



IF-032 - AUTOINMUNDAD Y FENOTIPO CLÍNICO EN ESCLERODERMIA. ¿EL ANTICUERPO IMPORTA?

N. Iniesta¹, G. Espinosa¹, D. Colunga², N. Ortego-Centeno³, M. Rubio Rivas⁴, M. Freire⁵, V. Fonllosa⁶, C. Simeón Aznar⁶ y Grupo RESCLE. M. Rodríguez Carballeira y A. Marín Ballvé, en representación del Grupo de Trabajo Registro Español de Esclerodermia. RESCLE

¹Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ⁵Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Vigo. Vigo (Pontevedra). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Determinar si la presencia de anticuerpos específicos en pacientes con esclerosis sistémica (ES) influye en el fenotipo clínico.

Métodos: Se analizaron los pacientes del registro RESCLE. Se seleccionaron aquellos en los que se habían determinado anticuerpos antinucleares (ANA), anti-centrómero (ACA), anti-topoisomerasa (ATA) y anti-RNA Polimerasa III (ARA) y se dividieron en cuatro grupos: sólo ANA positivos; ANA + ACA, ANA + ATA y ANA + ARA. Se compararon las características clínicas, analíticas e inmunológicas entre estos grupos.

Resultados: Se seleccionaron 208 pacientes. 89/208 (43%) presentaron positividad sólo para ANA, 30 (14%) para ATA, 63 (30%) para ACA y 26 (13%) para ARA. El subtipo cutáneo limitado fue el más frecuente en los ACA y ANA (68% vs 45% vs 30 vs 23%, $p < 0,001$), mientras que el difuso predominó en los ATA y ARA (73% vs 50% vs 22% vs 1,6%, $p < 0,001$). No hubo diferencias en la edad media al debut ni al diagnóstico ni tampoco en el tipo de manifestación inicial. Los pacientes con ATA y ANA presentaron más artritis (27% vs 32% vs 5,6% vs 17%, $p = 0,04$) y miositis (34% vs 41% vs 5,6% vs 17%, $p = 0,004$). No hubo diferencias en las manifestaciones digestivas y el esófago fue el órgano más afectado (63% vs 65% vs 46% vs 65%, $p = 0,274$). El grupo con ACA presentó menos infiltrados en vidrio deslustrado en la tomografía computarizada de tórax (14% vs 45% vs 62% vs 48%, $p < 0,001$) y mayor capacidad vital forzada (%) (8,5% vs 25% vs 56% vs 33%, $p < 0,001$). Ningún grupo presentó más hipertensión pulmonar (18% vs 29% vs 25% vs 35%, $p = 0,345$). Los pacientes con ARA presentaron más crisis renal esclerodérmica (CRE) (23% vs 6% vs 15% vs 0%, $p = 0,042$). Observamos otros anticuerpos no específicos para ES con una distribución homogénea, excepto los anti-ribonucleoproteína (antiRNP) que se aislaron más en los ANA y ATA. La supervivencia a los 5 (94% vs 96% vs 95% vs 96%) y 10 años (88% vs 81% vs 92% vs 85%) fue similar en todos los grupos.

Discusión: La prevalencia de anticuerpos específicos fue similar a la de otras series europeas.

Encontramos asociaciones conocidas como ARA-CRE y ACA-menor afectación pulmonar intersticial. Las limitaciones de nuestro estudio fueron la baja determinación de algunos anticuerpos específicos (ARA) y las propias de los registros.

Conclusiones: En pacientes con ES la presencia de ACE predispone a un determinado fenotipo sin que se asocie a un peor pronóstico.