

# Capilaroscopia ungueal como herramienta predictiva de eventos cardiovasculares y ajuste de SCORE2 en esclerosis sistémica

Carlos Valera Ribera 1, Francisco Javier Narváez García 2, Joaquín Lacasa-Molina 1, Monserrat Robustillo-Villarino 3, Adrián Mayo-Juanatey 1, Paula Mencia-Viana 1, Patricia León-Torralba 1, Pablo Andújar-Brazal 1, Alida Taberner-Cortés 1, Ignacio Vázquez-Gómez 1, Elia Valls-Pascual 1, Àngels Martínez-Ferrer 1, Desamparados Ybáñez-García 1, Juan José Alegre-Sancho 1



1- Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. 2- Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España. 3- Hospital Universitario La Plana, Villareal, Castellón, España.

P486

**Antecedentes:** La esclerosis sistémica (ES) se asocia con daño microvascular y macrovascular, además de un incremento en el riesgo cardiovascular. Los hallazgos en capilaroscopia ungueal (CU) han sido vinculados al daño vascular y peor curso de la enfermedad. El algoritmo SCORE2 estima el riesgo de eventos cardiovasculares en la población general, pero subestima este riesgo en la ES.

Tabla 1. Características de los pacientes

**Objetivos:** Evaluar la capacidad predictiva de la CU para placas de ateroma, eventos cardiovasculares mayores (ECV) y mortalidad asociada a éstos. Determinar el efecto de incorporar los hallazgos en la CU en los modelos SCORE2 y SCORE2-OP en la estratificación del riesgo cardiovascular en ES.

**Métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico con 276 pacientes con ES según los criterios ACR/EULAR 2013 y sin eventos cardiovasculares previos. Se excluyeron pacientes de menos de 40 años, con enfermedad renal crónica severa o eventos cardiovasculares previos. SCORE2 se calculó para pacientes de 40-69 años y SCORE2-OP para los de 70 años o más. Se les realizó una CU a todos los participantes al diagnóstico. Las placas de ateroma se evaluaron mediante ecografía carotídea. Se crearon modelos de regresión logística multivariada para identificar predictores de ECV y mortalidad. Los modelos SCORE2 y SCORE2-OP se ajustaron según la odds ratio de los hallazgos de la CU y se evaluó su rendimiento mediante curvas ROC.

**Resultados:** El 89% mostró un patrón de CPU de esclerodermia (35,1% temprano, 31,16% activo, 22,8% tardío). Se detectaron megacapilares en el 77,2%, hemorragias en el 55,8% y áreas avasculares en el 40,6%. La presencia de placas de ateroma se evaluó mediante ecografía carotídea y/o análisis de otras pruebas de imagen. Durante un seguimiento mediano de 9,5 años, 41 pacientes (17,8%) sufrieron un ECV y la mortalidad general fue del 20,7% (22,81% atribuida a ECV) (tabla 1).

Las áreas avasculares se asociaron independientemente con el desarrollo de ECV (OR=5,983, p=0,008), mientras que las hemorragias fueron un factor protector (OR=0,313, p=0,007).

El desempeño de los modelos SCORE2 y SCORE2-OP ajustados con hallazgos de la CU se evaluaron mediante curvas ROC. En el grupo SCORE2, el área bajo la curva (AUC) mejoró significativamente de 0,614 (IC 95%: 0,211–0,764) a 0,860 (IC 95%: 0,646–0,913) con el ajuste de CU, lo que demuestra una discriminación superior. Ajustar SCORE2 por las áreas avasculares y hemorragias reestratificó el 34,78% de los pacientes de 40-69 años y el 30,77% de los ≥70 años, mejorando considerablemente la especificidad de 78,9% a 89,5% y la sensibilidad de 65,6% a 68,7%.

**Conclusión:**  
Las áreas avasculares en CU son un factor de riesgo cardiovascular independiente en la ES, mientras que las hemorragias son un factor protector. Ajustar el modelo SCORE2 con hallazgos de CU mejora su precisión predictiva, reclasificando a un tercio de los pacientes y consolidándose como un predictor robusto del riesgo cardiovascular en ES.

	N = 276 (%)
Mujeres / Hombres	248 (89.9) / 28 (10.1)
Edad al diagnóstico, media (DS)	62.83 ±15.66
Índice de masa corporal, media (DS)	25.28± 4.92
<b>Factores de riesgo cardiovascular</b>	
Tabaquismo	44 (15.9)
Consumo de alcohol	55 (19.9)
Hipertensión arterial	90 (32.6)
Presión arterial sistólica, mmHg, media (DS)	124.85 (20.46)
Diabetes mellitus	25 (9.1)
Dislipemia	106 (38.4)
Colesterol total, mg/dL, media (DS)	196.04 (37.43)
HDL, mg/dL, media(DS)	53.94 (15.2)
LDL, mg/dL, media(DS)	126.5 (17.78)
Placa de ateroma	82 (29.7)
Duración de la enfermedad, años, mediana (RIQ 25 <sup>th</sup> -75 <sup>th</sup> )	9.5 (5-14)
Subtipo cutáneo de ES	
Difusa	42 (15.2)
Limitada	180 (65.2)
Sine esclerodermia	45 (16.3)
Telangiectasias	78 (28.3)
Úlceras digitales	76 (27.5)
Calcinosis	46 (16.7)
Afectación esofágica	110 (39.9)
Enfermedad pulmonar intersticial	68 (24.6)
Hipertensión pulmonar	34 (12.3)
Afectación cardíaca	51 (18.5)
Afectación renal	11 (4)
Artritis	63 (22.8)
ANA	218 (79)
Scl-70 positivo	42 (15.2)
ACA positivo	102 (37)
RNA polimerasa III positivo	7 (2.5)
Evento cardiovascular mayor durante el seguimiento*	41 (14.9)
Tipo de evento	
Infarto de miocardio	21 (51.22)
Enfermedad vascular periférica (isquemia o trombosis)	9 (26.83)
Ictus	9 (21.96)
Muertes	
Totales	57 (20.7)
Atribuibles a evento cardiovascular mayor	13 (22.81)

\*Algunos pacientes sufrieron más de un evento cardiovascular mayor

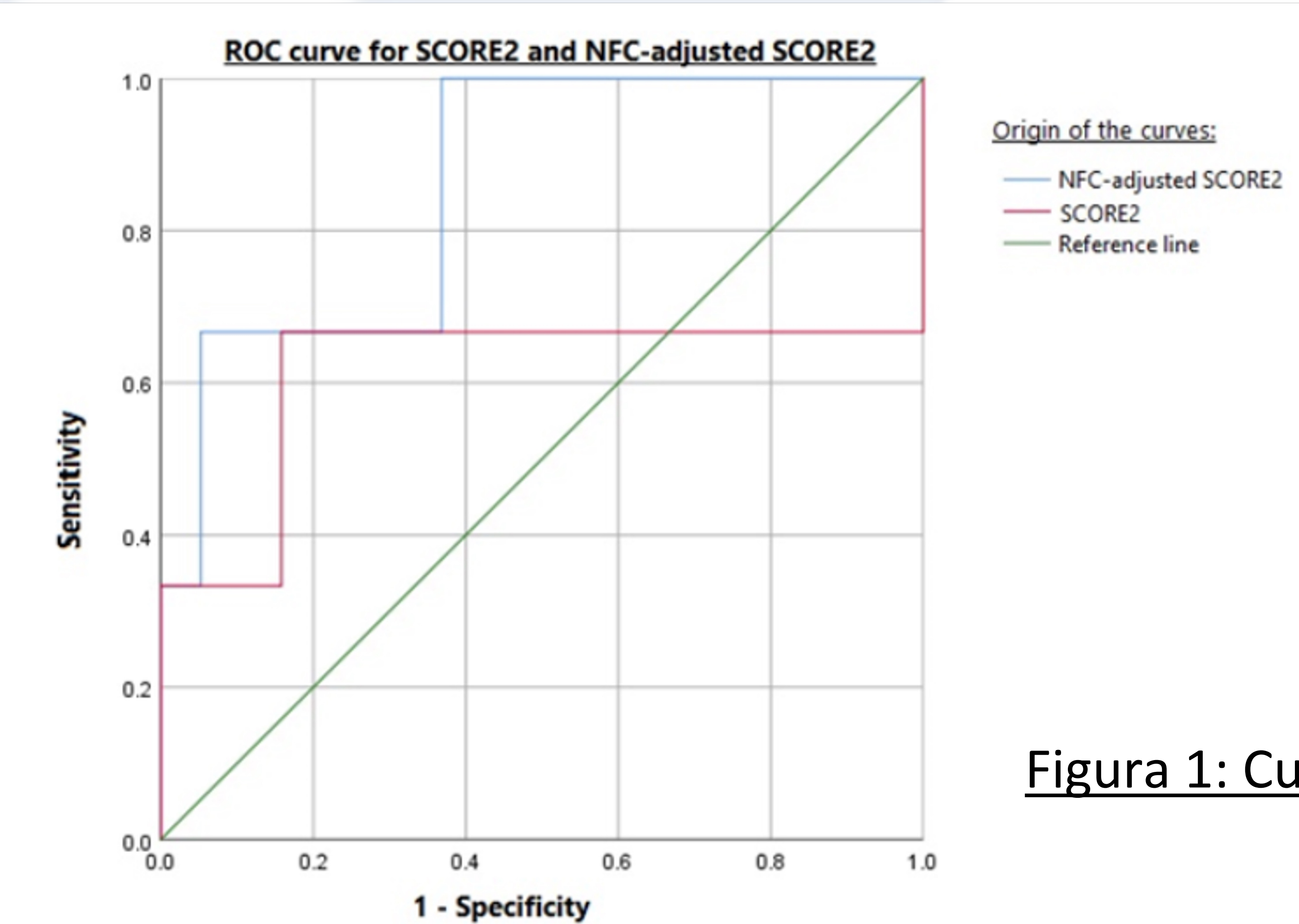


Figura 1: Curva ROC de SCORE2 y SCORE2 ajustado por capilaroscopia