

VALOR PREDICTIVO DE LA CAPILAROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Maribel Mora Limiñana, Pilar Santo Panero, Elena Leonor Sirvent Alierta, Antoni Rozadilla Sacanell

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Introducción

Las recomendaciones clínicas avalan realizar estudio del lecho periungueal así como determinación de anticuerpos antinucleares (ANA) en pacientes con sospecha de fenómeno de Raynaud (FR) secundario. Sin embargo, también llegan a nuestras consultas pacientes sin FR evidente pero con sospecha de conectivopatía a los que realizamos capilaroscopia (CP) esperando que el resultado nos oriente en la identificación de EAS subyacente. En estos pacientes que no presentan FR evidente pero sí sospecha de EAS, ¿es útil realizar una CP?

Objetivos

Determinar el valor predictivo de la CP en el diagnóstico de EAS tanto en pacientes con FR secundario como en aquellos sin FR clínico manifiesto.

Resultados

En 110 pacientes (73%) el motivo de indicación de la CP fue sospecha de FR secundario, en el resto fue sospecha de EAS sin clínica manifiesta de FR. Se realiza una 2ª CP de control a 64 pacientes (43%).

El diagnóstico final fue EAS en 84 (56%) pacientes: 31 (37%) esclerosis sistémica (ES), 18 (21%) ES muy precoz, 11 (13%) IPAF, 7 (8%) miositis, 6 (7%) Sjögren, 3 (3,6%) EMTC, 3 (3,6%) SAF, 2 (1,3%) LES (1,3%). Además, a 3 (2%) pacientes se diagnosticó síndrome de Buerger.

El valor predictivo positivo (VPP) de la CP en pacientes con sospecha de EAS (con o sin FR) fue elevado (79%) con una especificidad (E) del 79% confirmando su utilidad cuando los patrones capilaroscópicos son patológicos, especialmente en pacientes con perfil clínico sugestivo de ES. Sin embargo, la sensibilidad (S) y el valor predictivo negativo (VPN) fueron moderados, lo que implica que un patrón capilaroscópico normal no excluye el diagnóstico de EAS. Cuando la CP se utiliza en pacientes con sospecha de FR secundario su rendimiento mejora considerablemente mientras que en el subgrupo de pacientes sin FR si bien la E y el VPP fueron excelentes (100%) la S fue muy baja. Este hallazgo subraya la importancia de interpretar los resultados de la CP en combinación con otras pruebas diagnósticas y marcadores serológicos, como la presencia de ANA positivos a títulos mayores 1/80, que en nuestro estudio demostró ser un factor predictor independiente para el diagnóstico de EAS (OR = 5.3, IC 95% 2.15 – 13.11) (**Figura 1**).

En la primera CP el 55% de los pacientes presentaron un patrón normal o alteraciones inespecíficas, mientras que el 45% tuvo patrones patológicos (27,3% patrón esclerodermiforme inicial, el 17,3% un patrón activo y 0,7% patrón tardío).

En la segunda CP de control la proporción de pacientes con patrones esclerodérmicos aumentó al 68%, con un incremento de los patrones activos y tardíos ($p < 0,05$).

De los pacientes que debutaron con FR se seleccionaron 59 pacientes que disponían de 2 evaluaciones con CP y se realizó un análisis de supervivencia (**Figura 2**) de progresión del patrón capilaroscópico. El 34% presentaron una progresión del patrón capilaroscópico en la segunda CP, con un tiempo desde el debut de FR a la progresión de 6.4 ± 6.2 años.

En nuestro estudio 18 pacientes presentaron complicaciones isquémicas (13 pacientes con ES, 2 pacientes con miositis y 3 pacientes con síndrome de Buerger). En la primera CP 44% de los pacientes con complicaciones isquémicas presentaron un patrón activo, mientras que 3 (17%) mostraron un patrón inicial. Se repitió segunda CP a 6 de los pacientes con complicaciones isquémicas que evolucionaron a patrones más graves: 50% patrón tardío y 33% patrón activo ($p < 0,05$). Estos resultados muestran una progresión hacia patrones CP más severos. Se observó una relación positiva entre la duración del FR y la aparición de complicaciones isquémicas. Los pacientes con úlceras digitales tenían un tiempo de duración del FR de 8.33 ± 7.2 años, comparado con 5.23 ± 4.9 años en aquellos pacientes sin úlceras ($p < 0,05$).

Además el tabaquismo activo se asoció significativamente con la presencia de complicaciones isquémicas: el 78% de pacientes fumadores o exfumadores presentaron lesiones isquémicas en comparación con el 22% de los pacientes no fumadores.

Conclusiones

- La CP es altamente específica para detectar cambios microvasculares tempranos en sospecha de EAS.
- Una CP normal no excluye el diagnóstico de EAS, es necesario un abordaje integral.
- La rentabilidad de la prueba aumenta en pacientes con FR de larga evolución donde hay afectación de la microvasculatura.
- La progresión hacia patrones severos CP y el tabaquismo se asocia con mayor riesgo de complicaciones isquémicas.
- Los ANA y la CP patológica son factores de riesgo independientes para desarrollar EAS.

Valor predictivo CP

S=64%, E= 79%, VPP = 79% VPN= 63%

Valor predictivo CP en pacientes con FR

S= 79% E= 71% VPP=77% VPN= 73%

Valor predictivo CP en pacientes sin FR

S= 24% E= 100% VPP= 100% VPN= 41%

