

Interpretación clínica de autoanticuerpos

Un anticuerpo positivo no es un diagnóstico. Se piden en contexto clínico, se leen por su especificidad, y solo unos pocos sirven para seguir la actividad.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·

@davidrojas_medicinainterna

Basado en: Méndez-Rayó T, et al. Interpretación de los autoanticuerpos en enfermedades reumatológicas. Rev Colomb Reumatol. 2018;25(2):112-125.

- 01 El principio de oro
- 02 ANA: el tamizaje
- 03 Del ANA al diagnóstico
- 04 Patrones del ANA
- 05 Lupus: dsDNA y Sm
- 06 Sjögren: Ro/La
- 07 Esclerodermia y EMTC
- 08 Miositis: anti-Jo-1
- 09 Artritis reumatoide: FR y anti-CCP
- 10 Vasculitis: ANCA
- 11 Lo que sí funciona
- 12 Para llevar a la guardia

01 El principio de oro

CAJA DE DECISIÓN

Los autoanticuerpos se piden y se leen **en contexto clínico**, NO como tamizaje a ciegas. La mayoría son **marcadores** de diagnóstico (no de actividad ni causa); muy pocos siguen la actividad (anti-dsDNA en lupus) o son patogénicos. Un **resultado positivo no diagnostica** una enfermedad por sí solo – y un **negativo no la descarta** en algunas entidades.

Distingue **sensibilidad** (bueno para descartar si es negativo) de **especificidad** (bueno para confirmar si es positivo): así sabes para qué sirve cada prueba.

02 ANA: el tamizaje

- Los **anticuerpos antinucleares (ANA)** son la prueba de **tamizaje** de la enfermedad autoinmune sistémica; el estándar es la **inmunofluorescencia indirecta (IFI)** sobre células HEp-2, que da un **título** y un **patrón**.
- **Muy sensible, poco específico:** es positivo en casi todo el lupus, pero también en sanos (sobre todo a **títulos bajos**), en ancianos y en otras enfermedades.
- Solicítalo ante **sospecha clínica** (poliartritis, fotosensibilidad, Raynaud, serositis, citopenias); un ANA positivo aislado en un paciente sin síntomas **no** debe etiquetarse como enfermedad.

03 Del ANA al diagnóstico



El patrón es una PISTA; confirma con el anticuerpo específico (ELISA) según la clínica.

No todos los ANA+ necesitan panel completo: pide lo que la sospecha justifique.

Del ANA al anticuerpo específico recreado por Sala-7 (Méndez-Rayó et al., Rev Colomb Reumatol 2018).

04 Patrones del ANA

Patrón IFI	Anticuerpos	Apunta a
Homogéneo	anti-dsDNA, antihistonas	Lupus; antihistonas → lupus por fármacos
Moteado	Sm, U1-RNP, Ro/SSA, La/SSB	Lupus, Sjögren, EMTC
Centromérico	anti-centrómero	Esclerosis sistémica limitada (CREST)
Nucleolar	Scl-70, RNA polimerasa III, Th/To	Esclerosis sistémica difusa

05 Lupus: anti-dsDNA y anti-Sm

- **Anti-dsDNA: específico de lupus** y, además, **se correlaciona con la actividad** (sobre todo la **nefritis**) – de los pocos que sirven para **seguimiento**.
- **Anti-Sm: muy específico de lupus** (poco sensible); útil para confirmar, no para seguir.
- **Antifosfolípidos** (anticardiolipina, anti-β2GP1, anticoagulante lúpico): trombosis y morbilidad obstétrica (síndrome antifosfolípido).

06 Sjögren y lupus cutáneo: Ro/La

- **Anti-Ro (SSA) y anti-La (SSB):** característicos del **síndrome de Sjögren**; también en lupus (sobre todo **cutáneo subagudo** y ANA-negativo).
- **Importancia obstétrica:** anti-Ro/La cruzan la placenta → riesgo de **lupus neonatal** y **bloqueo cardíaco congénito**; vigila a la embarazada positiva.

07 Esclerosis sistémica y EMTC

Anticuerpo	Asociación
Anti-centrómero	Esclerosis limitada (CREST) ; mejor pronóstico, riesgo de hipertensión pulmonar
Anti-Scl-70 (topoisomerasa I)	Esclerosis difusa ; riesgo de enfermedad pulmonar intersticial
Anti-RNA polimerasa III	Esclerosis difusa; riesgo de crisis renal esclerodérmica
Anti-U1-RNP (título alto)	Enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC)

08 Miositis: anti-Jo-1 y antisintetasa

Anti-Jo-1 (anti-histidil-tRNA-sintetasa) es el más conocido de las **miopatías inflamatorias** y define el **síndrome antisintetasa**: miositis + **enfermedad pulmonar intersticial** + artritis + "manos de mecánico" + Raynaud + fiebre. Otros anticuerpos miosíticos específicos (anti-Mi-2, anti-MDA5, anti-SRP) afinan el fenotipo y el pronóstico.

09 Artritis reumatoide: FR y anti-CCP

LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA

El **factor reumatoide (FR)** es sensible pero **poco específico** (positivo en Sjögren, hepatitis C, infecciones, sanos). El **anti-CCP (péptido citrulinado)** es **mucho más específico** de artritis reumatoide, aparece **años antes** de los síntomas y predice **enfermedad erosiva/más agresiva**. Ante poliartritis, pide **ambos**.

10 Vasculitis: ANCA

ANCA	Asociación
c-ANCA / anti-PR3	Granulomatosis con poliangeítis (antes Wegener)
p-ANCA / anti-MPO	Poliangeítis microscópica y EGPA (Churg-Strauss)

Pídelos ante sospecha de **vasculitis de vaso pequeño** (síndrome riñón-pulmón, mononeuritis, púrpura, sinusitis destructiva). El título no sustituye a la biopsia/clínica para decidir.

LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST AUTOANTICUERPOS

- ✓ Pídelos **en contexto clínico**; un positivo **no** diagnostica solo, un negativo no siempre descarta.
- ✓ **ANA** = tamizaje (sensible, poco específico); el **patrón** orienta el anticuerpo específico.
- ✓ Lupus: **anti-dsDNA** (específico + sigue actividad/nefritis) y **anti-Sm** (muy específico).
- ✓ **Ro/La** → Sjögren y lupus cutáneo/neonatal (bloqueo fetal); **U1-RNP** → EMTC.
- ✓ Esclerodermia: **centrómero** (limitada), **Scl-70** (difusa/EPID), **RNA pol III** (crisis renal).
- ✓ AR: **anti-CCP > FR** en especificidad; vasculitis: **PR3 (GPA)**, **MPO (MPA/EGPA)**.

PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- **Anticuerpo ≠ diagnóstico:** pídelos por sospecha clínica, no a ciegas.
- **ANA** tamiza; el **patrón** guía; el anticuerpo **específico** confirma.
- **anti-dsDNA y anti-Sm** = lupus (dsDNA además sigue actividad/nefritis).
- **anti-CCP** es el más específico de AR; **Scl-70/centrómero** separan esclerodermia difusa/limitada.
- **PR3 → GPA, MPO → MPA/EGPA;** Ro/La importan en el embarazo (bloqueo cardíaco).