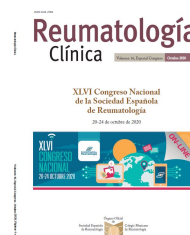




# Reumatología Clínica

<https://www.reumatologiaclinica.org>



## P059 - PERFILES SEROLÓGICOS EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. Proyecto SJOGRENSER

R. López González<sup>1</sup>, C. Sánchez-Piedra<sup>2</sup>, M. Fernández Castro<sup>3</sup>, J.L. Andreu<sup>4</sup>, V. Martínez Taboada<sup>5</sup>, A. Olivé<sup>6</sup>, J. Rosas<sup>7</sup>, R. Menor<sup>8</sup>, B. Rodríguez<sup>9</sup>, Á. García Aparicio<sup>10</sup>, F.J. López Longo<sup>11</sup>, S. Manrique-Arija<sup>12</sup>, J.A. García Vadillo<sup>13</sup>, S. Gil Barato<sup>14</sup>, F.J. Narváez<sup>15</sup>, C. Galisteo<sup>16</sup>, J. González Martín<sup>17</sup>, E. Ruiz Lucea<sup>18</sup>, C. Erasquin<sup>19</sup>, S. Melchor<sup>20</sup>, B. Moreira<sup>21</sup>, E. Raya<sup>22</sup>, J.M. Pego<sup>23</sup>, N. Cid<sup>24</sup>, E. Júdez<sup>25</sup>, C. Moriano<sup>26</sup>, Ó. Illera<sup>27</sup>, L. Romani<sup>28</sup>, V. Torrente<sup>29</sup>, H. Corominas<sup>30</sup>, B. García Magallón<sup>31</sup>, C. Guillén Astete<sup>32</sup>, I. Castellvi<sup>33</sup>, C. Bohórquez<sup>34</sup>, J. Loricera<sup>5</sup> y J. Belzunegui<sup>35</sup>, on behalf of SJONGRENSER project

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario de Zamora. <sup>2</sup>Unidad de Investigación de la SER. <sup>3</sup>Hospital Puerta de Hierro. Madrid. <sup>4</sup>Hospital Puerta de Hierro. Madrid. <sup>5</sup>Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>6</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>7</sup>Hospital Marina Baixa. Alicante. <sup>8</sup>Hospital General de Jerez de la Frontera. <sup>9</sup>Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. <sup>10</sup>Hospital Virgen de la Salud. Toledo. <sup>11</sup>Hospital Gregorio Marañón. Madrid. <sup>12</sup>Hospital Carlos Haya. Málaga. <sup>13</sup>Hospital de la Princesa. Madrid. <sup>14</sup>Hospital General de Alicante. <sup>15</sup>Hospital de Bellvitge. <sup>16</sup>Hospital Parc-Taulí. Sabadell. <sup>17</sup>Hospital Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. <sup>18</sup>Hospital de Basurto. Vizcaya. <sup>19</sup>Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>20</sup>Hospital Doce de Octubre. Madrid. <sup>21</sup>Complejo Hospitalario de Pontevedra. <sup>22</sup>Hospital Clínico San Cecilio. Granada. <sup>23</sup>Hospital do Meixoeiro. Vigo. <sup>24</sup>Hospital de Valme. Sevilla. <sup>25</sup>Hospital de Albacete. <sup>26</sup>Hospital de León. <sup>27</sup>Hospital Infanta Sofía. Madrid. <sup>28</sup>Hospital Virgen de las Nieves. Granada. <sup>29</sup>Hospital de l&#39;Hospitalet.. <sup>30</sup>Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Desp. <sup>31</sup>Hospital Miguel Servet. Zaragoza. <sup>32</sup>Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>33</sup>Hospital San Pau i Santa Creu. Barcelona. <sup>34</sup>Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. <sup>35</sup>Hospital de Donostia.

## Resumen

**Objetivos:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) se caracteriza por la hiperactividad de la célula B, con la consiguiente producción de autoanticuerpos; la presencia de anti-Ro y anti-La se ha asociado con manifestaciones extraglandulares y desarrollo de linfoma. El objetivo del estudio es evaluar la frecuencia de diferentes perfiles serológicos en los pacientes del registro SJOGRENSER y, valorar si la combinación de anticuerpos y marcadores serológicos se asocian al desarrollo de enfermedad sistémica y complicaciones.

**Métodos:** SJOGRENSER es un estudio transversal multicéntrico de pacientes con SSp que cumplen los criterios de clasificación de 2002. Recoge datos demográficos, clínicos, serológicos, índice de actividad de la enfermedad ESSDAI e índice ESSPRI. Se establecieron tres perfiles serológicos: 1. ANA/Ro+ con La/FR-; 2. ANA/Ro/La+ con FR-; 3. ANA/Ro/La/FR+. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra con medias, medianas y frecuencias. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para establecer las asociaciones estadísticas, se consideró una  $p < 0,05$  como significativa. Se realizó un análisis de regresión multinominal.

**Resultados:** Se analizaron 437 pacientes. Los perfiles serológicos más frecuentes fueron: ANA/Ro/La/FR+ con 221 pacientes (50,5%), seguido de ANA/Ro/La+ con 61 pacientes (13,9%) y

ANA/Ro+ con 60 pacientes (13,7%). Sólo dos pacientes presentaron ANA/La positivos. Encontramos que la puntuación del ESSDAI fue significativamente mayor en el perfil ANA/Ro/La/FR+ (6 vs 4, p = 0,007), siendo en el perfil ANA/Ro/La+ en el que significativamente más pacientes presentaron un ESSDAI < 5 (79%, p = 0,043) (tabla). Al contrario, el índice ESSPRI, fue significativamente menor en el perfil ANA/Ro/La/FR+ y mayor en el perfil ANA/Ro+ (5 vs 6,1, p = 0,007) (tabla). La presencia de antiLa y/o FR al perfil ANA/Ro+, aumenta el porcentaje de pacientes con síndrome constitucional, afectación glandular, renal y hematológica, con diferencias estadísticamente significativas; el porcentaje de pacientes con afectación articular fue similar en el perfil ANA/Ro y ANA/Ro/La/FR (tabla). Los resultados del análisis de regresión multinomial mostraron que el perfil ANA/Ro/La/FR+ se asoció a valores de ESSDAI mayores (OR = 1,09 (1,01 -1,17)). La presencia de afectación hematológica se asoció con el perfil ANA/Ro/La/FR+ (OR = 2,76 (1,46 -5,22)). Valores más altos de ESSPRI se asociaron con el perfil ANA/Ro+ (OR = 0,79 (0,69 -0,91)).

#### Afectación sistémica de cada perfil serológico

	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	
	ANA +	ANA +	ANA +	
	Anti-Ro +	Anti-Ro +	Anti-Ro +	
Afectación	Anti-La -	Anti-La +	Anti-La +	p
	FR -	FR -	FR +	
	n = 60	n = 61	n = 221	
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
ESSDAI	4	4	6	0,007
ESSDAI < 5	44 (73,3)	48 (78,7)	139 (63,2)	0,043
ESSPRI	6,1	5,3	5,0	0,007
Constitucional	5 (8,3)	9 (14,8)	51 (23,1)	0,023
Linfadenopatía	8 (13,3)	9 (14,8)	37 (16,7)	0,790
Glandular	14 (23,3)	16 (26,2)	87 (39,4)	0,024
Articular	49 (81,7)	40 (65,6)	187 (84,6)	0,004
Pulmonar	3 (5,0)	4 (6,6)	29 (13,2)	0,100
Renal	0 (0)	5 (8,2)	31 (14,1)	0,006
Sistema nervioso periférico	5 (8,3)	6 (9,8)	18 (8,2)	0,918

**Conclusiones:** El perfil serológico más frecuente fue ANA/Ro/La/FR+, y se asoció a un ESSDAI mayor. La presencia de antiLa y/o FR junto a ANA/Ro+ aumenta la presencia de afectación sistémica. El antiLa sin antiRo fue muy poco frecuente. El perfil ANA/Ro+ se asoció a un ESSPRI mayor [CASP1].