



## CARTAS AL EDITOR

**Editor:** he leído con interés y satisfacción el interesante caso de Vasculitis Sistémica reportado por los Drs. José Mario Padilla y Rubén Montúfar en el pasado número de la revista.

Las Vasculitis Sistémicas tal y como lo mencionan en su reporte, son un grupo muy heterogéneo de enfermedades, con manifestaciones clínicas muy variadas y complejas que hacen que su diagnóstico sea uno de los más difíciles para los que tratamos enfermedades autoinmunes.

Casos como el reportado, con manifestaciones sistémicas inespecíficas como fiebre, mialgias, debilidad generalizada y pérdida de peso, pueden encontrarse en varias enfermedades reumáticas sistémicas y teniendo un buen juicio clínico lo primero a descartar son las patologías más comunes como fue este caso en el que se pensó en una Polimiositis, que si bien es cierto no está dentro de las enfermedades reumáticas más frecuentes, es más común que las Vasculitis Sistémicas.

La Poliarteritis Nodosa (PAN) es una vasculitis sistémica necrotizante que afecta típicamente las arterias de mediano calibre que ocasionalmente puede afectar vasos de pequeño calibre, es una enfermedad rara, de diagnóstico difícil ya que no hay pruebas de laboratorio específicos para su diagnóstico. Así como en todas las vasculitis, lo ideal es tener la confirmación histológica a través de una biopsia cuando esta es factible de realizar, sin embargo, esto casi siempre es difícil si no imposible por el tipo de órgano afectado o por la dificultad de identificar el sitio adecuado para tomar la biopsia, en estos casos la angiografía es de gran utilidad diagnóstica.

Revisando detenidamente el caso reportado me llaman la atención algunos hallazgos así como la ausencia de otros. Está descrito que los pacientes con PAN se presentan típicamente con síntomas sistémicos como fatiga, fiebre, debilidad muscular y artralgias tal y como lo presentó este paciente, así como con signos de compromiso multisistémico, siendo los más frecuentes y característicos la presencia de hipertensión, compromiso renal, alteraciones neurológicas (mono o polineuropatía) y dolor abdominal, lo cual no se describe en este caso. Llama la atención también la presencia de ictericia y las pruebas hepáticas alteradas. La presencia de anticuerpos p-ANCA, tampoco es característico de la PAN y para algunos autores su hallazgo debe hacer pensar en otro tipo de vasculitis tales como granulomatosis de Wegener o Poliangeítis Microscópica.

Sin embargo, la presencia de microaneurismas y microinfartos en la arteriografía abdominal si bien no son patognomónicos, son característicos de PAN y se consideran como la alternativa a la biopsia para su diagnóstico.

Si nos basamos en los Criterios de Clasificación del Colegio Americano de Reumatología, la presencia de al menos 3 criterios son suficientes para establecer el diagnóstico de PAN y este paciente cumple con los siguientes: pérdida de peso de más de 4 kg, mialgias y debilidad muscular y anomalías características en Arteriografía.

Cuál sería entonces la explicación de la presencia de anticuerpos p – ANCA en este paciente?

Sabemos que la técnica de inmunofluorescencia no es altamente específica y que la presencia de anticuerpos contra otros antígenos como lactoferina, elastasa y otros pueden causar un patrón de inmunofluorescencia similar al p – ANCA, tampoco no es raro que exista dificultad para distinguir este patrón del causado por la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) y que los pacientes con ANA positivos pueden tener una prueba “falsa positiva” para P – ANCA.

Idealmente necesitaríamos la confirmación de anticuerpos contra mieloperoxidasa (MPO) por la técnica de ELISA para estar seguros del resultado.

Como vemos el diagnóstico de una vasculitis no es fácil, al igual que muchas enfermedades autoinmunes, es por eso que en Reumatología se habla de “Criterios de Clasificación” y no de Criterios Diagnósticos y este paciente en particular clasifica dentro de los criterios de PAN.

Las vasculitis y en especial la PAN es una enfermedad seria y si no se hace un diagnóstico y tratamiento temprano puede ser fatal; afortunadamente en este caso el buen juicio clínico permitió que se hiciera un diagnóstico relativamente rápido que permitió dar un tratamiento adecuado y oportuno como lo evidencia la evolución satisfactoria que ha tenido el paciente.

Felicito a los médicos tratantes y al Comité Editor de los Archivos del Colegio Médico por el excelente trabajo en la reactivación de la revista, que nos abre un espacio para compartir y aprender de nuestras experiencias en la práctica diaria.

---

**Dra. Geraldina Castillejos**  
Reumatóloga.