Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):65

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-47. - UTILIDAD DE LA CAPILAROSCOPIA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA ESCLERODERMIA SISTÉMICA (ES)

A. Guillén[1], N. Iriarte Gay de Montellá[1], C. Simeón[1], C. Tolosa[2], J.A. Vargas[3], J.J. Ríos[4], M.J. Castillo[5], V. Fonollosa[1] y Grupo RESCLE

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. [2]Servicio de Medicina Interna. Corporación Sanitaria Universitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. [3]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. [4]Servicio de Medicina Interna. Hospital La Paz. Madrid. [5]Servicio de Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar. Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Objetivos: 1) Correlacionar las alteraciones evidenciadas mediante capilaroscopia al diagnóstico (patrones activo y lento) con las características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas de los pacientes incluidos en el RESCLE (registro español de pacientes con esclerodermia sistémica). 2) Establecer la utilidad de la capilaroscopia al diagnóstico como factor pronóstico de mortalidad en ES.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes pertenecientes al RESCLE que disponen de capilaroscopia al diagnóstico. Estudio descriptivo y estudio estadístico de asociación entre patrones capilaroscópicos y características epidemiológicas, clínicas (afectación cutánea, vascular, osteoarticular y visceral) e inmunológicas. Estudio de supervivencia que determine factores asociados a mal pronóstico y análisis multivariable que determine si los patrones capilaroscópicos son factores independientes de mal pronóstico en ES.

Resultados: Se incluyeron un total de 988 pacientes que disponían de capilaroscopia realizada en el momento del diagnóstico, 884 mujeres y 104 hombres. 211 pacientes se clasificaron como subtipo ES difusa, 611 como ES limitada y 90 como ES sine escleroderma, descartándose los pacientes con subtipo pre-esclerodermia. Se apreció un retraso diagnóstico mayor en pacientes con patrón lento (PL). Los pacientes con patrón activo (PA) presentaban con mayor frecuencia subtipo ES difusa, calcinosis cutánea, positividad de antitopoisomerasa 1, úlceras digitales, neumopatía intersticial, alteraciones cardíacas (pericarditis, alteraciones de conducción), crisis renal esclerodérmica, acrosteolisis y contracturas articulares, así como un menor número de neoplasias. Los pacientes con PL presentaban con mayor frecuencia positividad de ACA y subtipos ES limitada y sine. Dentro del estudio por subtipos, en el subtipo ES Difusa destaca un mayor retraso diagnóstico en pacientes con PL, mientras que los pacientes con PA presentan mayor frecuencia de calcinosis, pericarditis, CRE y contracturas articulares y menor frecuencia de neoplasias. Dentro del subtipo ES limitada los pacientes con PA presentan con mayor frecuencia de acrosteolisis y con menor frecuencia neoplasias. Dentro del subtipo ES sine escleroderma, los pacientes con PA presentan afectación esofágica con menor frecuencia. En el estudio multivariable se ha apreciado que el PA es factor de

riesgo independiente para el desarrollo de ES difusa y acrosteolisis y es protector para el desarrollo de neoplasias. En cuanto a las causas de muerte, el PA presenta mayor mortalidad por neumopatía intersticial y menor mortalidad por neoplasias que el PL.

Discusión: Este estudio es el más amplio realizado en nuestro estado que analiza las características clínicas e inmunológicas según el patrón capilaroscópico. Entre sus resultados destaca que el PA es factor independiente de mal pronóstico dentro del subtipo ES difusa, presenta un menor retraso diagnóstico de la ES y es factor protector frente al desarrollo de neoplasias y muerte por éstas. Asimismo, se ha demostrado la asociación de este patrón a manifestaciones ya descritas en otros estudios (positividad de antitopoisomerasa, subtipo ES difusa, úlceras vasculares, CRE, afectaciones articular y cutánea más severas) aunque no se ha podido vincular al desarrollo de ninguna afectación visceral concreta.

Conclusiones: 1) El PA se relaciona con ES difusa, positividad de antitopoisomerasa 1, desarrollo de úlceras vasculares, calcinosis, neumopatia intersticial y CRE. 2) El PL se relaciona con ES limitada y sine, positividad de ACA y mayor frecuencia y mortalidad por neoplasias. 3) Dentro del subtipo ES difusa el PA presenta mayor mortalidad y menor retraso diagnóstico. 4) Dentro del subtipo ES limitada el PA presenta menor afectación de SN. 5) Dentro del subtipo ES sine el PA presenta menor afectación digestiva.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.