



Reumatología Clínica

<https://www.reumatologiaclinica.org>



RC036 - RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LÚPICA REFRACTARIA. Práctica clínica real

M.C. Ramos Giráldez, M.L. Velloso Feijóo, S. Rodríguez Montero y J.L. Marenco de la Fuente

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Resumen

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una complicación potencialmente mortal del lupus eritematoso sistémico (LES). El tratamiento estándar de esta entidad incluye glucocorticoides (GC) e inmunosupresores como la ciclofosfamida (CF), con tasas de remisión entre el 20 y 70%. Teniendo en cuenta su patogenia, el rituximab (RTX), anticuerpo anti-CD20, podría ser útil, aunque la información disponible al respecto en la literatura científica sigue siendo controvertida.

Objetivos: Evaluar efectividad y seguridad del RTX en la NL refractaria al tratamiento convencional, en condiciones de práctica clínica real.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes consecutivos atendidos en un servicio de Reumatología que cumplieran criterios SLICC 2012 para lupus eritematoso sistémico, con afectación renal, y que habían recibido tratamiento con RTX por NL refractaria al tratamiento estándar. Se recogieron diferentes variables epidemiológicas, clínicas (incluyendo otras manifestaciones de LES así como tratamientos previos), analíticas, relacionadas con el tratamiento con RTX y relacionadas con aparición de eventos adversos. En todos los casos se determinó la función renal previa al inicio de RTX, así como el grado de proteinuria y alteraciones del sedimento. La respuesta terapéutica fue evaluada considerándose respuesta parcial si presentaban reducción de la proteinuria en > 50% en comparación con la inicial y estabilización de la función renal ($\pm 25\%$) o mejoría de la creatinina sérica respecto a valores iniciales; y respuesta completa si presentaban cifras de creatinina sérica < 1,2 mg/dL (o descenso a valores iniciales $\pm 15\%$ del valor basal en aquellos con creatinina $\geq 1,2$ mg/dL), proteinuria $\leq 0,5$ g/24h y sedimento inactivo. En cuanto al análisis de los datos, se ha realizado un análisis cuantitativo descriptivo, con el programa estadístico IBM SPSS 24,0 para Windows.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes (11 mujeres y 2 hombres), con una edad media de 32,3 años y tiempo medio de seguimiento desde el inicio de RTX de 11,09 años. La NL Clase IV resultó ser la más frecuente (46,15%), seguida de la NL Clase III (38,46%). La NL Clase V representó el 7,69% y otro 7,69% la combinación de Clase III+V. El 46,2% de los pacientes presentaba insuficiencia renal al inicio del RTX, el 84,6% hematuria y todos los pacientes presentaban proteinuria, de los cuales en el 76,9% se confirmó rango nefrótico y en un 84,6% se objetivó hipoalbuminemia. En cuanto a tratamientos previos, todos los casos habían recibido GC a dosis altas y, al menos, un inmunosupresor: el 92,3% había presentado fallo a CF, un porcentaje similar había

recibido azatioprina y el 46,2% había presentado fallo a micofenolato. Tras el tratamiento con RTX, se alcanzó respuesta parcial o completa en el 84,61%, se identificaron infecciones en el 46,15% de los pacientes y reacciones alérgicas en el 15,38%; la mayoría de los eventos adversos fueron leves y todos los casos evolucionaron favorablemente.

Conclusiones: El tratamiento con RTX es efectivo en el LES y, concretamente, en la NL. Más del 80% de los pacientes de nuestro estudio con NL refractaria se beneficiaron del tratamiento con RTX. A pesar de la incidencia no despreciable de eventos adversos, la mayoría fueron leves y se resolvieron sin secuelas ni complicaciones, por lo que podemos concluir que la seguridad del RTX es aceptable y que presenta un buen perfil riesgo-beneficio en estos pacientes.