



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1566 - IDENTIFICACIÓN DE PERFILES DE BAJO RIESGO EN ANA POSITIVOS: DESARROLLO DE UN SCORE CLÍNICO DE EXCLUSIÓN

Julia Carmona González, Loreto González-Lamuño Sanchís, Carmen Alonso Llada, Nerea Bandera González, Luis Manuel Oricheta Álvarez, Azucena López Álvarez, Raúl Sánchez Niño y Rubén Coto Hernández

Medicina Interna, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Resumen

Objetivos: La positividad para anticuerpos antinucleares (ANA) representa un motivo frecuente de consulta en unidades de enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Sin embargo, la mayoría de pacientes no desarrollan una enfermedad autoinmune a largo plazo. Ante la ausencia de herramientas clínicas objetivas que permitan discernir qué casos requieren seguimiento prolongado, se plantea la necesidad de definir criterios clínicos que ayuden a identificar perfiles de bajo riesgo. El objetivo del estudio fue desarrollar y validar un *score* clínico sencillo, basado en variables disponibles en la primera visita, para descartar con seguridad el seguimiento en pacientes con ANA positivos sin clínica específica de EAS.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron 125 pacientes derivados a primera consulta de EAS entre 2017 y 2019 por positividad para ANA, sin sospecha clínica definida. Se recogieron variables clínicas y serológicas disponibles en la primera visita. El evento principal fue el diagnóstico confirmado de una EAS en los cinco años siguientes, documentado mediante seguimiento en consulta o revisión de historia clínica electrónica. Se construyó un *score* clínico asignando 1 punto a cada una de las variables: título ANA $< 1/320$, ausencia de autoanticuerpos específicos (anti-ENA, anti-SSA, anti-DNA, etc.), edad ≥ 60 años, síntoma guía inespecífico. Se clasificó el motivo de consulta en tres categorías: síntoma guía específico, manifestaciones clásicamente asociadas a EAS (p. ej. artritis inflamatoria, Raynaud, lesiones cutáneas fotosensibles o serositis); síntoma guía inespecífico, síntomas poco orientativos (p. ej., mareo, cefalea, dolor músculo esquelético no inflamatorio, astenia o lesiones cutáneas no relacionadas con autoinmunidad); y ANA incidental, en contexto de hallazgos analíticos casuales. Esta categorización fue empleada en ambas cohortes: 2017-2018 para derivación del modelo y 2019 para validación interna.

Resultados: Se incluyeron 125 pacientes con ANA positivos y seguimiento clínico a cinco años. De ellos, 12 pacientes (9,6%) desarrollaron una EAS, 11 de los cuales fueron identificados durante el seguimiento. En un caso no se realizó seguimiento y se diagnosticó de EAS posteriormente. En la cohorte de derivación (2017-2018, $n = 72$), ningún paciente con puntuación ≥ 3 en el *score* presentó una EAS durante el seguimiento (sensibilidad: 100%). En la cohorte de validación (2019, $n = 53$), 13 pacientes (24,5%) obtuvieron un *score* ≥ 3 . Ninguno desarrolló EAS a los cinco años, con un valor predictivo negativo del 100%. El *score* mostró estabilidad entre cohortes y fue capaz de identificar un subgrupo con perfil de bajo riesgo, sin falsos negativos cuando se aplicó el punto de corte de exclusión ≥ 3 .

Conclusiones: El *score* propuesto permite identificar pacientes ANA positivos sin clínica sugestiva de autoinmunidad sistémica con perfil de bajo riesgo a cinco años. Aplicado en la primera visita, con variables

accesibles, mostró sensibilidad del 100% y valor predictivo negativo del 100% en la cohorte de validación. Su uso podría contribuir a optimizar el seguimiento de estos pacientes, centrando los recursos en perfiles con mayor probabilidad de evolución a EAS. Este modelo no sustituye al juicio clínico, y su aplicación debe contextualizarse en una valoración médica completa. Se requieren estudios adicionales para validar su utilidad en otras poblaciones.