

# Comparación de índices de actividad y remisión en el lupus eritematoso sistémico y su utilidad clínica

J. Bernárdez<sup>1</sup>, B. Magallares<sup>1,6</sup>, H. Codes-Méndez<sup>1</sup>, L. Martínez-Martínez<sup>2,6</sup>, I. Gich<sup>3,4,5</sup>, I. Castellví<sup>1,6</sup>, P. Moya<sup>1,6</sup>, J. Tandaipan<sup>1</sup>, HS. Park<sup>1</sup>, C. Diaz-Torné<sup>1,6</sup>, L. Sainz<sup>1,6</sup>, A. García-Alija<sup>1</sup>, A. Laiz<sup>1,6</sup>, S. Fernández<sup>1</sup>, S. Ros<sup>1</sup>, H. Corominas<sup>1,6</sup>

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

## Introducción y objetivos

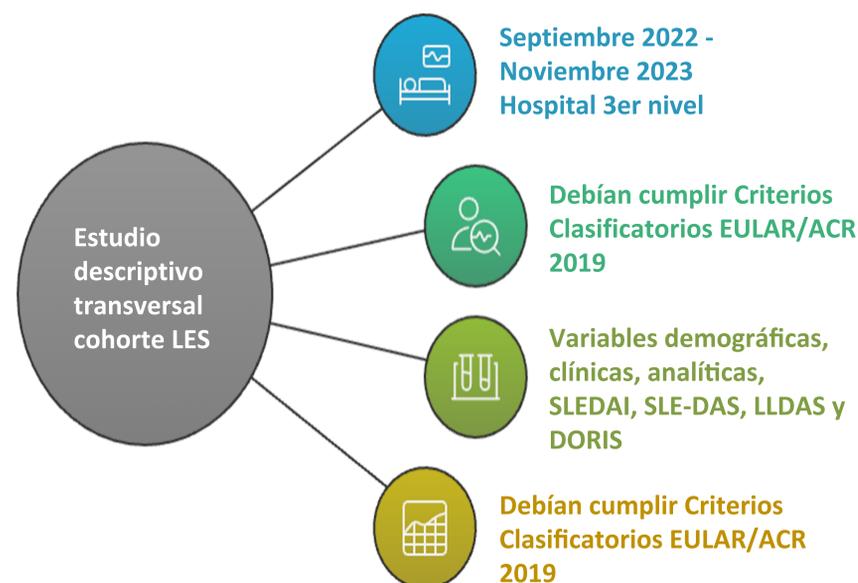
La evaluación de la actividad en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es fundamental para optimizar el manejo de los pacientes, y para ello utilizamos diferentes índices como el SLEDAI y el SLE-DAS. Para definir el estado de baja actividad y remisión, usamos LLDAS y DORIS respectivamente.

El objetivo de nuestro estudio fue valorar la utilidad de los índices de actividad y remisión del LES mediante su análisis y comparación entre ellos, y compararlos también con biomarcadores analíticos e inmunológicos.

## Objetivos

- Valorar la utilidad de los índices de actividad y remisión del LES mediante su análisis y comparación entre ellos,
- Comparar los índices de actividad con biomarcadores analíticos e inmunológicos.

## Métodos



## Resultados

Se incluyeron 117 pacientes. Las características de estos se encuentran en la Tabla 1. En la tabla 2 se muestran valores y relaciones entre SLEDAI-2K y SLE-DAS. La correlación entre los índices fue buena (Spearman 0,869,  $p < 0,001$ ). En cambio, cuando las variables se evalúan en categorías (remisión, leve, moderado, grave), la relación desaparece (Kappa 0,084,  $p = 0,062$ ). El 82,9% de los pacientes se encontraban en remisión según SLE-DAS, y el 32,5% según SLEDAI. El 86,3% cumplía criterios LLDAS y el 79,5% se encontraba en remisión por DORIS. En la tabla 3 se muestran las relaciones entre sendos índices de actividad y LLDAS y DORIS.

La evaluación de la relación de SLEDAI con las distintas manifestaciones clínico-serológicas mediante la diferencia de medianas fue estadísticamente significativa (ES) para artritis ( $p = 0,047$ ), afectación cutánea ( $p = 0,014$ ), hipocomplementemia ( $p < 0,001$ ) y DNA ( $p < 0,001$ ). En el caso de SLE-DAS, la diferencia de mediana fue ES para todas las variables clínico-analíticas (linfopenia  $p = 0,015$ , leucopenia  $p = 0,019$ , trombocitopenia  $p < 0,001$ , proteinuria  $p < 0,001$ , artritis  $p < 0,001$ , cutáneo  $p = 0,003$ , hipocomplementemia  $p < 0,001$  y DNA  $p < 0,001$ ).

Tabla 1.

Sexo femenino, <i>n</i> (%)	110 (94)
Edad (años), <i>media</i> (DS)	50,58 (14,7)
Evolución LES (años), <i>media</i> (DS)	15,8 (14,3)
Manifestaciones clínicas, <i>n</i> (%)	
- Artralgias	39 (33,3)
- Artritis	6 (5,1)
- Afectación cutánea activa	5 (4,3)
- Aftas orales	2 (1,7)
- Serositis	0
- Fiebre	0
- Miositis	0
- Afectación órgano mayor (SLEDAI 8)	0
Afectación renal, <i>n</i> (%)	
- Proteinuria >500 mg/24h	4 (3,4)
- Brote renal	1 (0,9)
Manifestaciones hematológicas, <i>n</i> (%)	
- Leucopenia <3000	2 (1,7)
- Linfopenia <1000	19 (16,2)
- Trombocitopenia <100000	4 (3,4)
- Trombocitopenia <30000	1 (0,9)
Manifestaciones serológicas, <i>n</i> (%)	
- Hipocomplementemia C3	37 (31,6)
- Hipocomplementemia C4	46 (39,3)
- DNA elevado	45 (38,5)

Tabla 2.

	SLE-DAS remisión ( $\leq 2,08$ ) <i>n</i> (%)	SLE-DAS leve (2,09-7,64) <i>n</i> (%)	SLE-DAS moderado/grave ( $\geq 7,65$ ) <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> (%)
SLEDAI-2K remisión (=0) <i>n</i> (%)	37 (31,6)	1 (0,9)	0	38 (32,5)
SLEDAI-2K leve (1-5) <i>n</i> (%)	60 (51,3)	9 (7,7)	5 (4,3)	74 (63,2)
SLEDAI-2K moderado (6-10) <i>n</i> (%)	0	4 (3,4)	1 (0,9)	5 (4,3)
Total <i>n</i> (%)	97 (82,9)	14 (12)	6 (5,1)	117 (100)

Tabla 3.

	Media SLEDAI-2K	SLEDAI-2K remisión <i>n</i> (%)	SLEDAI-2K leve <i>n</i> (%)	SLEDAI-2K moderado <i>n</i> (%)
No cumple LLDAS	3,88	1 (0,9)	10 (8,5)	5 (4,3)
Cumple LLDAS	1,76	37 (31,6)	64 (54,7)	0
No cumple DORIS	3,25	4 (3,4)	15 (12,8)	5 (4,3)
Cumple DORIS	1,75	34 (29,1)	59 (50,4)	0
	Media SLE-DAS	SLE-DAS remisión <i>n</i> (%)	SLE-DAS leve <i>n</i> (%)	SLE-DAS moderado/grave <i>n</i> (%)
No cumple LLDAS	5,82	3 (2,6)	9 (7,7)	4 (3,4)
Cumple LLDAS	1,39	94 (80,3)	5 (4,3)	2 (1,7)
No cumple DORIS	4,75	7 (6)	13 (11,1)	4 (3,4)
Cumple DORIS	1,29	90 (76,9)	1 (0,9)	2 (1,7)

## Conclusiones

- Tanto SLEDAI-2K como SLE-DAS son útiles para evaluar la actividad del LES, aunque pueden tener diferencias cuando se categorizan.
- Ambos índices muestran asociación ES con LLDAS y DORIS, a pesar de que SLE-DAS no forma parte de la definición de ambos
- La proporción de pacientes en remisión según SLE-DAS es más cercana a las proporciones de LLDAS y DORIS.
- SLE-DAS podría ser un mejor indicador para evaluar la actividad clínica en pacientes con afectación hematológica y renal.
- Posible relevancia de la linfopenia como un marcador subrogado de actividad del LES.

