



## IF-053 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS ANCA EN UNA COHORTE DE LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

J. Loureiro Amigo<sup>1</sup>, J. Mestre Torres<sup>1</sup>, A. Marín Sánchez<sup>2</sup> y R. Solans Laqué<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Inmunología. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar el rendimiento diagnóstico de los anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) para las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) en una cohorte de pacientes no seleccionados.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de la historia clínica electrónica de los pacientes a los que se les realizó determinación de ANCA en el Departamento de Inmunología del Hospital Universitario Vall d'Hebron entre el 01/01/2014 y el 31/12/2015. Se excluyeron del estudio las determinaciones solicitadas como seguimiento. En el caso de pacientes con más de una solicitud de ANCA durante el período de estudio solo se tuvo en cuenta la primera. Las determinaciones se realizaron según el protocolo habitual del centro: inmunofluorescencia indirecta (IIF) como test de cribado y ensayo de quimioluminiscencia (CLIA) para la detección de ANCA dirigidos contra la mieloperoxidasa (MPO) y contra la proteinasa 3 (PR3) en las muestras con IIF positiva. Se utilizó Stata 14 para calcular sensibilidad, especificidad, razón de verosimilitud positiva (LR+) y negativa (LR-), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y eficiencia global.

**Resultados:** Se analizaron 3151 determinaciones de ANCA, de las cuales 403 (12,8%) fueron positivas: 63,1% con patrón atípico (xANCA), 20,4% con patrón perinuclear (pANCA) y 16,5% con patrón citoplasmático (cANCA). El 39% de los pANCA y el 25,8% de los cANCA fueron positivos para MPO y PR3 respectivamente. Se diagnosticaron 22 VAA (21/22 con ANCA positivos): 16 poliangeítis microscópicas, 4 granulomatosis con poliangeítis y 2 granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. El 94,8% de los ANCA positivos no se correspondieron con VAA. Los parámetros de rendimiento diagnóstico se resumen en la tabla. Entre los falsos positivos de ANCA hubo: conectivopatías (9,4%), neumopatías intersticiales (7%), hepatopatías autoinmunes (5,2%), otras vasculitis (4,2%), infecciones (4,2%), neoplasias sólidas (3,7%), neoplasias hematológicas (2,2%), enfermedad inflamatoria intestinal (1,7%), glomerulonefritis (1,2%), otras enfermedades autoinmunes sistémicas (1,2%), otras patologías (34%) y un 20,6% de los pacientes no recibió un diagnóstico concreto.

### Resumen

	Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-	VPP	VPN	Eficiencia
ANCA (IFI)	95,45%	87,79%	7,82	0,05	5,21%	99,97%	87,84%
ANCA con patrón típico	90,91%	95,91%	22,22	0,10	13,51%	99,93%	95,87%
cANCA/PR3 o pANCA/MPO	77,27%	98,98%	75,56	0,23	34,69%	99,84%	98,83%

cANCA/PR3 o pANCA/MPO a  
títulos elevados (> 20 U/L) 68,18% 99,55% 152,37 0,32 51,72% 99,78% 99,33%

*Discusión:* A diferencia de otros estudios, esta revisión analiza el rendimiento diagnóstico de los ANCA para VAA en una cohorte de pacientes de la práctica clínica habitual de nuestro medio, por lo que los resultados son aplicables a la población general y a nuestro entorno. La combinación de un patrón de IIF con una especificidad antigénica (pANCA/MPO o cANCA/PR3) muestra la mejor eficiencia diagnóstica. Aun así es importante recordar que pueden verse ANCA positivos en otras entidades diferentes a las VAA.

*Conclusiones:* Esta revisión constata que la determinación de ANCA con los métodos habituales tiene un rendimiento elevado para el diagnóstico de las VAA en la práctica clínica rutinaria.