Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):91

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

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

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

[1]Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. [2]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). [3]Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada. [4]Servicio de Medina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). [5]Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Vigo. Vigo (Pontevedra). [6]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% vs17%, p = 0,004). No hubo diferencias en las manifestaciones digestivas y el esófago fue el órgano más afectado (63% vs 65% vs 46% 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% 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.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.