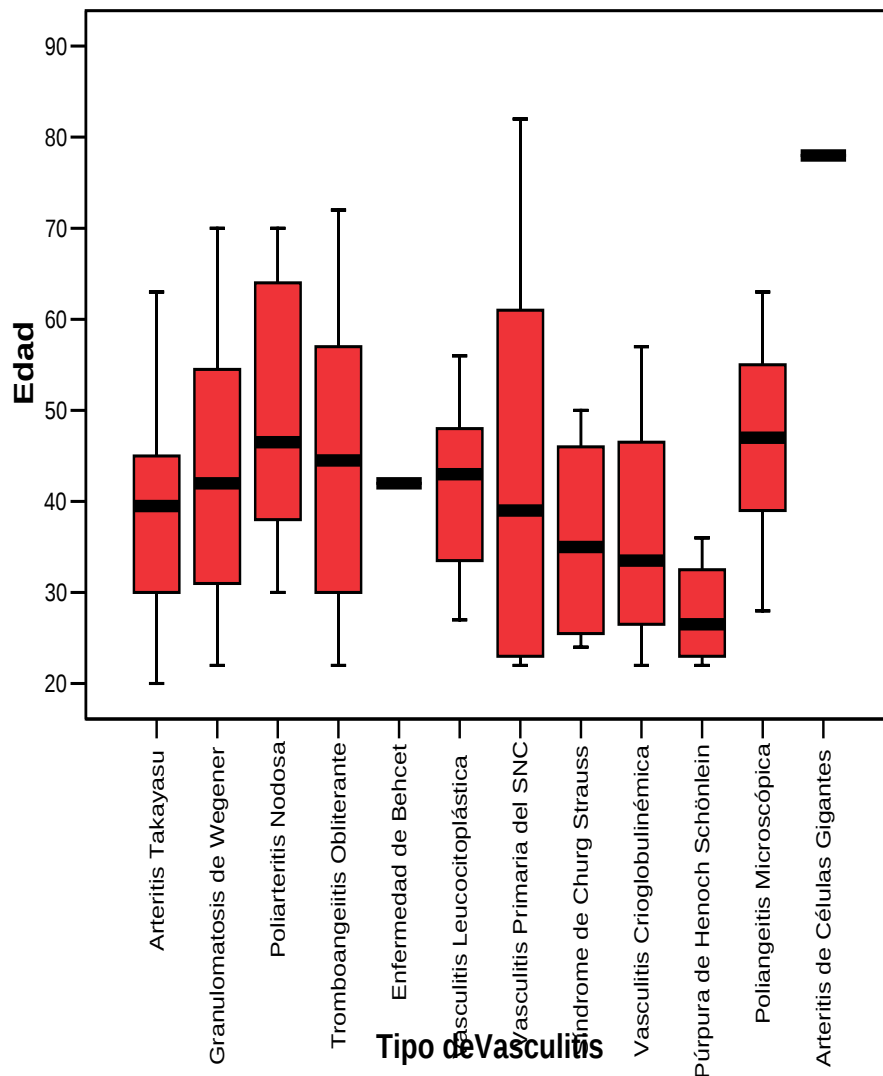


Figura 2. Distribución de las Vasculitis sistémicas por edad

En cuanto a las vasculitis más frecuentes, la que se encuentra en primer lugar es la de arteritis de Takayasu en la cual encontramos que las manifestaciones clínicas más frecuentemente encontradas fueron: la de Claudicación de miembros inferiores, y el pulso braquial disminuido se presentaron 69 casos (90.7%), seguido por cefalea en un 43%. Desde el punto de vista angiográfico según la clasificación de Moriwaki el más predominante fue el tipo V

con 24 casos (31.58%), seguido del tipo IIa con 23 casos (30.26%). El estudio de laboratorio que mostro mayores alteraciones fue la VSG acelerada en 71 pacientes (93.42) (tabla 2)

Tabla 2. Manifestaciones Clínicas de laboratorio y gabinete de arteritis de Takayasu

	No	%
Claudicación de Miembros Pélvicos	69	90.79
Pulso Braquial Disminuido	69	90.79
Cefalea	43	56.58
Síntomas Visuales	18	23.68
Sinusitis	2	2.63
Fiebre	3	3.95
Velocidad de sedimentación globular acelerada	71	93.42
Anticuerpos anticitoplasma de neutrofilos	1	1.32
Angiografía	75	98.68
• Tipo I	10	13.16
• Tipo IIa	23	30.26
• Tipo III	13	17.11
• Tipo IV	6	7.89
• Tipo V	24	31.58
Tomografía axial computarizada de tórax*	21	27.63



Ilustración 1. Angiografía de un paciente con arteritis de Takayasu. En la que se aprecia ausencia de la A. Subclavia Izquierda

En segundo lugar se encontró la granulomatosis de Wegener y mostró como afección principal: la afección renal con 34 casos (85%), senos paranasales con 22 casos (55%) caracterizado por sinusitis, seguido afección pulmonar 18 casos (55%), pérdida de peso con 16 casos (40%) y la afección visual (afección orbitaria, proptosis, uveitis, queratitis, escleritis y ulcera corneal) se manifestó en 15 pacientes (22%). En 2 casos se mostro destrucción del paladar duro y blando. Los estudios de laboratorio mostraron anemia normocítica normocrómica en el 20% de los casos, los Anticuerpos anticitoplasma de neutrofilos (cANCAs) fueron con positivos en 28 de los casos (70%). Se realizo tomografía axial computarizada de tórax en 28 pacientes (70%), de los cuales el 50% (N=14) mostró nódulos pulmonares en e infiltrados inflamatorios, de estos últimos 4 (14.6%) mostro hemorragia alveolar, en la TAC de senos paranasales se mostró afección en 28 (70%) y 15 (22%) mostraron afección en la TAC de tórax de alta resolución. La biopsia renal realizada en el 70% de los casos mostró como hallazgos glomerulonefritis necrotizante con o sin depósitos de inmunoglobulina. (Tabla 3)

Tabla 3. Manifestaciones Clínicas, de laboratorio y gabinete de la granulomatosis de Wegener

	No	%
Afección renal	34	85
Sinusitis	22	55
Afección pulmonary	18	45
Pérdida de peso	16	40
Síntomas Visuales	15	37.5
Purpura	4	10
Fiebre	3	7.5
Úlceras orales	2	5
Anemia	8	20
Velocidad de sedimentación globular acelerada	2	5
Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos cANCAs	28	70
Tomografía axial computarizada de tórax	28	70
Biopsia**	28	70

** Se realizo biopsia renal en el 70% de los casos que mostró glomerulonefritis necrotizante con o sin depósitos de fibrina

En tercer lugar por numero de casos se encuentra la tromboangeítis obliterante con 21 casos y donde las características principales fueron la de claudicación de extremidades y dolor en 21(100%) la angiografía que mostro alteraciones en el 100% de los casos mostrando lesiones en la circulación distal preferentemente distal ala arteria braquial en el caso de los miembros superiores(30%) y en los inferiores infrapopítea(70%) , imágenes en sacacorchos en el 25% de los casos.

Tabla 4 Manifestaciones Clínicas de laboratorio y gabinete de Tromboangeítis Obliterante

	No	%
Claudicación de las extremidades	21	100%
Mononeuroatía	6	25%
Cefalea	2	18.2
Tomografía axial computarizada abdominopélvica	6	28.00%
Angiografía	21	100%

**La electromiografía se realizo únicamente en 11 pacientes y de estos el 50% tuvo alteraciones sensitivas.



Ilustraciones 2y3. Paciente con Granulomatosis de Wegener en el cual se observa proptosis , inflamación de tejidos orbitario más evidente en ojo izquierdo y lesión torácica con formación de 3 lesiones en fase de costra, secundarias a lesiones ampollosas.

Posteriormente los pacientes con Síndrome de Churg-Strauss cuyas características clínicas predominantes fueron: La de ASMA y afección pulmonar ambas con un total de 10 casos (83%), posteriormente afección renal que se observó en 8 de los casos (67%), 6 casos (30%) mostraron afección cardíaca caracterizada por cardiomiopatía, pericarditis, e infarto agudo al miocardio, se demostró además infartos cerebrales en 2 casos (16%), eosinofilia periférica en los 12 casos(100%), los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos(ANCAS) fueron positivos para 7 casos (58%), se encontraron eosinófilos extravasculares en 8 pacientes (67%) .La tomografía axial computadorizada de tórax fue realizada en 10 pacientes (83%) como parte de la valoración pulmonar encontrándose infiltrados bronquioalveolares en el 75% (Tabla 5)

Tabla. 5 Manifestaciones Clínicas, de laboratorio y de gabinete del Síndrome de Churg Strauss

	No	%
Asma	10	83.
Afección pulmonar	10	83
Afección renal	8	67
Mononeuropatía o polineuropatía	5	42
Cardiopatía	4	33
Purpura	3	25
Cefalea	2	17
Eosinofilia	12	100
Velocidad de sedimentación globular acelerada	1	0.1
Eosinófilos extravasculares	8	67
Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos	7	58
Tomografía axial computarizada	10	83



Ilustración 2 . Lesiones purpúricas en un paciente con Síndrome de Churg Strauss.

Posteriormente en orden decreciente encontramos a la a la vasculitis leucocitoclástica con 11 casos, teniendo como dato clínico predominante la pérdida de peso 5 casos (45%), sin embargo el dato más importante fue el estudio histopatológico que permitió el diagnóstico 100% de los casos.

Tabla6. Manifestaciones Clínicas de Vasculitis leucocitoclastica

	No	%
Perida de peso	5	45
Fiebre	4	36
Afección pulmonar	2	18
Cefalea	2	18
Tomografía axial computadorizada	1	9.1
Biopsia de piel **	11	100

La biopsia de piel mostro l: la presencia de infiltrado inflamatorio afectando a la pared vascular con presencia de edema endotelial, infiltrado inflamatorio con predominio de polimorfonucleares neutrófilos, leucocitoclasia hemorragia y trombosis.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes para los pacientes con poliarteritis nodosa PAN: fueron pérdida de peso y fiebre en 5 casos (50%) seguido por afectación renal en 4 pacientes (40%), mononeuropatía en 3 casos (30%), livedo reticularis en 3 pacientes (30%), se en los estudios de laboratorio se documento velocidad de sedimentación globular acelerada en 10 casos (100%) de los casos así como leucocitosis en 7 casos (70%). Se demostró anticuerpos anti VHB en 3 casos (30%), y VHC en 1 caso (10%), la angiografía fue realizada en 2 pacientes (20%) mostrando como principales hallazgos: múltiples aneurismas y, en uno de los casos (10%) afección de la arteria renal izquierda, la biopsia de piel en 3 pacientes (30%) la cual mostró: Inflamación transmural pleomórfica con polimorfonucleares, necrosis fibrinoide, hemorragia y formación de aneurismas (la inmunofluorescencia mostró: inmunocomplejos depositados a nivel de la pared vascular).



Ilustración 5. Muestra lesiones Ulceradas en una paciente portadora de Poliarteritis nodosa.

En los pacientes con poliangeítis microscópica el dato predominante fue la afección renal en 7 pacientes (100%) y afección pulmonar en 2 pacientes (33%) de los casos, la biopsia renal fue realizada en 7(100%) de los casos.

Mostro necrosis fibrinoide segmentaria con ruptura de la pared y formación de semilunas.



Ilustración 6. Imagen de biopsia renal en un paciente con Poliangeítis microscópica que muestra necrosis fibrinoide con ruptura de pared y formación de una semiluna

En los casos de vasculitis primaria del sistema nervioso central, la manifestación más importante fue la de cefalea en 6 de los casos (100%), seguida de crisis convulsivas en 3 pacientes (50%) y extrapiramidalismo en 2 casos (33%), se encontró angiografía anormal ectasia y dilatación fusiforme en 2 de los casos (33%) y la tomografía axial computada de cráneo (contrastada) mostró lesiones isquémicas múltiples y la IRM de cráneo mostro: lesiones en ganglios basales en 2 casos(33%), periventriculares en 2 casos (33%), 2 casos (33%) en tallo cerebral.

En los casos de vasculitis crioglobulinémica la característica clínica más frecuente fue la pérdida de peso con 3 casos (75%) y seguida de afección

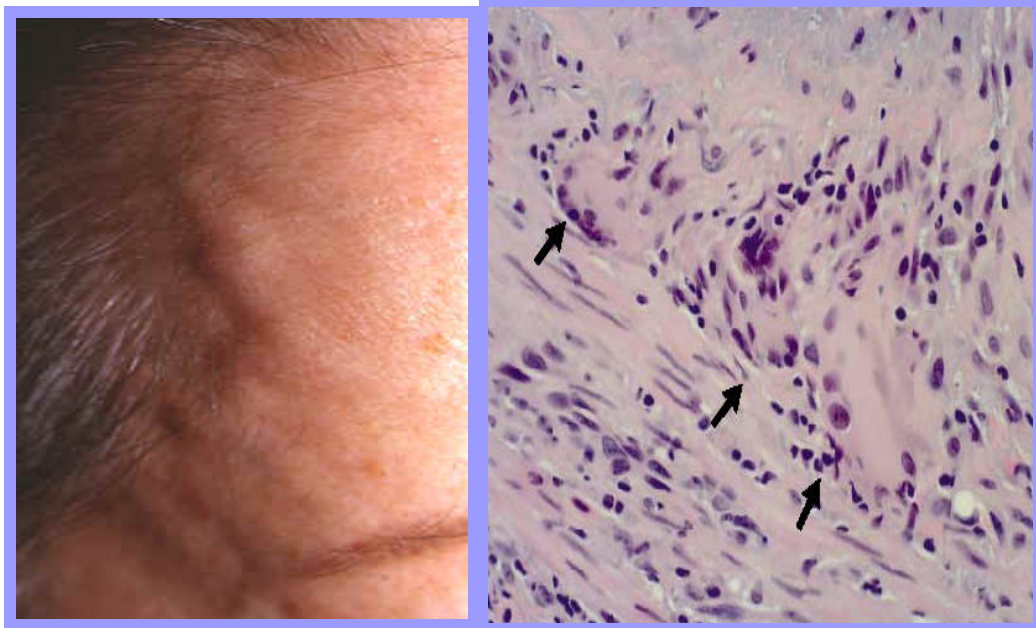
pulmonar en 1 caso (25%) y afección renal en 1 caso (25%), con alteraciones bioquímicas en las pruebas de función hepática y factor reumatoide positivo en 3 casos (75%) y anticuerpos anti VHC positivos en 2 casos (50%).

En los casos de Purpura de Henoch Schönlein el dato característico fue el de purpura palpable en 4 casos (100%) y la segunda manifestación por orden de frecuencia fue el dolor abdominal en 2 pacientes (50%), siendo la afección renal únicamente identificada en 1 caso (25%), y la biopsia de piel fue realizada en 2 pacientes (50%) y la biopsia renal en un 1 caso (25%) con vasculitis leucocitoclastica.

Para enfermedad de Behçet las características predominantes fueron además de las úlceras orales o genitales con 2 casos (100%), pérdida de peso y fiebre en 2 casos (100%), dolor testicular en 1 caso (50%) y afección neurológica en 1 caso (50%), test de patergia positivo en los 2 casos (100%) y ANCAS en 1 de los casos (50%), tomografía axial computada de cráneo anormal en 1 caso (50%) (Lesiones hiperintensas a nivel de cerebelo y sustancia blanca).

Y por último únicamente se encontró un caso de arteritis de células gigantes en un paciente de 68 años originario de los Estados Unidos de América, quien era portador de diabetes mellitus tipo 2 el cual debutó con cefalea, fiebre y pérdida de peso. Los estudios de laboratorio únicamente mostraron cetonuria, elevación de las concentraciones de ferritina, y VSG elevada, la TAC de cráneo mostro ventrículos amplios para la edad e infarto lacunar en globo pálido, sin embargo el diagnóstico se realizó finalmente con la biopsia de arteria temporal que mostró lo

siguiente: ruptura de la lámina elástica interna con infiltrado inflamatorio, presencia de células gigantes multinucleadas e hiperplasia de la íntima.



lustración 6 y7. Donde se aprecian respectivamente imagen clínica de arteritis de la temporal y una de las imágenes biopsia de la misma donde se observa ruptura de la lámina elástica con infiltrado inflamatorio y células gigantes multinucleadas (3).

DISCUSION

Se realizo un análisis en forma retrospectiva de los casos de Vasculitis sistémicas en el Hospital de especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los Servicios de Medicina Interna y Angiología durante el periodo de 1980 a 2007 encontrándose los siguientes resultados:

-La vasculitis estudiadas fueron la arteritis de Takayasu, Granulomatosis de Wegener, Churg Strauss, Tromboangeitis obliterante, Vasculitis leucocitoclástica, Poliarteritis Nodosa, Vasculitis Crioglobulinemica, Purpura de Henoch Schönlein, Poliangeítis Microscópica, Enfermedad de Behçet, Arteritis de Células Gigantes.

La mayor proporción de vasculitis fue en el género femenino. La edad promedio fue de:38.4 años con una mediana de 30 años y un máximo par ala edad de 52 años y un mínimo de 16 años.

-En nuestro estudio la vasculitis más frecuente fue la Arteritis de Takayasu que se encontró en un 42% con predominio en el género femenino en el 93%,(con edad promedio38.5) .Esta vasculitis es la más frecuente en los países asiáticos, sin embargo se han informado series en China, Corea, la India y México con más de 100 pacientes, en Estados Unidos en el Condado de Olmstead Minesota se han informado incidencias de 1.2/1000,000²⁶ . En nuestro país no existen estadísticas nacionales de esta vasculitis. Sin embargo en 1977 Lupi Herrera et al informo una casuística de 107 casos del el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez . Estimandose en esta institución una incidencia institucional de 7 casos por cada 1000 admisiones²⁷ .

Consideramos que en nuestro Hospital la AT es la vasculitis más frecuente en mujeres jóvenes como lo reportado en la literatura , las manifestaciones clínicas predominantes fueron las vasculares entre las que encontramos la claudicación de las extremidades y disminución de los pulsos que son características fundamentales de esta vasculitis por ser una vasculitis granulomatosa sistémica que afecta la aorta y sus ramas principales²⁵. También se presentaron manifestaciones neurológicas como cefalea y alteraciones visuales(dado por vasculitis retiniana, vasculopatía hipertensiva, cataratas entre otras.

De acuerdo a la clasificación de Moriwaki(ref. 51):Las alteraciones angiográficas más frecuentes fueron principalmente tipo V y tipo IIb En relación a los exámenes de laboratorio no existe ningún marcador para la AT, sin embargo en nuestro estudio la alteración de laboratorio mas frecuente fue la VSG acelerada que pudiera estar en relación a la actividad de la enfermedad. En una paciente se demostró la presencia de Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos que podría sugerir una sobreposición con otro tipo de vasculitis dado que la AT es una vasculitis ANCA negativa como fue demostrado en una cohorte de pacientes mexicanos con arteritis de Takayasu en donde se demostró que los ANCAS fueron negativos ²¹

En segundo lugar de frecuencia fue la Granulomatosis de Wegener con una proporción de 22% del total, edad promedio de 42.7, con predominio del sexo masculino con 24 casos (60%) y, encontrándose dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes la afección renal con 34 casos(85%), en segundo lugar las sinusitis 22casos(55%), en 3er lugar la afección pulmonar 16(40%) Estas

manifestaciones constituyen la triada característica de la Granulomatosis de Wegener ¹².

Otras manifestaciones fueron alteraciones visuales :15(37.5%), y otras como la afección en piel y sistema nervioso periférico, la presencia de ANCAS positivos hasta en un 70% (predominio cANCAs), considerándose en la actualidad que estos anticuerpos tienen un papel patogénico en esta vasculitis, y son un elemento muy importante en el diagnóstico ya que se han encontrado con una frecuencia entre 70 y 90% de los casos con patrón de predominio cANCA una alta sensibilidad y especificidad (80 y 90 respectivamente) ⁴⁷.

Las imágenes tomográficas también mostraron hallazgos importantes como la presencia de sinusitis recurrente, cavitaciones en la vía aérea superior y datos de ocupación alveolar y nódulos.

--En tercer lugar se encuentran los casos de tromboangeitis obliterante y con una edad promedio de presentación de 46 años y sin una diferencia significativa del sexo masculino sobre el femenino(1 caso): siendo esto ultimo notable ya que anteriormente(década de los cincuenta) según se describe en la literatura era mayormente diagnosticada en los hombres debido al hábito tabáquico que era mucho más frecuente en estos últimos considerando estos datos la probabilidad de que la TAO se encuentre ahora prácticamente a la par en ambos sexos pudiera ser debido a que el género femenino ha adoptado muchos de los hábitos anteriormente privativos de género masculino y a que en algunos de los casos también existe una relación con el SAAF más frecuente en las mujeres, pero que en nuestro estudio no en nuestro estudio no fue uno de los motivos ya que no se documentó SAAF en alguno de los

casos, sin embargo se encontró que un 60 % de los casos eran fumadores, que como se menciona en la literaturas el habito tabáquico es uno de los principales desencadenantes de esta enfermedad ⁴¹.

La TAO es una vasculitis inflamatoria no aterosclerótica que afecta las arterias de pequeño y mediano calibre, venas y nervios de los brazos y piernas, produce como síntoma principal claudicación de las extremidades, corroborándose además en este estudio además alteraciones angiograficas en el 100% de los casos la circulación de predominio distal. Una manifestación clínica característica de este grupo fue la neuropatía sensitiva dada por la isquemia tisular característica misma que se demostró en 50% de los casos por electromiografía tal y como se reporta en la literatura ^{18, 41}. Cabe mencionar que uno de estos casos presento síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA.

Posteriormente encontramos los casos de Churg Strauss que mostraron predominio del genero masculino el doble de el femenino (8/4) en cuanto a la expresión clínica de la enfermedad se presentaron los datos clásicos: Asma, afección renal y afección pulmonar así como hipereosinofilia, también se encontró afección cardiaca en 4 pacientes (33 %) y afección a SNC en 2 casos(16%) . Sin embargo anteriormente el involucro cardiaco, que es una de las principales causas de muerte, se reportaba hasta en un 50% de los casos y en nuestro estudio solo se detectó en 33%(como cardiomiopatía) este dato podría ser explicado por la detección más temprana de la enfermedad y tratamiento optimo o bien una falta de búsqueda intencionada de esta afección ya que no se considera un Criterio de clasificación y que en muchos de los casos se presenta como derrame pericárdico o Tamponade ¹³.

También otro dato que se presento en menor medida fue el de purpura Y úlceras hasta un 3 casos (25%) pero que sin embargo no es el único dato que debe ser buscado intencionadamente ya que en ocasiones los pacientes muestran dolor articular, úlceras de difícil cicatrización en las superficies extensoras y artritis inflamatoria de carácter migratorio que en ocasiones hace pensar en Artritis reumatoide ³².

-En el caso de vasculitis leucocitoclástica la edad promedio fue de 41.9, el genero no mostro diferencias significativas, el síntoma predominante fue la pérdida de peso(motivo de ingreso a nuestro servicio de Medicina Interna)y las lesiones cutáneas (purpura palpable),que ameritaron biopsia en el 100% de los casos lo cual permitió el diagnóstico.

-Para la Poliarteritis nodosa la edad promedio de la presentación fue 43 años, el genero predominante fue el masculino 8casos de 10 , las manifestaciones más frecuentemente encontradas fueron fiebre y la pérdida de peso 50% ,siendo este último criterio diagnóstico, al igual que la mononeuro o polineuropatia que se encontró 3 pacientes(30%) y de los hallazgos de laboratorio los más importantes fueron: VSG acelerada en el 100% de los casos y Leucocitosis en 70%, 30% de los pacientes mostraron además anticuerpos anti VHB que se ha visto se encuentran presentes hasta en un 10 a un 30% de los pacientes con PAN y pacientes con Hepatitis B pueden cursar con manifestaciones idénticas a las de PAN hasta en un 30%, y solo 1 caso (10%) mostro anti VHC. Otra manifestación presente fue el lievedo reticularis (30% de los casos en nuestro estudio) todo lo anterior es semejante a lo descrito ala literatura.(48, 49)

-La Poliangeitis microscópica 7 casos el genero predominante fue el masculino 85.7%, la edad promedio de la presentación fue de: 55 años, se presento en la mayoría de los pacientes afección renal 7(100%), corroborada por biopsia en el 100% de los casos, la fiebre y La neuropatía en 4 casos(60%), afección pulmonar en el 2(33%) de los casos. Sin embargo llama la atención que la afección cutánea solo se presento en un caso (14%) y en la mayoría de las series publicadas esta manifestación se presenta en el 60% de los casos, la presencia de pANCAS en el 60% de los casos lo cual es una característica clave en esta patología ya que la PAM es una vasculitis asociada a estos anticuerpos.⁵⁰

La Vasculitis primaria del Sistema Nervioso Central mostro mayor frecuencia de el sexo femenino 66.7% y la edad promedio de la presentación fue de: 39 años, las características principales fueron en el grupo estudiado cefalea en el 100%,sin embargo en este grupo también se presentaron otras manifestaciones como: crisis convulsivas, extrapiramidalismo, ataxia, déficit cognitivo, etc, que en la mayoría de los casos obligan a protocolo de estudio siendo el diagnóstico de VPSNC por exclusión, ya que si bien la biopsia cerebral estereotáxica es en la actualidad el estudio más específico, es importante mencionar que es poco sensible ya que las lesión es focal y segmentaria y que una biopsia negativa no excluye la enfermedad, y únicamente fue posible en 1 de los casos^{35,36}.

-La vasculitis crioglobulinemica no mostró diferencias en cuanto al género la edad promedio fue de 36 años, los datos clínicos principales fueron perdida de peso en el 75 % de los pacientes y afección pulmonar en un 25% de los casos, los exámenes de laboratorio más relevantes mostraron alteraciones

bioquímicas en las pruebas de función hepática y factor reumatoide positivo en 3(75%)de los casos , anticuerpos antiVHC positivos en 2(50%) e hipocomplementemia en 25% de los casos(en especial C4) de los casos que concuerda con lo descrito en la literatura mundial⁴⁵.

Los casos de purpura de Henoch Schönlein se presento más en el sexo femenino 3 casos de un total de 4, la edad promedio fue de 27 años, se presento en el la triada clásica de únicamente en un caso , purpura palpable en 4(100%) de los casos dolor abdominal 2(50%), siendo la afección renal únicamente identificada en 1(25%) de los casos, y la biopsia de piel fue realizada en 2(50%) de los casos y la biopsia renal en un1(25%) con vasculitis leucocitoclastica.

Siendo esta vasculitis más frecuente en la edad pediátrica llegando se a presentar hasta en un 75% en niños menores de 8 años, la presencia de esta enfermedad exige un protocolo diagnóstico minucioso para descartar otra patologías que cursan con purpura como: Enfermedad de Still(artropatía crónica juvenil de inicio sistémico),Síndrome de anticuerpos antifosfolipidos SAAF en mujeres jóvenes especial o incluso Lupus eritematoso sistémico. Finalmente llama la atención que en este grupo no se presento afección articular al menos en lo referido en los expedientes clínicos y solamente en uno de los casos se presento afección al sistema nervioso central y que como reportan Ameal Guirado y cols.³⁴

La enfermedad de Behçet se presento en 2 adultos ambos con aftas bucales, y geniales, uno de ellos con afección ocular (uveítis), a sistema nervioso de tipo Neuro Behçet con afección vasculítica a nivel de cerebelo y tallo cerebral consistente en meningitis aséptica, pero de características purulentas con

predominio de polimorfonucleares, glucorraquia y proteinorraquia normales. Esta vasculitis es una de las más raras en nuestro hospital ya que es más frecuente en Turquía. Se debe hacer diagnóstico diferencial I con: Artropatía seronegativa por las úlceras orales genitales, pero que sin embargo cursa además con uretritis y sacroileítis que no se encuentran en enfermedad de Behçet), con sarcoidosis que puede presentar alteraciones oculares y artralgias pero habitualmente no presenta úlceras.⁴⁰

Por último la vasculitis menos frecuente fue la vasculitis de células gigantes que contrasta con lo encontrado en los países del norte de Europa en donde esta vasculitis constituye la principal causa de fiebre de origen oscuro.

El presente caso tenía origen caucásico era originario de Estados Unidos, portador de diabetes y cuyo motivo de estudio fue el de fiebre de origen oscuro y cefalea cuyo diagnóstico se realizó cefalea, fiebre, pérdida de peso, VSG elevada y la biopsia de arteria temporal demostró el diagnóstico de una panvasculitis granulomatosa con una TAC de cráneo con infartos lacunares múltiples. La baja frecuencia de esta vasculitis se podría explicar debido a factores raciales ya que se presenta mayormente en poblaciones de raza blanca y con tendencia a presentarse en individuos de la misma familia indican una predisposición genética, ya que la ACG es más común en países escandinavos y en el Norte de Estados Unidos donde se ha visto relacionada también a factores ambientales que se han visto relacionadas como al exposición (ref24).

Este estudio tiene varias limitaciones como son el ser un estudio retrospectivo, en donde existe subregistro de las vasculitis, debido a que no se incluyeron todos los casos que ingresaron al hospital a otros servicios como :

reumatología, neurología, nefrología , cardiología, neumología entre otros, además de que se eliminaron expedientes por estar incompletos en especial algunos casos pertenecientes a Poliarteritis Nodosa en donde se estima un caso por año y solo se pudieron revisar 10 expedientes dado que los otros se encontraban incompletos, también en los casos de PAM no se pudo establecer una cifra real también por subregistro consistente en la falta de actualización de las claves del CIE 10 en el cual aun no se encuentra la clave para la misma y en ocasiones se engloba en otros tipos de enfermedades renales , estimándose una cifra de 10 casos aproximadamente y que desafortunadamente solo se pudieron revisar 7 expedientes.

CONCLUSIONES

1.-Las tres primeras vasculitis sistémicas en el departamento de Medicina Interna por Frecuencia fueron la arteritis de Takayasu, granulomatosis de Wegener y tromboangeitis obliterante.

2.-Las vasculitis menos frecuentes en el departamento de Medicina Interna fueron la púrpura de Henoch Schönlein , Enfermedad de Behçet y arteritis de células gigantes

3.- Las vasculitis se presentaron más frecuentemente en mujeres jóvenes fue la arteritis de Takayasu.

4.-La granulomatosis de Wegener, la PAN y la PAM predominaron en hombres adultos mayores

BIBLIOGRAFIA

- 1.- González Gay, M; García Porrúa. **Epidemiology of the vasculitides.** Rheum Dis Clin North Am 2001; 27:729-749.
- 2.- González, M; García Porrúa. **Systemic vasculitis in adults in Northwestern Spain, 1988-1997. Clinical and Epidemiologic aspects.** Medicine (Baltimore) 1999; 78: 292- 308.
- 3.- González Gay, M; García Porrúa. **Systemic vasculitides.** Best Pract Res Clin Rheumatol 2002;16:833-845
- 4.- Hoffman, G; Specks U. **Antineutrophil cytoplasmic antibodies.** Arthritis Rheum 1998;41:1521-1537
- 5.- Reyes P. **Contribuciones de la Reumatología Mexicana.** Rev Mex Reumatol 1989;16: 215-219
- 6.- Hunder, G; Arend, W; Bloch, D; Calabrese, L; Fuci, A; et al. **The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of the vasculitis: Introduction.** Arthritis Rheum 1990; 33:1065-67.
- 7 – Jeannette, C; Falk, R; Andrassy, K; et al. **Nomenclature of systemic vasculitis: proposal of an international consensus conference.** Arthritis Rheum 1994; 37:187-192.
- 8.- Hunder, G; Bloch, D; Michael, B; Stevens, M; Arend, W; et al. **The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arthritis.** Arthritis Rheum 1990; 33:1122-1128.
9. – Arend, W; Michel, B; Bloch, D; Hunder, C; Calabrese, L; et al. **The American College of Rheumatology 1990 criteria for classification of Takayasu's.** Arthritis Rheum 1990; 33:1129-1136.

- 10.- Lighfoot, R; Michel, B; Bloch, D; **The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Poliarteritis Nodosa.** Arthritis Rheum 1990; 33:1129-1136.
- 11.- Guillevin, L; Durand-Gasselin, B; Ceballos, R. **Microscopic polyangiitis: Clinical an Laboratorty Findings in 85 patients** Arthritis Rheum 1999; 42:421-430.
- 12.- Leavit, R; Fauci, A; Bloch, D; Michel, B; Hunder, G **The American Collage of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Wegener's granulomatosis.** Arthritis Rheum 1990, 33:1101-1107.
- 13.- Masi, A; Hunder, G; Lie, J; Michel, B; Bloch, D; **The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Churg Strauss syndrome.** Arthritis Rheum 1990; 33:1194-1200
- 14.- Millais, J; Michel, B; Bloch, D; Calabrese, L; Hunder, G; **The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Henoch Schönlein púrpura .**Arthritis Rheum 1990;33:1114-1121.
- 15.- Jannete, J; Falk, R. **Small-vessel Vasculitis.** N Engl J Med 1997; 337:1512-1523.
- 16.- Lamprech, P; Gause, A; Gross, W. **Cryoglobulinemic vasculitis.** Arthritis Rheum 1999; 42:2507-2516.
- 17.- **International Study Group for Behçet's Disease: Criteria for diagnosis of Behçet.** International Study Group for Behçet's Disease. Lancet 1990; 335:1070-1080.
- 18.- Olgin, J. **Thromboagitis obliterans (Buerquer's Disease)** N Engl J Med 2000; 343: 864-869

- 19.- Calabrese, L; Furlan, A; Gras, L; **Primary angiitis of the central nervous system; diagnostic criteria and clinical approach cleve.** Clin J Med 1992; 59: 293-306.
- 20.- Vela Lastra, O. **Abordaje diagnóstico de las vasculitis.** En Vera L. O, Halabe J. Vasculitis, México, Alfil, 2006; 77-96
- 21.- Gracia-Torres, R; Noel, L; Reyes, P; Vera, O; Amigo, M; **Absence of ANC in Mexican patients.** Scand J Rheumatol 1997; 26:55-57.
- 22.- Luqmani, R; Robinson, H. **Introduction to, and classification of the systemic vasculitides.** Best Pract Res Clin Rheumatol 2001;15:187- 2002
- 23.- Lawrence, R; Helmik, C; Arnett, F; Deyo, R; Felson, D; **Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States.** Arthritis Rheum 1998;41:778-799
- 24.- Salvarani, C; Gabriel, S; O'Fallon, W; Hunder, G. **The incident of giant cell arteritis Olmsted County, Minnesota; Apparent fluctuations in a cyclic Pattern.** Ann Intern Med 1995;123;192-94
- 25.- Dabague J Reyes PA: **Takayasu arteritis in México:a 38 year clinical perspective through literature review:** Int J Cardiol 1996;suppl 1:S87-S93.
- 26.-Hall S,Barr W,Lie JT,Stanson AW,Kazmier FG **Takayasu arteritis:a study of 32 North American patients** Medicine 1985;64:89-99.
- 27.-Lupi-Herrera E, Sanchez-Torres G,Marcuschamer J,Horwits S :**Takayasu's Arteritis, Clinical Study of 107 cases.** Am Heart J1977; 93:94-104
- 28.- Mahr, A; Guillevin, L; Poissonnet, M; Ayme, S. **Prevalences of polyarteritis nodosa, Microscopic Polyangiitis, Wegener's granulomatosis, and Churgs Strauss Syndrome in a French urban**

multiethnic population in 2000: a capture-recapture estimate. Arthritis Rheum 2004;51:92-99

29.-GonzalezGay MA, , Garcia –Porrúa C, Guerrero J **The epidemiology of the primary systemic vasculitides in Northwest Spain: implications of the Chapel Hill conference definitions.** Arthritis Rheum 2003;49:388-393.

30.- Cotch, M; Hoffman, G; Yerg, D; Kaufman, G; Targonski, P; **The Epidemiology of Wegener's granulomatosis Estimates of the five- year period prevalence, annual mortality, and geographic disease distribution from population based data sources.** Arthritis Rheum 1996;39:87-92.

31.- Vera, O. **Granulomatosis de Wegener Análisis de 14 casos.** Rev Med IMSS (Mex) 1992;30: 245-247.-

32. Lanham J,Elkon K, Pusey C: **Systemic vasculitis with asthma and eosinophilia: a clinical approach to the Churg Strauss syndrome.** Medicine 1984;63:65.

33.- Stewart, M; Savage, J; Bell, B; McCord, B. **Long term renal prognosis of Henoch- Schönlein purpura in an unselected childhood population.** Eur J Pediatr 1988;147: 113-115.

34.- Ameal Guirado, A; Montes, S. **Henoch-Schönlein purpura in adults: a study of 9 cases.** Ann Med Internal 2004; 21:79-80.

35.- Calabrese, L; Duna, G; Lie, J. **Vasculitis in the central nervous system.** Arthritis Rheum 1997;40:1189-1201.

36.- Calabrese, L; Furlan, J; Gras, L; **Primary angiitis of central Nervous system vasculitis.** Neurol Clin 1992;59:293-306.

- 37.- Lie, JT. **Primary granulomatous angiitis of the central nervous system: a clinicopathologic analysis of 15 new cases a review of the literature.** Hum Pathol 1992;23:164- 171.
- 38.- Abud-Mendoza, C; Sanchez-Gonzalez, G; Diaz –Jouanen, E **Vasculitis primaria del sistema nervioso central.** Rev Mex Rheumatol 1994; 9:123-129.
- 39.- Azizleri, G ; Akhag Kose, A ; Sarica, R **Prevalence of Behçet's disease in Istanbul, Turkey.** Int Dermatol 2003;42:803-806.
- 40.- Sakane, T; Takeno, M; Suzuki, N; Inaba, G. **Behçet's disease** N Engl J Med 1999;341:1284-1291.
- 41.- Wysokinski, W; Wwiatkowska, W; Raczkowska, B; Czarnacki, M; Daskocz, R; . **Sustained classic clinical spectrum of thromboangiitis obliterans (Buerger's disease)** Angiology 2000; 51:141-150.
42. Olin JW:Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease.Ne Engl J Med 2000 ;343 :864-869
- 43.-Watts, R; Jolliffe, V; Grattan, C; Elliot, J; . **Cutaneous vasculitis in a defined population .Clinical an epidemiological associations.** J Rheumatol 1998: 25: 920-924.
- 44.- Drenkard, C; Villa, A; Reyes, E; Abelo, M; Alarcón – Segovia, D. **Vasculitis in systemic lupus eritematosus.** Lupus 1997; 6:235-242.
- 45.-Lamprecht P,Gause A,Gross WL.**Crioglobulinemic vasculitis.** Arthritis Rheum 1999;7:2316-2319.
- 46.- Cotch, M. **The socioeconomic impact of vasculitis.** Cur Opin Rheum 2000: 20-23.

47.-Savige J,Gillis D,Benson E: **International consensus statement on testing and reporting of antineutrophil cytoplasmic autoantibodies.**Am J Clin Pathol 1999;111:507-513.

48.-Demolin G,Delwaide J,van Severen M: **Polyarteritis nodosa related to Hepatitis B virus infection.**Rev Med Liege 1999;54:921-924.

49.- Soufir N, Descaps V CrickxB : **Hepatitis C virus in cutaneous polyarteritis nodosa: a retrospective study of 16 cases.** Arch Dermatol 1999;135:1001-1002

50.-Zhao MH, Sun QZ,Wang HY: **Clinical and pathological characterization of patients with microscopic polyangiitis with medium artery involvement.** Ren Fail 2003;25:989-995.

51.-Moriwaki R, Noda M, Yahima M, Sharma BK, Numano D : **Clinical manifestation of Takayasu's arteritis in India and Japan- new classification of angiographic findings.** Angiology 1997;48:369-379.

ANEXOS.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____ **Filiación** _____

1.-SEXO (1) Hombre (2) Mujer

2.-Edad _____ **años**

3.-Ocupacion: (1)Obrero (2)Ama de casa (3) empleado (4) Comerciante (5) otro.

4.- Peso _____ **Talla** _____

5.-TIPO DE VASCULITIS

1)A. Takayasu 2)G.Wegener 3)PAN 3)TAO 5) Enf de Behçet 6) Vasculitis leucocitoclastica 7) Vasculitis primaria del SNC 8)S.Churg Strauss 9) Vasculitis crioglobulinemica 10) Purpura H.S 11)PAM 12) A. Células Gigantes.

6.-Antecedentes heredofamiliares:

(1) Si (2)No

7.-Antecedentes personales no patológicos.

Tabaquismo (1) si (2)No Alcoholismo (1) Si (2)No

9.-Antecedentes patológicos:

Alergias (1)Si (2) No Portador de VHC (1) Si (2) No Portador de VHB(1) Si (2)No

10.-Fecha de la última hospitalización _____

11.-Motivo de Hospitalización: (1) Complicación (2) estudio (3) Tratamiento

12.-Días de estancia _____

13.-Criterios de Diagnóstico:

ACR(1) CHAPEL HILL(2) CALABRESE MALEK(4) SHINOYA GRUPO INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET (6)

14.-Numero de criterios _____

15.-Edad de inicio de la enfermedad _____

16.- Edad actual _____

17.-Cefalea (1) SI (2)NO

18.-Claudicación de miembros inferiores (1)SI (2) NO

19.-Pulso braquial (1) SI (2)NO

20.-Tipo de Arteritis de Takayasu por angiografía: 1(I arco aórtico) 2(II Aorta ascendente, arco aórtico y sus ramas 3(IIb aorta ascendente, arco aórtico y sus ramas, aorta descendente torácica) 4(III Aorta ascendente aorta abdominal y arterias renales) 5(IV aorta abdominal y arterias renales) 6(combinación de combinación de tipos IIb y IV).

21.-Claudicación de Miembros pélvicos (1) SI (2) NO

22.-Pulso braquial disminuido 1(SI) 2(NO)

23.-Síntomas visuales 1(SI) 2(NO)

24.-Ulceras orales o genitales 1(SI) 2(NO)

25.-Pérdida de peso(SI) 2(NO)

26.-Fiebre 1(SI) 2(NO)

27.-Afección pulmonar 1(SI) 2(NO)

28.-Dolor testicular 1(SI) 2 (NO)

29.-Mononeuropatía o polineuropatía(SI) 2 (NO)

30.-Purpura palpable 1(SI) 2(NO)

31.-Eosinófilos extravasculares 1(SI) 2(NO)

32.-ASMA 1(SI) 2(NO)

33.-PATERGIA POSITIVO 1(SI) 2(NO)

34. Afección renal1(SI) 2 (NO)

35.- VSG elevada 1(SI) 2(NO)

36.-Angiografía 1(SI) 2(NO) _____

37.-BIOPSIA 1(SI) 2(NO) _____