



IF-62. - UTILIDAD DE LA BIOPSIA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES EN EL PACIENTE QUE PRESENTA UN SÍNDROME SECO Y DETERMINACIÓN NEGATIVA DE ANTICUERPOS RO/LA

P. Brito-Zerón¹, S. Retamozo¹, L. Alós², A. Bové¹, H. Gueitasi¹, B. Kostov³, A. Sisó Almirall³, M. Ramos-Casals¹

¹Grupo de Estudio del SS AGAUR, Servicio de EAS, ²Servicio de Anatomía Patológica, CDB. Hospital Clínic. Barcelona. ³Grupo Transversal de Investigación en Atención Primaria, IDI. ABS Les Corts, CAPSE. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Analizar la seguridad y la utilidad de una nueva herramienta de diagnóstico para la investigación de las glándulas salivales menores (técnica mínimamente invasiva) en los pacientes que presentan un síndrome seco inmunonegativo (Ro/La negativos) y sospecha de una enfermedad sistémica.

Métodos: Análisis prospectivo consecutivo de 122 pacientes (100 mujeres, edad media 60 años) con un síndrome seco (definido por la presencia de xerostomía y xeroftalmia, con resultados positivos en las pruebas oculares y/o gammagrafía parotídea) y marcadores inmunológicos negativos de SS (anticuerpos anti-Ro/La) en los que se realizó una biopsia mínimamente invasiva de las glándulas salivales menores. Se evaluaron en las muestras histopatológicas las siguientes características: presencia de fibrosis, atrofia acinar e infiltración linfoplasmocitaria (evaluada mediante la clasificación de Chisholm y Mason), junto con la investigación de otros procesos infiltrantes (granulomas, amiloide, linfocitos IgG4 positivos o lípidos). Los eventos adversos se registraron en un cuestionario inmediatamente después del procedimiento y a los 7 días.

Resultados: La alteración histopatológica más frecuente fue la infiltración linfoplasmocitaria en 57 (47%) pacientes, seguido de fibrosis en 46 (38%) y de atrofia acinar en 32 (26%); el tipo de infiltrado linfoplasmocitario se detalló en 53 pacientes (linfocitario: 21, plasmocitario: 20, y linfoplasmocitario: 12). La existencia de otros procesos infiltrativos fue excepcional: infiltración lipoidea en 5 pacientes, amiloidea en 1 paciente, y ningún caso de infiltración por granulomas o linfocitos IgG4+. De acuerdo a la clasificación de Chisholm y Mason, 53 (44%) fueron clasificadas como normales, 42 (35%) como grado I, 11 (9%) como grado II, 8 (7%) como grado III y 7 (6%) como grado IV; los últimos dos grados indican sialoadenitis focal (presencia de al menos 1 foco de > 50 linfocitos agregados). Tras la evaluación histopatológica se llegó a los siguientes diagnósticos finales: resultado normal en 46 pacientes, sialoadenitis inespecífica en 42, síndrome de Sjögren primario en 26 (15 como diagnóstico definitivo, 11 como probable), y otros diagnósticos en 6 (infiltración por grasa en 5, amiloidosis sistémica en 1). La existencia de fibrosis se detectó en más frecuencia en mujeres (43% vs 14%, $p = 0,014$) y se correlacionó con una mayor edad (67,70 vs 55,76 años), al igual que se correlacionó con mayor edad la presencia de atrofia acinar (69,50 vs 56,71 años). No se encontró correlación entre el grado de infiltración y las principales pruebas de diagnóstico (pruebas oculares,

gammagrafía parotídea), o con los parámetros inmunológicos (ANA, RF, gammapatía monoclonal, hipocomplementemia). Sólo 10 (8%) pacientes informaron eventos adversos transitorios recuperados completamente durante las primeras 24 horas: 4 parestesias leves y 7 hematomas locales autolimitados. De los 12 pacientes que estaban recibiendo terapia antiagregante/anticoagulante, sólo uno desarrolló un hematoma local.

Conclusiones: Un 21% de pacientes con síndrome seco inmunonegativo son diagnosticados de SS primario gracias a la biopsia mínimamente invasiva, mientras que en un 35% de los pacientes se observa una sialoadenitis crónica no específica, que podría reflejar un SS leve que no tiene cabida en los criterios de clasificación actuales de esta enfermedad autoinmune. La falta de infiltración linfocítica y los datos histopatológicos de cronicidad (fibrosis y atrofia) se correlacionaron con una mayor edad. La biopsia mínimamente invasiva de las glándulas salivales menores es una herramienta sencilla, segura y fiable para el diagnóstico de enfermedades sistémicas infiltrantes de glándulas exocrinas, principalmente el SS, pero también amiloidosis y otras enfermedades infiltrativas.