

RDW, UN BIOMARCADOR PREDICTOR DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON NEFRITIS LUPICA EN UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

C Rojas, A Altamirano, T Afonso, R Parodi, R Quintana, R Nieto, J Daniele, L Berbotto, A Ghelfi, J Kilstein, A Benitez, L Quintana, G Espinosa, R Cervera, M Lagrutta.
Hospital Clinic, Hospital Provincial del Centenario, Hospital Escuela Eva Perón, Sanatorio Parque

Introducción:

La nefritis lúpica es una complicación común en pacientes con lupus eritematoso sistémico. La respuesta al tratamiento inmunosupresor es crucial para un buen pronóstico, ya que la persistencia de la inflamación o recaídas pueden llevar a un deterioro irreversible de la función renal. Por lo tanto, es importante desarrollar marcadores que ayuden a predecir la evolución a largo plazo. El análisis de la amplitud de distribución eritrocitaria (RDW) en el hemograma ha demostrado ser útil como marcador de enfermedad renal y trastornos inflamatorios crónicos, recientemente se ha utilizado para evaluar la actividad en pacientes con LES y NL.

Objetivo:

1. Analizar diferencias en niveles basales de RDW en pacientes con LES y NL vs. grupo control sano.
2. Describir características demográficas, clínicas y analíticas de pacientes con LES y NL.
3. Evaluar relación entre niveles de RDW inicial con marcadores de actividad del LES en pacientes con NL.
4. Evaluar la relación entre los niveles de RDW inicial y a los 12 meses con el estado de actividad del LES medido a través del score SLEDAI- 2K en pacientes con NL.
5. Evaluar la relación entre los niveles de RDW inicial con recaída renal

Materiales y métodos:

-Estudio descriptivo, analítico, observacional, multicéntrico y retrospectivo, realizado en el Hospital Provincial del Centenario, Rosario-Argentina, Hospital Escuela Eva Perón Granaderos-Baigorria-Argentina, Sanatorio Parque, Rosario-Argentina, y el Hospital Clinic, Barcelona-España. Se incluyeron secuencialmente pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos, 93 pacientes con diagnóstico de LES y NL diagnosticada por biopsia renal entre el 2007-2022.

-Criterios de inclusión: Se incluyeron pacientes que tenían biopsia al diagnóstico de la nefropatía lúpica . El diagnóstico de LES se basó en los criterios establecidos por el American College of Rheumatology (ACR)

-Criterios de exclusión: presencia de otra enfermedad inflamatoria del tejido conectivo concomitante, neoplasia oncohematológica, infecciones concomitantes al momento de la realización de la biopsia renal y datos incompletos en historias clínicas.

- Se incluyo un grupo control de 107 individuos sanos

-Se realizó revisión y análisis de las historias clínicas completas, recabando datos demográficos, clínicos, analíticos y evolutivos.

-En pacientes con LES y NL se calculó el SLEDAI- 2K inicial y a los 12 meses de tratamiento, se analizó el RDW inicial y la evolución del RDW mediante el cálculo del ΔRDW, obtenido a partir de la diferencia entre el RDW inicial y su valor a los 3, 6 y 12 meses y en el último seguimiento, también se analizó la relación del RDW con marcadores de actividad y recaída renal.

-Todos los pacientes firmaron consentimiento informado.

-El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de los hospitales

-Los datos se analizaron utilizando el SPSS - PASW Statistics para Windows versión 25.

LES pacientes (n = 93)	
Características	Resultados
Sexo (hombre/mujer)	15/78
Media de edad (años)	32 (14-71)
RDW(%)	14.1 (13.5,15.8)
C3 (mg/L)	58,3 (15-135)
C4 (mg/L)	7,4 (1-47)
Anti-dsDNA (IU/mL)	117,25(0-667)
CRP (mg/dL)	1,87 (0-17,2)
ESR (mm/h)	46 (5,140)
SLEDAI 2K	14 (6,39)
Corticoterapia	
Oral	5(5,4%)
Endovenosa	88 (94,6%)
Inmunosupresores	
Ciclofosfamida (CYC)	35 (37,6%)
Micofenolato (MMF)	38 (40,9%)
CYC+MMF	8 (8,6%)
Otros (Rituximab/Tacrolimus/Azatioprina)	11 (11,8%)
Respuesta al tratamiento de inducción	
No respuesta	13 (14,4%)
Respuesta Completa	57 (63,3%)
Respuesta Parcial	20 (22,2%)
Recaída renal	
No recaídas	72 (74,70%)
Presento recaídas	21 (25,30%)
Clase histológica de Bx renal inicial	
Clase I	1 (1,08%)
Clase II	4 (4,30%)
Clase III	23 (24,73%)
Clase IV	51 (54,84%)
Clase V	8 (8,60%)
Clase VI	2 (2,15%)
Clase III+ IV	1(1,08%)
Clase IV+ V	3 (3,23 %)

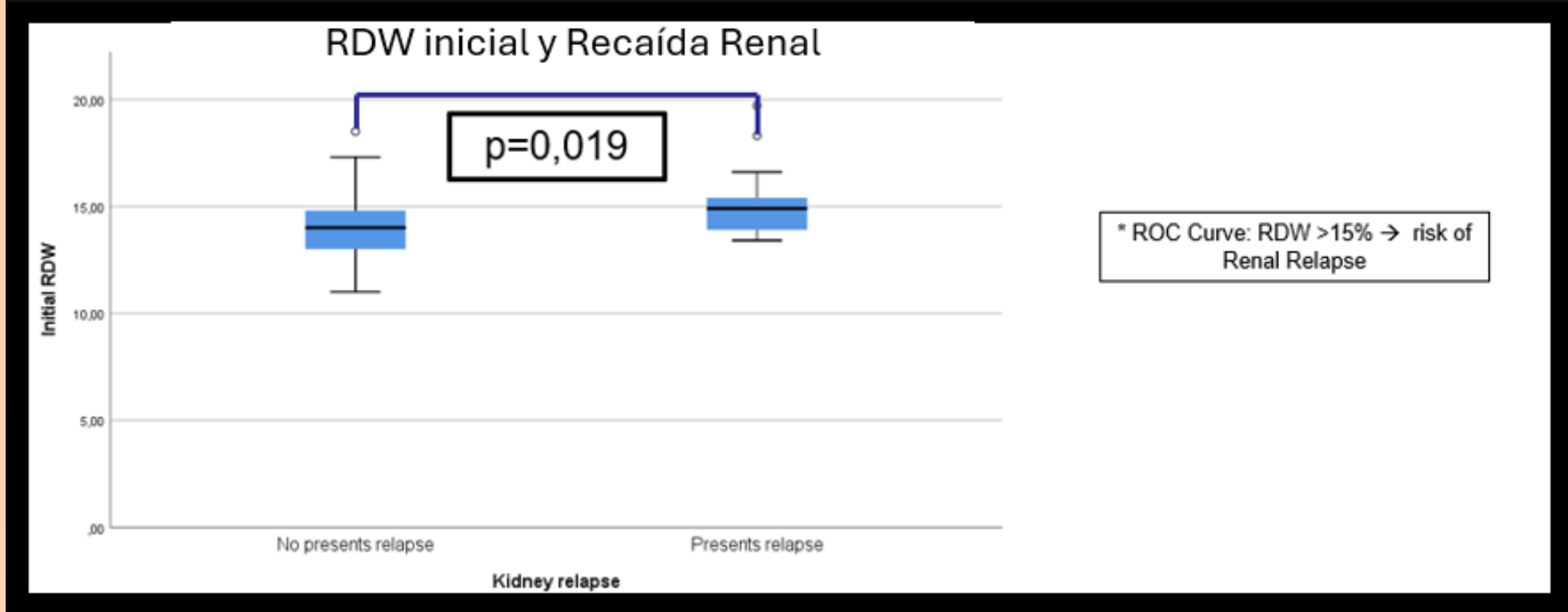
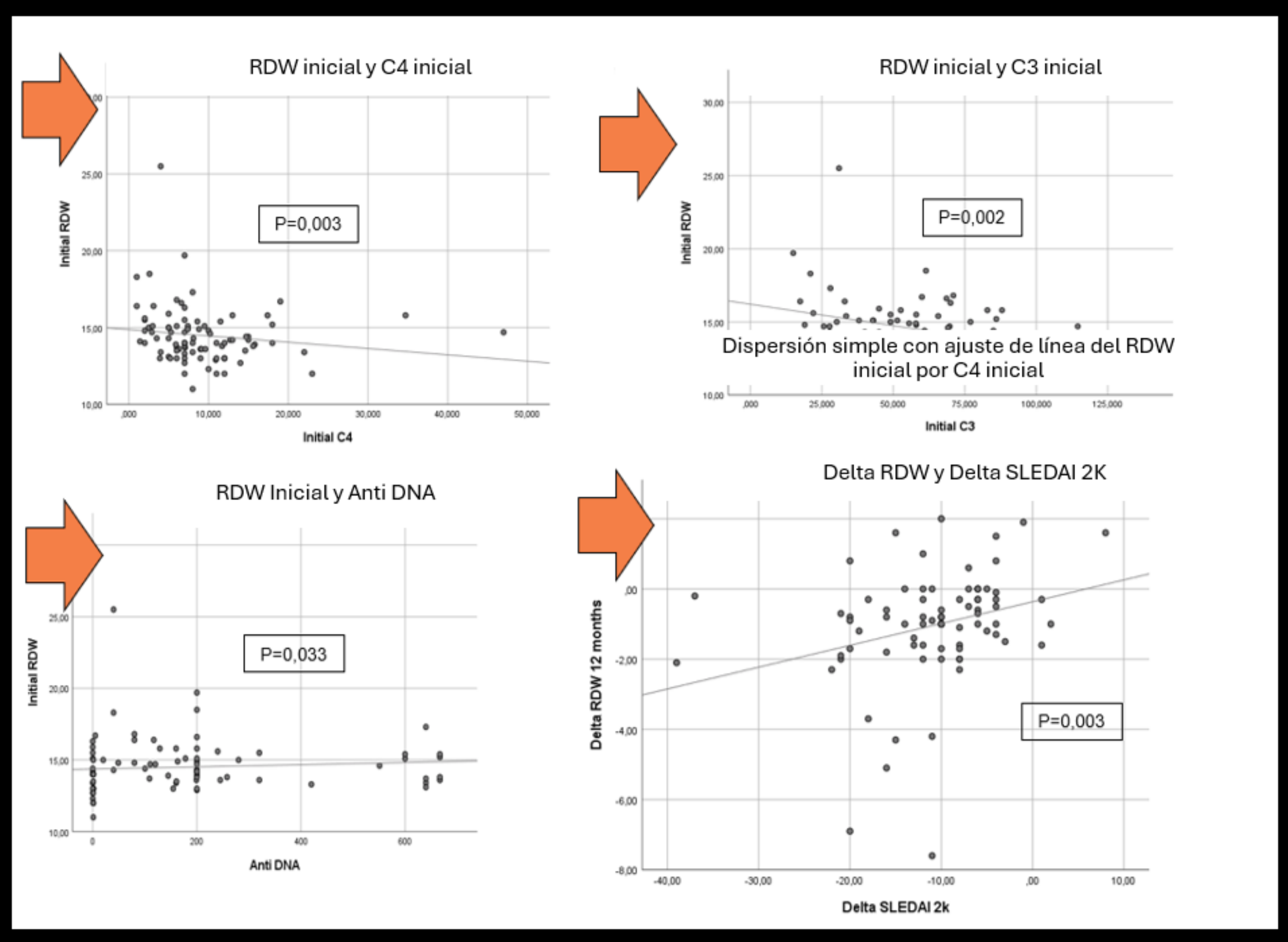
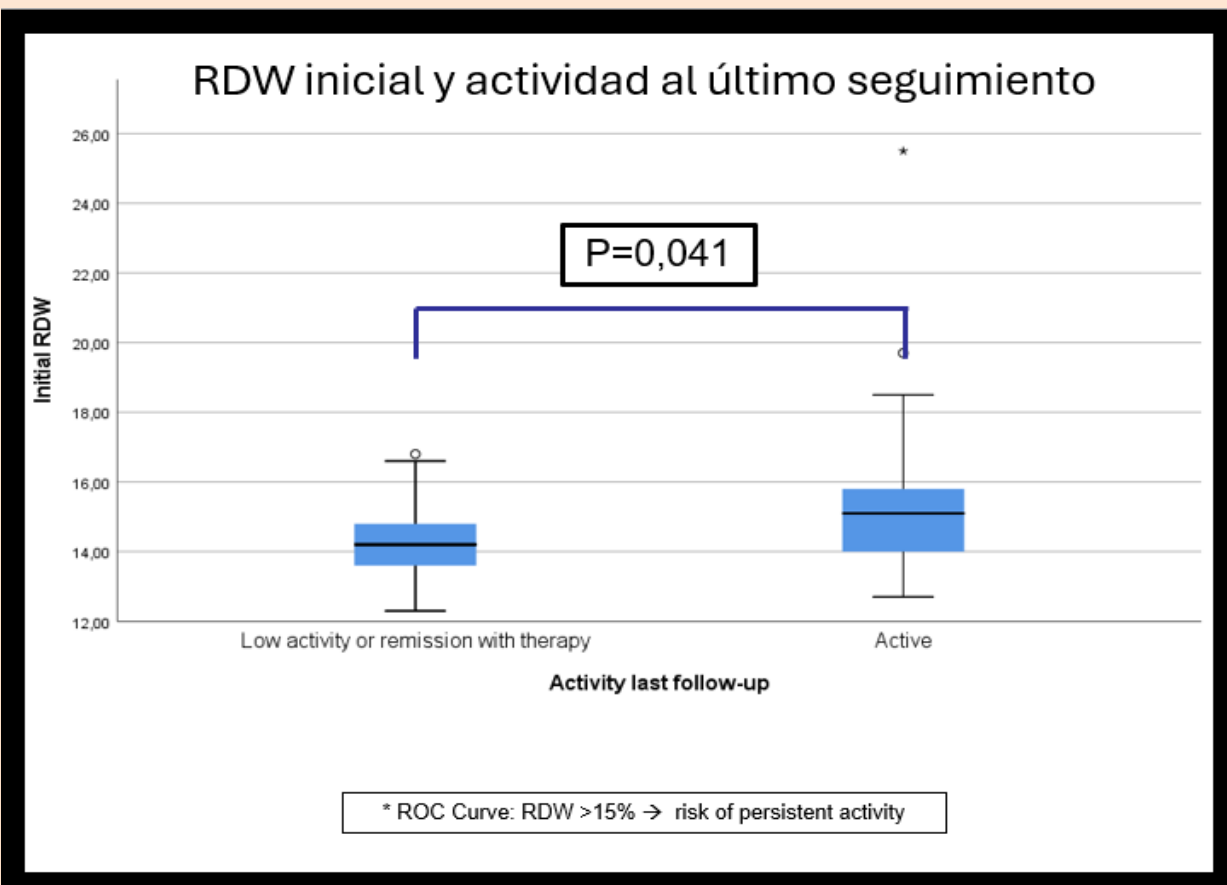
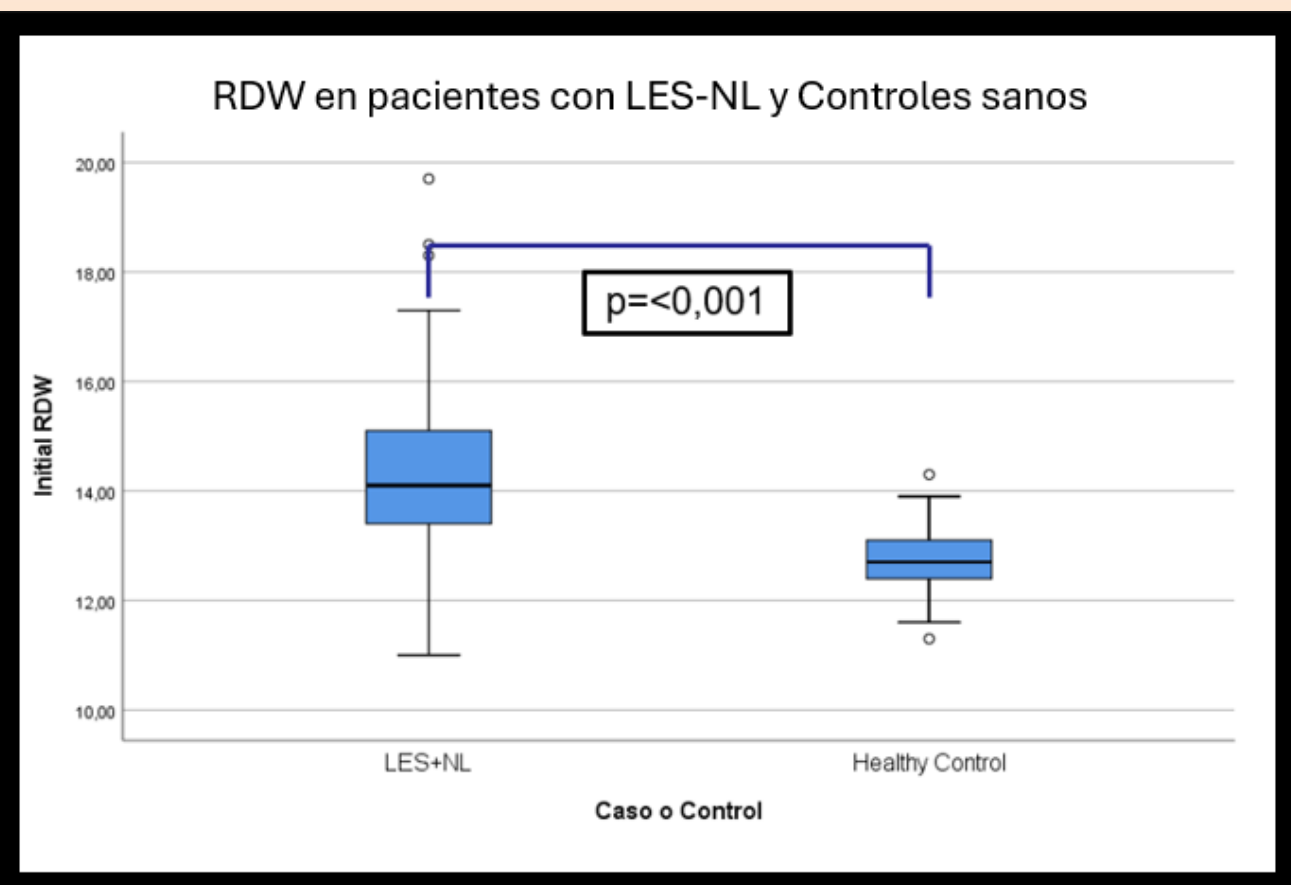
Resultados:

-Se evidencio al comparar dos grupos de pacientes, que aquellos pacientes con LES y NL tenían un RDW (mediana 14,10 RIC 13,4-15,1) mayor que un grupo control sano (mediana 12,7 RIC 12,4-13,1) (p=<0,001).

-El RDW inicial se correlacionó positivamente con C3 (p=0,002, coeficiente de correlación -0,327), C4 inicial (p=0,003, coeficiente de correlación -0,305) y Anti ADN (p=0,033, coeficiente de correlación -0,226). No se obtuvo relación estadísticamente significativa entre los valores de RDW inicial con los valores de VES, PCR, uremia, creatininemia, albuminemia, clearance de creatinina, proteinuria de 24 horas, índice proteinuria/creatininuria y actividad del sedimento inicial .

-Se analizó la relación entre el RDW inicial y la actividad/remisión al último seguimiento (mediana de seguimiento 64 meses, RIC 32-97), agrupando los pacientes con baja actividad y remisión con terapia vs activos, con asociación estadísticamente significativa (p=0,041)

-Se observo que las variaciones, al inicio y a los 12 meses del RDW con el delta de SLEDAI 2K, resultando ambas en el mismo sentido (p=0,003 coeficiente de correlación 0,33). Y en aquellos pacientes que presentaban RDW mayor a 15% tenían 3 veces más riesgo de recaída renal que aquellos con RDW menor al punto de corte.



Conclusiones:

El RDW es un marcador útil y recientemente reconocido para la evaluación de la actividad de la enfermedad en paciente con nefropatía lúpica. Creemos que el RDW debería incluirse dentro de los parámetros de actividad de la nefropatía lúpica.