



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IF-050 - CARACTERÍSTICAS DEL PATRÓN DE CAPILAROSCOPIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE NO-ESCLERODERMIA

J. Poblet Florentín, L. Huete Álava, I. Leturia Delfrade, L. Badiola Urquiaga, J. Modesto dos Santos, P. Fanlo Mateo, S. Pérez Ricarte y C. Caro Cárcel

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona (Navarra).

Resumen

Objetivos: La capilaroscopia del lecho ungueal es un método simple, incruento, económico y muy útil para el diagnóstico del fenómeno de Raynaud (FR) y otras patologías autoinmunes. Presentamos un análisis de los datos obtenidos de un registro de pacientes con enfermedad autoinmune no-esclerodermia derivados a consulta de Medicina Interna (MI) para la realización de capilaroscopia.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de un total de 38 pacientes derivados a la consulta de MI para la realización de capilaroscopia entre los años 2010-2017. Los parámetros analizados fueron la edad, el género, la enfermedad de base y el patrón capilaroscópico; asimismo se calcula la sensibilidad clínica de la capilaroscopia en pacientes con FR y diagnóstico previo de lupus eritematoso sistémico (LES) (la enfermedad autoinmune más prevalente en nuestro registro).

Resultados: Se recogieron un total de 38 pacientes con edad media de $55 \pm 17,3$ años y, con predominio de género femenino (79%). En nuestro registro el 84% presentaban criterios clínicos de FR, mientras que el 16% restante no cumplían estos criterios o bien presentaban un patrón clínico dudoso. Los diagnósticos más frecuentes encontrados fueron: LES (29%), Buerger (8%), sd. antifosfolípido (8%), sd Sjögren (8%), arteritis de células gigantes (5%), dermatomiositis (5%), conectivopatía indiferenciada (5%), sarcoidosis (3%) y enfermedad mixta del tejido conectivo (3%). Con respecto al patrón de la capilaroscopia el 32% mostró un patrón esclerodermiforme activo, el 24% inespecífico, el 19% esclerodermiforme precoz, el 13% compatible con la enfermedad de base, repartiéndose el 13% restante entre: patrón esclerodermiforme tardío, normal y patrón de esclerodermia activo. Del total de pacientes con diagnóstico de LES (29%), un 45% presentaba un patrón esclerodermiforme activo, un 18% esclerodermiforme precoz y un 27% inespecífico. Por otro lado, si nos fijamos en los diagnósticos en función del patrón de capilaroscopia, encontramos que los pacientes con patrón esclerodermiforme activo, un 42% tenían diagnóstico de LES. Asimismo, en los casos en los que la capilaroscopia es inespecífica, el diagnóstico predominante sigue siendo el LES (en el 33% de los casos), pero con una amplia variabilidad en los diagnósticos. Finalmente, de todos los pacientes registrados con FR positivo se obtuvo una sensibilidad del 31% para LES, si además se asocia una capilaroscopia con patrón esclerodermiforme activo, la sensibilidad aumenta únicamente a un 36%.

Discusión: Los datos demográficos de los pacientes de nuestro registro corresponden predominantemente a mujeres en edad media. La enfermedad autoinmune y el patrón capilaroscópico más frecuentes han sido el LES y el patrón esclerodermiforme activo respectivamente. De forma concordante, los pacientes con LES presentaban predominantemente un patrón esclerodermiforme activo, y a su vez, el diagnóstico más frecuente

en los pacientes con patrón esclerodermiforme activo fue el de LES. No obstante, la sensibilidad obtenida para el LES del conjunto de FR más dicho patrón fue relativamente baja.

Conclusiones: La capilaroscopia, como elemento diagnóstico, parece tener escaso valor en ausencia de fenómeno de Raynaud. Por lo tanto, no se puede concluir con este estudio que la capilaroscopia sea de utilidad para el diagnóstico de enfermedades autoinmunes no esclerodermiformes.