



<https://www.revclinesp.es>

1754 - ESPECTRO CLÍNICO Y SEROLÓGICO DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO (ANCA) POSITIVOS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL REGIONAL

Jorge Vázquez Orta, Isabel Padrino Silva, Julia Ollero Ortíz, Visitación Beloso Sánchez y Maryam Sidahi Serrano

Medicina Interna, Hospital Infanta Elena, Huelva, España.

Resumen

Objetivos: Describir el espectro de diagnósticos finales y las características clínicas y serológicas de los pacientes con resultado positivo para anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) en la práctica clínica habitual de un hospital regional.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes adultos (> 18 años) con al menos una determinación de ANCA (IFI y/o ELISA para MPO y PR3) positiva, solicitada desde cualquier servicio del hospital entre enero de 2021 y diciembre de 2023. Se revisaron las historias clínicas para recoger datos demográficos, motivo de solicitud del ANCA, patrón de inmunofluorescencia (c-ANCA, p-ANCA, atípico), especificidades (anti-MPO, anti-PR3), manifestaciones clínicas relevantes (renales, pulmonares, ORL, cutáneas, neurológicas), y el diagnóstico final establecido.

Resultados: Se identificaron 95 pacientes con ANCA positivos. Edad media $63,2 \pm 15,7$ años, 56,8% mujeres. El patrón p-ANCA fue el más frecuente (61,0%), seguido de c-ANCA (25,3%) y atípico (13,7%). La especificidad anti-MPO se detectó en el 48,4% de los casos, anti-PR3 en el 18,9%, y un 32,7% fueron ANCA IFI positivos sin especificidad MPO/PR3 por ELISA o con otras especificidades. El diagnóstico final más común fue vasculitis asociada a ANCA (VAA) en el 42,1% de los casos ($n = 40$), incluyendo poliangeítis microscópica (25 casos), granulomatosis con poliangeítis (10 casos) y granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (5 casos). Otros diagnósticos incluyeron: enfermedad inflamatoria intestinal (10,5%), enfermedades del tejido conectivo no VAA (8,4%), infecciones (6,3%), neoplasias (5,3%) y un 15,8% sin diagnóstico autoinmune específico claro tras seguimiento. Las manifestaciones renales (proteinuria, hematuria, insuficiencia renal) fueron las más frecuentes en pacientes con VAA (75,0%). La PCR media al diagnóstico en VAA fue de 8,5 mg/dl.

Discusión: En nuestra cohorte, un resultado positivo de ANCA se asoció a VAA en menos de la mitad de los casos, lo que subraya la importancia de la interpretación clínica de estos biomarcadores. Un porcentaje significativo de ANCA positivos, especialmente p-ANCA sin especificidad MPO/PR3 clara, se asocian a otras condiciones o no tienen una correlación patológica evidente.

Conclusiones: La detección de ANCA es una herramienta útil, pero su interpretación debe realizarse en el contexto clínico completo del paciente, dado que no todos los positivos corresponden a una vasculitis ANCA asociada. No debemos olvidar estos detalles en una práctica clínica cada vez más guiada por pruebas complementarias, y baterías analíticas. La historia clínica completa y detallada sigue siendo el pilar

fundamental de la medicina, también en la era de la tecnología y la medicina de precisión.

Bibliografía

1. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65(1):1-11. doi:10.1002/art.37715
2. Seo P, Stone JH. The antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides. *Am J Med.* 2004;117(1):39-50. doi:10.1016/j.amjmed.2004.02.030