

J. Bernárdez¹, B. Magallares^{1,6}, H. Codes-Méndez¹, L. Martínez-Martínez^{2,6}, I. Gich^{3,4,5}, I. Castellvi^{1,6}, P. Moya^{1,6}, J. Tandaipan¹, HS. Park¹, C. Diaz-Torné^{1,6}, L. Sainz^{1,6}, A. García-Alija¹, A. Laiz^{1,6}, S. Fernández¹, S. Ros¹, H. Corominas^{1,6}

¹ Servicio de Reumatología, Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ² Servicio de Inmunología, Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ³ CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España. ⁴ Departamento de Epidemiología Clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁵ Instituto de Investigación Biomédica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁶ Universitat Autònoma de Barcelona

Introducción

Los índices de actividad en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) son herramientas que permiten evaluar la gravedad, tomar decisiones sobre el tratamiento y valorar su respuesta. El más utilizado es SLEDAI-2K y recientemente se ha incorporado SLE-DAS. Las estrategias “Treat to target” han cobrado importancia con el objetivo de asegurar la remisión o baja actividad, definiendo así el estado de baja actividad (LLDAS) y remisión (DORIS2021).

Objetivos

Evaluar la relación entre los índices de actividad SLEDAI-2K y SLE-DAS y la definición de baja actividad LLDAS y remisión DORIS21 en LES.

Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo transversal realizado en una cohorte de pacientes diagnosticados de LES visitados entre septiembre 2022 y noviembre 2023 en un hospital terciario. Los pacientes debían cumplir Criterios Clasificatorios EULAR/ACR 2019 en algún momento de su evolución. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, e índices. Se realizaron análisis de las variables con el coeficiente de correlación de Spearman y la U Mann-Whitney. La significación estadística se estableció en p<0.05.

Conclusiones

Resultados

Se incluyeron 57 pacientes. Las características de la muestra se pueden observar en la [Tabla 1](#). En la [tabla 2](#) se muestran los valores y las relaciones entre SLEDAI-2K y SLE-DAS según actividad. No hubo pacientes con SLEDAI-2K criterio de gravedad (>10). La correlación entre los dos índices fue buena (coeficiente Spearman 0’786, **p<0’001**). En cambio, cuando las variables se evalúan en categorías (remisión, leve, moderado, grave), la relación desaparece (coeficiente kappa 0’186, p=0’064). El 71’9% de los pacientes se encontraban en remisión según SLE-DAS, y el 35’1% según SLEDAI-2K. Así mismo, el 78’9% y 68’4% de los pacientes cumplían criterios LLDAS y DORIS21 respectivamente. En la [tabla 3](#) se muestran las relaciones entre sendos índices de actividad y LLDAS y DORIS21. Tanto SLEDAI-2K como SLE-DAS muestran una asociación significativa con LLDAS (p=0’006 y p<0’001 respectivamente) y con DORIS21 (p=0’018 y p<0’001 respectivamente). SLE-DAS presentó asociación estadísticamente significativa con artritis (p=0’025), afectación cutánea (p=0’037) y trombocitopenia <100.000 (p=0’019), a diferencia de SLEDAI-2K (p=0’189, p=0’096 y p=0’933 respectivamente). Ambos índices se relacionaron de forma estadísticamente significativa con afectación serológica: C3 y/o C4 bajo (p<0’001 en ambos) y DNA elevado (p<0’001 en ambos).

Tabla 1.

Sexo femenino, <i>n</i> (%)	54 (94’7)
Edad (años), <i>media</i> (SD)	48’5 (13’6)
Tiempo evolución LES (años), <i>media</i> (SD)	13 (10)
Manifestaciones clínicas, <i>n</i> (%)	
- Artralgias	20 (35’1)
- Artritis	7 (12’3)
- Cutáneo activo	4 (7)
- Aftas	0
- Serositis	0
- Fiebre	0
- Miositis	0
- Órgano mayor (SLEDAI 8)	4 (7)
Afectación renal <i>n</i> (%)	
- Alteraciones sedimento urinario	16 (28’1)
- Proteinuria >500mg/24h	4 (7)
- Brote renal	1 (1’8)
Manifestaciones hematológicas <i>n</i> (%)	
- Leucopenia <300	2 (3’5)
- Linfopenia <1000	13 (22’8)
- Trombocitopenia <100.000	3 (5’3)
- Trombocitopenia <30.000	0
Manifestaciones serológicas <i>n</i> (%)	
- Hipocomplementemia C3 y/o C4	21 (36’8)
- Elevación DNA	21 (36’8)

Tabla 2.

	SLE-DAS remisión (<2’8) N (%)	SLE-DAS leve (2’09-7’64) N (%)	SLE-DAS moderado/grave (>7’65) N (%)	Total N (%)
SLEDAI2K remisión (=0) N (%)	19 (33’3)	1 (1’8)	0	20 (35’1)
SLEDAI2K leve (1-5) N (%)	22 (38’6)	7 (12’3)	3 (5’3)	32 (56’1)
SLEDAI2K moderado (6-10) N (%)	0	4 (7)	1 (1’8)	5 (8’8)
Total N (%)	41 (71’9)	12 (21’2)	4 (7)	57 (100)

Tabla 3.

	Mediana SLEDAI	SLEDAI remisión N (%)	SLEDAI leve N (%)	SLEDAI moderado N (%)
No cumple LLDAS	3’83	1 (1’8)	6 (10’5)	5 (8’8)
Cumple LLDAS	1’69	19 (33’3)	26 (45’6)	0
No cumple DORIS	3’22	3 (5’3)	10 (17’5)	5 (8’8)
Cumple DORIS	1’64	17 (29’8)	22 (38’6)	0
	Mediana SLE-DAS	SLE-DAS remisión N (%)	SLE-DAS leve N (%)	SLE-DAS moderado/grave N (%)
No cumple LLDAS	5’25	2 (3’5)	8 (14)	2 (3’5)
Cumple LLDAS	1’66	39 (68’4)	4 (7)	2 (3’5)
No cumple DORIS	4’40	5 (8’8)	11 (19’3)	2 (3’5)
Cumple DORIS	1’5	36 (63’2)	1 (1’8)	2 (3’5)

Se observa correlación significativa entre SLEDAI-2K y SLE-DAS, aunque pierde la significación cuando las variables se categorizan. Los autores lo atribuimos a una divergencia en las categorías de remisión y baja actividad entre ambos índices. A excepción de 1 paciente (1’8%) en SLEDAI-2K remisión, todos los demás cumplen criterios de remisión por SLE-DAS. En cambio, varios pacientes en SLE-DAS remisión presentan actividad leve por SLEDAI-2K, mayoritariamente debido a manifestaciones serológicas. Ambos índices presentan asociación significativa con LLDAS y DORIS21, a pesar de que SLE-DAS no forma parte de la definición de ambos. Destaca que la proporción de pacientes en remisión por SLE-DAS es más cercana a las proporciones de LLDAS y DORIS21 que SLEDAI-2K. Además, SLE-DAS presentó asociación estadísticamente significativa con afectación cutánea, trombocitopenia y artritis, a diferencia de SLEDAI-2K, por lo que se podría deducir que evalúa mejor la actividad clínica en este perfil de pacientes.