



1969 - VALORACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTICENTRÓMERO MÁS ALLÁ DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA: UNA SEÑAL QUE MERECE REVISIÓN

Miriam Arroyo Bravo, Eva Puig Serrano, Carlos Feijoo Massó, Joan Maria Mercadé Torras, Juan Francisco Delgado de la Poza, Enrique Esteve Valverde y Maria Begoña Mari Alfonso

Unidad Enfermedades Autoinmunes Sistémicas-Medicina Interna, Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar la asociación de los anticuerpos anticentrómero (ACA) y enfermedades autoinmunes (EA) distintas de la esclerosis sistémica (ES), en especial el síndrome de Sjögren primario (SSp), y describir el fenotipo clínico característico de estos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, retrospectivo y transversal, de una cohorte de 110 pacientes con positividad para ACA, mediante inmunofluorescencia indirecta, atendidos entre 2018 y 2024 en un hospital comarcal. Se recogieron 50 variables clínicas, demográficas, inmunológicas y de pruebas complementarias a través de revisión de historias clínicas electrónicas. El diagnóstico de las distintas EA se estableció aplicando los criterios de clasificación internacionales reconocidos. El análisis estadístico incluyó pruebas de χ^2 , U de Mann-Whitney y t de Student. Se utilizó SPSS v29 y Python para el análisis y validación cruzada. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: El fenómeno de Raynaud fue el motivo de consulta más frecuente de consulta en 50 (50%) pacientes, seguido de 34 artralgias (35,5%) y síndrome seco (34,5%). En total, 63 pacientes (57,3%) presentaron más de un síntoma, siendo Raynaud-síndrome seco la combinación más habitual en 25 (22,7%). El factor reumatoide fue el hallazgo serológico más común 46/80 (41,4%), seguido de anti-dsDNA en 23/106 (21,7%), anti-Ro en 19/107 (17,8% -15 anti-Ro52-), 12/106 (11,3%) en antimitocondria y 13/106 (12,3%) en anticoagulante lúpico, anticardiolipina y anti-Jo, respectivamente. En cuanto a pruebas complementarias, la capilaroscopia fue patológica en 51/52 (98,1%) evaluados (predominio de patrón precoz); el test de Schirmer positivo en 17/43 (15,5%), la biopsia de glándula salival en 15/16 (93,8%) y la ecografía glandular compatible con SSp en 30/40 (75%). En total, 78 pacientes (70,9%) presentaron un diagnóstico final de EA: 35 SSp (31,8%), 21 ES (26,9%), principalmente subtipo ES cutánea limitada (13,6%), 22 colangitis biliar primaria (20,0%) y 3 lupus eritematoso sistémico (2,7%). Además, 18,2% cumplían criterios de pre-ES y 18,2% presentaron solapamientos, principalmente ES y SSp (12,7%). Entre los 32 pacientes sin EA, se identificaron neoplasias (43,8%), infecciones (31,3%) y causas no filiadas (25%). En el subgrupo con SSp, 25/40 (71,4%) mostró capilaroscopia alterada, 12/26 (36,7%) test de Schirmer positivo, 12/26 (46,2%) biopsia diagnóstica y 20/33 (60,6%) ecografía compatible. Se observó una tendencia no significativa entre FR positivo y SSp (54,8%, $p = 0,14$).

Discusión: Los ACA, tradicionalmente vinculados a la ES limitada, se asociaron en esta cohorte con un espectro más amplio de EA, destacando el SSp como diagnóstico prevalente y la frecuencia de solapamiento. Las pruebas complementarias realizadas demostraron un alto valor diagnóstico, especialmente en SSp.

Aunque sin significación estadística, la tendencia entre FR positivo y SSp respalda los hallazgos del estudio y podría tener relevancia clínica. La presencia de neoplasias o infecciones en pacientes sin EA destaca la importancia de ampliar el diagnóstico diferencial.

Conclusiones: En la cohorte evaluada con ACA positivos, el SSp fue más frecuente que la ES. En el contexto clínico adecuado, en combinación con otras pruebas la presencia de ACA debe motivar un estudio amplio que contemple otras EA, solapamientos, así como causas no autoinmunes como neoplasias o infecciones.