Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):99

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-060 - VALIDACIÓN DE LOS NUEVOS CRITERIOS DEL ITR-ICBD PARA EL DIAGNóSTICO DE ENFERMEDAD DE BEHÇET

M. Sanmartí[1], G. Espinosa[2], M. Castillo[3], R. Solans[4], J. Larrañaga[5], J. Callejas[6], J. Nieto[7] y M. Rodríguez Carballeira[1]. X. Solanich Moreno, L. Trapiella, R. Ríos Fernández, R. Hurtado, G. Fraile, F. Martínez, F. Muñoz, M. Herranz e I. Cusacovich, en representación del Grupo de Trabajo GEAS

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona).[2]Malalties Autoimmunes. Hospital Clínic. Barcelona. [3]Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.[4]Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. [5]Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario. Vigo.[6]Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada. [7]Servicio de Medicina Interna. Hospital Cruces. Bilbao.

Resumen

Objetivos: Validar los nuevos criterios del International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD) aplicándolos a la cohorte del Registro Español de EB (REGEB) y a un grupo control de pacientes sin Enfermedad de Behçet (EB) que presentan al menos un criterio de la nueva clasificación.

Métodos: Desde 2009, el Registro Español de EB (REGEB) del Área de Trabajo de la EB-Línea Vasculitis-GEAS, con un diseño multicéntrico, longitudinal y consecutivo, ha recogido 576 pacientes con sospecha clínica de EB procedentes de 20 hospitales de España. La inclusión en el registro se basa en la sospecha de EB por parte de una unidad asistencial experta en enfermedades autoinmunes. En un estudio previo aplicamos los nuevos criterios ITR-ICBD a esta cohorte, hallando mayor sensibilidad para el diagnóstico de EB que con los criterios clásicos de la International Society of Behçet's disease (ISBD) (Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):736). Para este estudio se han incluido además 40 pacientes escogidos al azar con diagnóstico clínico diferente de la EB pero que presentaban al menos una manifestación clínica incluida en los criterios de EB. Los pacientes del grupo control realizaban su seguimiento clínico en Hospital Universitario Mutua Terrassa. La información de cada paciente se obtuvo a partir de la revisión de su historial médico electrónico.

Resultados: De los 616 pacientes incluidos (576 del REGEB y 40 controles), 329 eran mujeres (53,4%) y la edad media fue de 30,4 años (DE ± 13,6). El grupo control estaba formado por 7 casos de enfermedad inflamatoria intestinal, 9 uveítis idiopáticas, 10 trombosis idiopáticas o secundaria a síndrome antifosfolipídico, 11 meningoencefalitis de etiología no filiada y 3 aftas complejas. Los dos grupos estudiados fueron homogéneos en cuanto al sexo pero el grupo con sospecha de EB debutó con la enfermedad a menor edad: 29 (DE 12) años vs 49 (DE 16), p 0,001. Según nuestros resultados los criterios ICBD poseen una sensibilidad del 92% y una especificidad del 95% para diagnosticar EB, mientras que los de la ISBD presentan una sensibilidad de 62% y especificidad de 100%. Cabe destacar que el 98,9% de los diagnosticados de EB por ISBD también lo serían por ICBD, pero el 34% que no son diagnosticados por ISBD sí lo son por ICBD.

Discusión: Los criterios clásicos de la ISBD para el diagnóstico de la EB presentan una sensibilidad subóptima. Por ello, el ITR-ICBD ha propuesto una nueva clasificación en la que ha incluido otras manifestaciones clínicas como la afectación vascular y neurológica, otorga puntos a los criterios y considera como diagnóstica una puntuación superior o igual a 4.

Conclusiones: Según nuestros resultados, los nuevos criterios ITR-ICBD son más sensibles que los del ISBD para el diagnóstico de EB.

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