



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

N. Iniesta<sup>1</sup>, G. Espinosa<sup>1</sup>, D. Colunga<sup>2</sup>, N. Ortego-Centeno<sup>3</sup>, M. Rubio Rivas<sup>4</sup>, M. Freire<sup>5</sup>, V. Fonllosa<sup>6</sup>, C. Simeón Aznar<sup>6</sup> y Grupo RESCLE. M. Rodríguez Carballeira y A. Marín Ballvé, en representación del Grupo de Trabajo Registro Español de Esclerodermia. RESCLE

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