



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

922 - MOTIVO DE CONSULTA: AUTOANTICUERPOS POSITIVOS. UN ANÁLISIS A 5 AÑOS

Julia Carmona González, Carmen Alonso Llada, Raúl Sánchez Niño, Claudia Solar Chamarro, Pelayo Morán Miranda, Loreto González-Lamuño Sanchís, María Dolores Colunga Argüelles y Rubén Coto Hernández

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Resumen

Objetivos: Determinar el número de primeras consultas remitidas a una Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS) durante un año por positividad de autoanticuerpos sin una sospecha clínica pretest definida. Establecer cuántas de estas consultas concluyeron con el diagnóstico de una enfermedad autoinmune sistémica en un periodo de cinco años.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes en su primera consulta en la UEAS de un hospital terciario durante el año 2019. Se incluyeron las consultas por alteración analítica relacionada con autoinmunidad, cuya solicitud se realizó sin una sospecha clínica pretest definida. Se recogieron variables demográficas, tipo de autoanticuerpo, título, síntoma guía, años de seguimiento y diagnóstico a los cinco años.

Resultados: En 2019, se registraron 320 primeras consultas, de las cuales 68 (21,25%) fueron por alteraciones analíticas relacionadas con autoinmunidad. La mediana de edad fue 62,5 años [24-91 años], con predominio femenino (72,1%). De los 68, en 56 (82,4%) el motivo de consulta fueron anticuerpos antinucleares (ANA); un 44,1% presentó títulos de 1/160 y los patrones de inmunofluorescencia indirecta (IFI) más frecuentes fueron moteado (36,8%) y homogéneo (22,1%). La segunda alteración analítica más valorada (11,7%) fueron los anticuerpos antifosfolípido o anticoagulante lúpico. En la tabla 1 se recogen los patrones IFI de los pacientes con ANA positivos. En 5 casos (7,4%) se estableció un diagnóstico de EAS. En 3 de ellos el diagnóstico se hizo ya en la primera consulta. Respecto a los otros 2 pacientes, uno se diagnosticó durante el seguimiento; el segundo fue dado de alta en la primera consulta y debutó con una nefritis lúpica a los 5 años de la misma. Todos presentaban ANA positivos con patrón moteado. En 14 pacientes (20,6%) la alteración analítica se relacionó con una patología autoinmune órgano-específica, sin ser ninguna claramente prevalente. El síntoma más frecuente por el que se solicitó el estudio de autoinmunidad fue de origen neurológico (30,9%) por accidentes cerebrovasculares (ACV), seguido del origen neumológico (16,2%) por hipertensión pulmonar e infecciones con la misma frecuencia, y hematológico (14,7%) por trombopenia. Se realizó seguimiento en 13 (19,2%) pacientes durante más de 1 año, en 21 pacientes (30,9%) durante 1 año, y el resto fueron dados de alta tras la primera consulta (50%).

Tabla 1

| Patrón de inmunofluorescencia indirecta (IFI) | Frecuencia (N) | Porcentaje (%) |
|---|----------------|----------------|
| Antígeno de proliferación celular | 1 | 1,5 |
| Homogéneo | 15 | 22,1 |
| Homogéneo y moteado | 2 | 2,9 |
| Huso mitótico | 1 | 1,5 |
| Moteado | 25 | 36,8 |
| Moteado y nucleolar | 2 | 2,9 |
| Nucleolar | 9 | 13,2 |
| Nucleolar SP100 | 1 | 1,5 |
| <i>Total</i> | 56 | 82,4 |

Tabla 2

| Diagnóstico final | Frecuencia (N) |
|--|----------------|
| Esclerosis sistémica limitada | 1 |
| Granulomatosis con poliangéitis | 1 |
| Lupus eritematoso sistémico | 2 |
| Sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis (SAPHO) | 1 |

Conclusiones: La determinación de autoanticuerpos es una herramienta importante para el diagnóstico de enfermedades autoinmunes, pero es crucial considerar limitaciones como la positividad de la inmunofluorescencia indirecta para ANA en al menos el 5% de la población adulta sana, lo que puede generar falsos positivos, especialmente cuando la probabilidad pretest es baja. Esto puede causar incertidumbre en pacientes y médicos, aumentando el gasto sanitario y el riesgo de iatrogenia. En nuestra revisión, la mayoría de los pacientes no fueron diagnosticados con una enfermedad autoinmune sistémica en

los cinco años siguientes, lo que sugiere que, en ausencia de síntomas, el seguimiento a largo plazo no es eficiente. Además, pone en valor el papel de la historia clínica y la exploración física como las mejores herramientas para valorar la presencia de patología autoinmune sistémica.