

# MANIFESTACIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A VASCULITIS ANCA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Laura María Jiménez Rodríguez<sup>1</sup>, Vanesa Calvo-Río<sup>2,3</sup>, Fabricio Benavides-Villanueva<sup>2,3</sup>, Diana Prieto-Peña<sup>2,3</sup>, Ricardo Blanco<sup>2,3</sup>

1. Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, España. 2. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. 3. Grupo de Inmunopatología, Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, España.

## Introducción

Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) constituyen un grupo de vasculitis de pequeño vaso que incluyen la granulomatosis con poliangeítis (GPA), la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) y la poliangeítis microscópica (PAM), y se asocian, en muchas ocasiones, con ANCA dirigidos contra proteinasa3 (PR3) o mieloperoxidasa (MPO). Una de las principales manifestaciones clínicas es la afectación cutánea, que puede aparecer hasta en el 50% de los pacientes y ser clave en el diagnóstico temprano.

## Métodos

Estudio observacional, retrospectivo, basado en revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados con vasculitis asociada a ANCA en un hospital universitario del norte de España entre los años 2000 y 2023. La clasificación de las vasculitis ANCA se basó en los criterios ACR/EULAR 2022. Se analizaron características clínicas, manifestaciones cutáneas al diagnóstico y durante el seguimiento, hallazgos de autoinmunidad y anatomía patológica de las lesiones, así como tratamientos recibidos y su evolución posterior (Tabla).

## Resultados

Se incluyeron 152 pacientes con diagnóstico de vasculitis ANCA. De ellos, 20 (13%) presentaron afectación cutánea al diagnóstico o durante el seguimiento.

Distribución diagnóstica: 40% GPA, 25% GEPA, 25% vasculitis ANCA indiferenciada y 10% PAM.

Positividad ANCA 65%: 62% antiPR3 38% antiMPO

Tratamientos recibidos: 90% corticoides V.O. dosis media 36±22 40% metotrexato 40% azatioprina 40% rituximab 35% ciclofosfamida 10% micofenolato

Lesión cutánea más frecuente: **púrpura palpable**, seguida de púrpura no palpable y úlceras cutáneas.

Evolución: **70% resolución completa** de las lesiones. **30% secuelas**, de carácter leve: **hiperpigmentación residual** seguido de **cicatriz** en el lugar de la lesión.

Estudio anatomopatológico mediante **biopsia cutánea compatible para vasculitis en el 75%** de los casos.

## Conclusiones

Las manifestaciones cutáneas son un hallazgo frecuente en pacientes con vasculitis ANCA, siendo la púrpura palpable la presentación más común en nuestra serie. La biopsia cutánea en estos pacientes es esencial para confirmar el diagnóstico, siendo compatible con vasculitis hasta en el 75% de los casos. El tratamiento principal incluye corticoides a dosis medias/altas e inmunosupresores. Aunque se observaron secuelas en un tercio de los pacientes, estas fueron leves, como la hiperpigmentación o cicatriz cutánea en el lugar de la lesión.

Tabla. Variables clínicas en 20 pacientes con diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA con afectación cutánea.

Características demográficas	Resultados (n=20)
Hombre/mujer, n (%mujeres)	9/11 (55%)
Edad de diagnóstico, media ± DE	57 ± 15 (32-84 años)
Tipo de vasculitis	
GPA	8 (40%)
GEPA	5 (25%)
Vasculitis indiferenciada	5 (25%)
PAM	2 (10%)
Lesión cutánea	
Púrpura palpable	8 (40%)
Púrpura no palpable	6 (30%)
Úlceras cutáneas	3 (15%)
Nódulos subcutáneos	1 (5%)
Lesiones psoriasiformes	1 (5%)
Síndrome de Sweet	1 (5%)
Estudio anatomopatológico compatible	
Si	12 (75%)
No	4 (25%)
Tratamientos utilizados	
Prednisona vía oral	18 (90%)
Metotrexato	8 (40%)
Rituximab	8 (40%)
Azatioprina	6 (30%)
Ciclofosfamida	7 (35%)
Micofenolato	2 (10%)
Secuelas cutáneas	
Si	6 (30%)
No (resolución de las lesiones)	14 (70%)
Tipo de secuela	
Hiperpigmentación	4 (67%)
Cicatriz	2 (33%)