



IF-73. - DIFERENCIAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS Y DE CAPILAROSCOPIA ENTRE PACIENTES CON ESCLERODERMIA, CON Y SIN ÚLCERAS DIGITALES

L. Morera Morales¹, C. Tolosa Vilella¹, C. Simeón Aznar², B. Marí Alfonso¹, L. Trapiella³, M. Rodríguez Carballeira⁴, V. Egurbide Arberas⁵, V. Fonollosa Pla², en representación del Grupo RESCLE

¹Servicio de Medicina Interna. Corporació sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

Resumen

Objetivos: Comparar los patrones de comportamiento clínicos, inmunológicos, capilaroscópicos y de supervivencia de una amplia cohorte de pacientes con esclerodermia (SSc), con úlceras digitales (UD) y sin úlceras digitales (noUD).

Métodos: Estudio de 1.326 pacientes procedentes del registro español de esclerodermia (RESCLE), que se han incluido hasta mayo de 2013, evaluados según la presencia o ausencia de UD.

Resultados: 552 de 1.326 (41,62%) pacientes con SSc han presentado UD en algún momento. El sexo femenino predomina en ambos grupos (M:H, 8:1). La edad al inicio del 1º síntoma es menor en el grupo UD vs noUD (42 a vs 48 a; $p < 0,001$). SSc difusa predomina en el grupo UD vs noUD (38% vs 16%; $p < 0,001$), y SSc limitada predomina en el grupo noUD vs UD (63% vs 56%; $p = 0,009$). F. Raynaud es la 1ª manifestación en el grupo UD vs noUD (84% vs 81%; $p = ns$). El tabaquismo activo (UD: 11% vs noUD: 12%) o ex-tabaquismo (19% vs 17%) es similar en ambos grupos. Los Ac. antitopoisomerasa I son más frecuentes en el grupo UD vs noUD (27% vs 19%; $p = 0,001$) y los Ac. anticentrómero (ACA) predominan en noUD vs UD (51% vs 38%; $p < 0,001$). El patrón capilaroscópico activo fue más frecuente en el grupo UD vs noUD (44% vs 28%; $p < 0,001$). Las afecciones viscerales predominaron en el grupo UD vs noUD, respectivamente: afección esofágica (68% vs 56%; $p < 0,001$), neumopatía intersticial (54% vs 36%; $p < 0,001$), cardiopatía isquémica (16% vs 11%; $p = 0,03$) y la crisis renal esclerodérmica (5,5% vs 2,2%; $p = 0,008$). No hay diferencias significativas en la prevalencia de hipertensión arterial pulmonar en el grupo UD vs noUD (5,1% vs 7,3%). La supervivencia acumulada es menor en el grupo UD vs noUD en cada quinquenio evaluado, y significativa a partir de los 30 años del inicio del 1º síntoma ($p < 0,013$). No hay diferencias significativas en las causas de muerte de ambos grupos.

Discusión: Las UD son la complicación más frecuente de la vasculopatía en los pacientes con SSc. En varios estudios se ha correlacionado la presencia de UD con la presencia de otras manifestaciones clínicas, analíticas y capilaroscópicas, con resultados variables en el pronóstico de la enfermedad. En este estudio hemos identificado diferencias epidemiológicas, clínicas, analíticas y capilaroscópicas en los pacientes con SSc, según hayan presentado o no UD. En el grupo con UD, la

edad de inicio de los síntomas y de diagnóstico de la enfermedad es menor y el subtipo de SSc difusa, Ac antitopoisomerasa I y patrón capilaroscópico activo son más frecuentes. Se ha identificado una mayor prevalencia de afección esofágica, neumopatía intersticial, cardiopatía isquémica y crisis renal esclerodérmica en los pacientes con UD y, en consecuencia, la supervivencia acumulada es menor en este grupo respecto a los pacientes sin UD.

Conclusiones: 1) Los pacientes con SSc y UD son más jóvenes al momento de inicio de síntomas y de diagnóstico de la enfermedad. 2) en los pacientes con SSc y UD predomina el subtipo cutáneo difuso, los autoanticuerpos antitopoisomerasa I y el patrón capilaroscópico activo. 3) Los pacientes con SSc y UD tienen mayor prevalencia de afección esofágica, neumopatía intersticial, cardiopatía isquémica y crisis renal esclerodérmica. 4) Los pacientes con SSc y UD tienen una menor supervivencia, significativa a partir de los 30 años de seguimiento.