

Ligia Gabriele^{1,2}, Mayra García^{2,3}, Carmen Secada-Gómez^{1,2}, Héctor Miguel Ulloa-Alvarado⁴, Giuliano Boselli-Oporto⁵, Andrés Camilo Veloza-Morales⁶, Iñigo González-Mazón^{1,2}, Belén Atienza-Mateo^{1,2}, Juan Irure-Ventura^{2,3}, Marcos López-Hoyos^{2,3}, Diana Prieto-Peña^{1,2}, Ricardo Blanco^{1,2}

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio de Reumatología, Santander, España, 2. Grupo de Inmunopatología, IDIVAL, Santander, España, 3. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio de Inmunología, Santander, España, 4. Servicio Cántabro de Salud, Atención Primaria, Santander, España, 5. Hospital Universitario Miguel Servet, Servicio de Reumatología, Zaragoza, España, 6. Hospital Universitario Joan XXIII, Servicio de Reumatología, Tarragona, España.

Antecedentes

Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por inflamación muscular, afectación sistémica y asociación con autoanticuerpos específicos. Los ensayos de inmunoblot permiten detectar múltiples autoanticuerpos simultáneamente, pero su utilidad clínica, especialmente en el diagnóstico diferencial entre MII y otras enfermedades del tejido conectivo (ETC), no se comprende plenamente.

Objetivos

Describir las características clínicas y de laboratorio de los pacientes sometidos a pruebas de inmunoblot para autoanticuerpos específicos de miositis, con énfasis en la prevalencia y distribución de los autoanticuerpos en MII y otras ETC.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en un hospital universitario del norte de España, incluyendo a todos los pacientes sometidos a pruebas de inmunoblot para miositis entre noviembre de 2017 y octubre de 2023. Se utilizó el kit Autoimmune Inflammatory Myopathies 16 Ag (Euroimmun, Lübeck, Alemania), analizando únicamente el primer resultado en casos con múltiples pruebas. Los pacientes se clasificaron en tres grupos según criterios internacionales: sin ETC, MII y otras ETC. Se recopilaron datos clínicos, hallazgos de laboratorio y resultados de pruebas complementarias. Los casos con datos incompletos fueron excluidos del análisis final.

Resultados

Se incluyeron 472 pacientes (66% mujeres; mediana de edad: 61 años [IQR: 47–71]), de los cuales 181 (38%) presentaron positividad para al menos un autoanticuerpo, y 33 (7%) mostraron positividad para dos anticuerpos, principalmente anti-Ro52 (26/33). Según el diagnóstico, los pacientes se distribuyeron en tres grupos: sin ETC (188; 40%), MII (79; 17%) y otras ETC (205; 43%).

Los autoanticuerpos anti-Ro52, anti-Jo1, anti-PL7, anti-EJ y anti-NXP2 fueron significativamente más frecuentes en pacientes con MII, mientras que el anti-Ku predominó en otras ETC ($p < 0,001$). Los síntomas musculares, como mialgia (38%) y debilidad muscular (33%), fueron más comunes en MII frente a los otros grupos ($p < 0,001$). Las manifestaciones sistémicas también mostraron diferencias relevantes: Fenómeno de Raynaud (30%), artralgias/artritis (44%) y erupción cutánea (33%) fueron significativamente más frecuentes en MII. La enfermedad pulmonar intersticial difusa se detectó en el 47% de los pacientes con MII, en comparación con el 21% y el 8% en otras ETC y sin ETC, respectivamente ($p < 0,001$).

Conclusiones

El uso de pruebas de inmunoblot para miositis permite identificar diferencias clínico-serológicas significativas entre pacientes con MII, otras ETC y sin ETC. La prevalencia inesperada de hallazgos miopáticos en pacientes sin ETC subraya la necesidad de un enfoque cauteloso en la interpretación de los resultados y refuerza la utilidad de una evaluación integral con pruebas complementarias en el manejo de enfermedades autoinmunes.