

### **Circuito preferente en el laboratorio de Autoinmunidad.**

Laporta Martín P, Oltra Sempere MR, Alvareño Martín A, Sáez Ramírez S, Carratalá Calvo A

*Hospital Clínico Universitario de Valencia*

**Introducción:** El aumento de pruebas diagnósticas relacionadas con enfermedades autoinmunes experimentado en los últimos años nos ha obligado a distribuir las cargas de trabajo a lo largo de la semana. Hay alguna circunstancia, sin embargo, que nos obliga a alterar esta organización en función de las necesidades de precocidad diagnóstica. Tal es el caso de los pacientes con sospecha de vasculitis.

**Objetivo:** Describir el circuito preferente implantado en nuestro laboratorio a propósito de un caso con sospecha de vasculitis.

**Material y Método:** Entre todas las pruebas de autoinmunidad se han identificado como "urgentes" los anticuerpos antineutrófilos (PR3 y MPO) y antimembrana basal glomerular (perfil- ANCAS). A esta lista de trabajo, se le adjudicó el miércoles como día de procesamiento. Se identificaron los servicios médicos peticionarios del perfil-ANCAS: Medicina Interna, Nefrología y Pediatría. Se les dio a conocer la organización de la Sección de Autoinmunidad a fin de que conocieran los tiempos de respuesta.

Se les comunicó, así mismo, la posibilidad de modificar dicha organización interna en el caso de urgencia vital. Para ello, deberían avisar al Laboratorio antes de las 8:30 de la mañana. La lista de trabajo de ese día se traslada al día siguiente para procesar la Lista del perfil-ANCAS como preferente.

**Caso Clínico:** Mujer de 40 años que presenta un episodio de otitis que no mejora con AB. En la Rx de tórax aparece un nódulo en LSD. Un TC de peñascos objetiva ocupación de ambos oídos medios y celdas mastoideas, y en TC torácico se confirma el nódulo en LSD, otros de menor tamaño bilaterales y adenopatías. Se realiza PAAF y fibrobroncoscopia, obteniendo biopsia, BAS y BAL, sin observar células neoplásicas.

Aparece dolor costal, fiebre y esputos hemoptoicos, presentando anemia normocítica (Hb 8.8 g/dL) y creatinina 1,2 mg/dL. Se inicia tratamiento AB empírico, que se mantiene al recibir cultivo de BAL positivo para *Pseudomona* y *S. Viridans*.

La paciente empeora progresivamente, persiste fiebre, aparece insuficiencia respiratoria, derrame pleural, hemoptisis y empeora la función renal con hematuria macroscópica.

El clínico responsable del caso comunica al facultativo responsable del Laboratorio de Autoinmunidad la necesidad de disponer cuanto antes del resultado del perfil-ANCAS.

A los 120 min de la obtención de la muestra de suero, el laboratorio informa la presencia de anticuerpos c-ANCA (PR3). Se hace el diagnóstico de presunción de granulomatosis de Wegener a pesar de que los resultados anatomopatológicos eran negativos. Se inicia tratamiento inmunosupresor (metilprednisolona y ciclofosfamida). Requirió así mismo, transfusiones sanguíneas. La evolución es favorable, hasta ser dada de alta 26 días después.

**Conclusiones:** Dada la gravedad del cuadro clínico, ante una sospecha de vasculitis es importante la mayor rapidez en la entrega de resultados.

La comunicación fluida entre los distintos Servicios Clínicos y el Laboratorio se hace imprescindible en estos casos.

El Laboratorio resultó decisivo en el manejo de este paciente ante la falta de confirmación anatomopatológica de la enfermedad.

---