

## ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: APLICACIÓN DE LA GUÍA IMACS PARA MEJORAR EL CRIBADO

Miriam Retuerto-Guerrero, Cristiana Sieiro, Clara Moriano, Ismael González, Ignacio González, Carolina Díez, Carolina Álvarez, Paula Pérez, Jose Ordás, Pedro Baenas, Elvira Díez Álvarez. Complejo Asistencial Universitario de León.

**Antecedentes:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) conllevan un elevado riesgo de incidencia de cáncer. El grupo Myositis Assessment and Clinical Studies Group (IMACS) ha publicado recientemente unas directrices internacionales para el cribado del cáncer asociado a las MII con el fin de ofrecer recomendaciones sobre la estratificación del riesgo de cáncer y las modalidades de cribado.

**Objetivos:** Aplicar el modelo de estratificación del riesgo de cáncer IMACS en una cohorte retrospectiva de pacientes con MII, y evaluar su precisión diagnóstica y potencial de cribado para identificar pacientes con neoplasia asociada.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en el que participaron pacientes con MII (ACR/EULAR 2017). Se extrajeron datos sociodemográficos, clínicos, inmunológicos y de tratamiento de las historias clínicas. Se emplearon las directrices IMACS para la estratificación del riesgo de cáncer, clasificando a los pacientes en diferentes niveles de riesgo. Los análisis estadísticos abarcaron estadísticas descriptivas, sensibilidad, especificidad y métricas de precisión con intervalo de confianza del 95%.

### Resultados:

- ❑ Se incluyeron 80 pacientes con miopatía inflamatoria, 62.5% mujeres, edad media de 62.2±26 años, duración media de la enfermedad de 5.6±6 años.
- ❑ 17 (21%) pacientes fueron diagnosticados de neoplasia (Tabla 1). Estos pacientes fueron diagnosticados de MII a mayor edad (63.8±24 frente a 55.9±29, p=0.02), y mostraron una mayor prevalencia de positividad anti-MI-2a (18% frente a 6%), anti-MDA5 (18% frente a 0%) y anti-TIF1G (18% frente a 6%).
- ❑ No se identificaron diferencias clínicas y de tratamiento entre los dos subgrupos.
- ❑ La estratificación IMACS reveló un 53% de pacientes con alto riesgo de neoplasia y un 47% con riesgo moderado.
- ❑ Esta herramienta presentó una sensibilidad del 90% (IC del 95%: 55-99.8%), una especificidad del 74.2% (IC del 95%: 61.5-84.5%) y una precisión del 76.4% (IC del 95%: 64.9-85.6%) (Figura 1).

**Conclusiones:** Este estudio destaca la precisión (76,4%) del modelo de estratificación del riesgo de cáncer IMACS en la detección de neoplasias en pacientes con MII. La integración de la evaluación del riesgo IMACS en la gestión rutinaria de las IIM tiene el potencial de facilitar intervenciones oportunas y mejorar los resultados generales de los pacientes. Cabe destacar que la proporción de pacientes clasificados en riesgo moderado que finalmente desarrollan cáncer enfatiza la necesidad de realizar esfuerzos activos de cribado.

Tabla 1: Características de los pacientes con MII y cáncer, métodos de cribado y estratificación del riesgo del mismo.

	MII asociada a cáncer
Edad al diagnóstico de cancer	70 ± 11.5
Sexo femenino	10 (58%)
<b>Estratificación del riesgo de cáncer</b>	
Riesgo alto	9 (53%)
Riesgo moderado	8 (47%)
Riesgo bajo	0
<b>Tipo de cáncer</b>	
- Hematológico	4 (24%)
- Colon	3 (18%)
- Próstata	3 (18%)
- Vejiga	2 (12%)
- Mama	1 (6%)
- ORL	1 (6%)
- Ginecológico	1 (6%)
Tiempo entre diagnóstico de cancer y MII <3 años	9 (53%)
Tiempo entre diagnóstico de cancer y MII >3 años	8 (47%)
<b>Métodos de cribado al diagnóstico de MII</b>	
TAC body	13 (77%)
18F-FDG PET-TAC	-
Endoscopias digestivas	8 (47%)
Ecografía ginecológica / transvaginal	4 (40%)
Mamografía	5 (50%)
Marcadores tumorales	14 (82%)
Sangre oculta en heces	5 (29%)

Figura 1: Curva AUC de estratificación del riesgo IMACS.

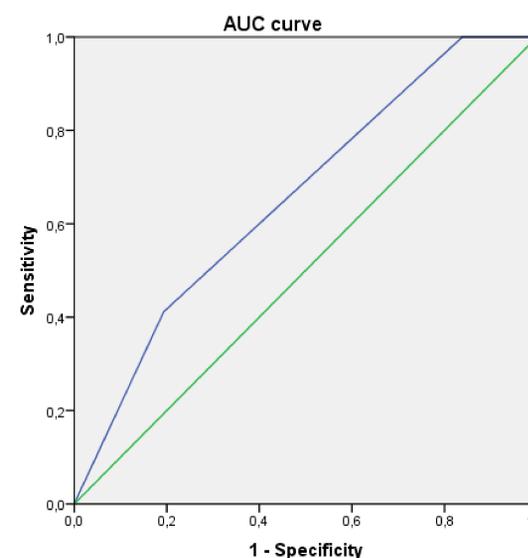


Figura 2. Subgrupos de MII de nuestra cohorte.

