



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 373 - PERFILES CITOQUÍMICOS DE ACTIVIDAD CLÍNICA Y SEROLÓGICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

*J.M. Vázquez Comendador, V. Moreno-Torres Concha, M. Martínez Urbistondo, Á. Gutiérrez Rojas, E. Sánchez Chica, R. Castejón Díaz y J.A. Vargas Núñez*

*Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda. Madrid.*

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar el rol de las citoquinas séricas en la actividad clínica y serológica de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

**Métodos:** Estudio transversal de 77 mujeres con LES de acuerdo con los criterios ACR 1997, reclutadas en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda durante 2015 y 2016. Se realizó un análisis de los valores de las citoquinas IL-6, IL-10, Interferón-alfa (IFN-alfa) y el factor de necrosis tumoral (TNF) con las características clínicas, serológicas y tratamientos de las pacientes. Se consideró la positividad de anticuerpos anti-DNA ( $> 15$  U/mL), la hipocomplementemia (descenso de fracciones C3 y/o C4), la actividad serológica (elevación de anti-DNA e hipocomplementemia), la presencia de enfermedad activa (SLEDAI-2K  $> 4$ ), la remisión completa (SLEDAI-2K = 0 sin tratamiento inmunosupresor o esteroideo) y la situación de baja actividad de la enfermedad (SBAE), (SLEDAI-2K  $\leq 4$  con  $\leq 7,5$  mg de prednisona e inmunosupresión estable).

**Resultados:** La edad media fue de 47 años y el 13% cumplía criterios de síndrome antifosfolípido (SAF). La duración media de la enfermedad era de 13,5 años y la media del SLICC era de 1,8 puntos. El 88% estaba recibiendo antimaláricos, un 53,2% esteroides y un 36,4% inmunosupresores. La media del SLEDAI-2k era de 2,2. Un 17,1% presentaba actividad serológica y un 17,3% enfermedad activa. Un 13% estaba en remisión completa y un 64,9% en SBAE. La concentración de IL-6 fue significativamente mayor en los pacientes que presentaban actividad serológica, enfermedad activa, ausencia de SBAE, estaban en tratamiento corticoideo sin inmunosupresores y presentaban SAF ( $p = 0,05$ ). Los valores de la IL-6 mostraron una correlación robusta con el SLEDAI-2k ( $r = 0,540$ ,  $p = 0,0001$ ) y una buena capacidad predictiva de enfermedad activa (AUC-ROC = 0,701, IC95% 0,527-0,875). El nivel de IFN-alfa mostró asociación con la presencia de anti-DNA y con la toma de corticoides e inmunosupresores ( $p = 0,05$ ). Los valores de IFN-alfa se correlacionaron con los del TNF ( $r = 0,264$ ,  $p = 0,047$ ). Finalmente, los valores de IL-10 fueron mayores en pacientes en RC ( $p = 0,025$ ) o que presentaban SAF ( $p = 0,003$ ).

**Conclusiones:** La expresión clínico-serológica del LES, y por lo tanto su actividad y tratamiento, puede venir determinado por la presencia de unos determinados perfiles citoquímicos. De esta forma, la IL-6 y el IFN-alfa condicionan mayor actividad serológica, enfermedad activa y necesidad de tratamiento corticoideo o inmunosupresor; mientras que la IL-10 se muestra como una citoquina anti-inflamatoria que se relaciona con la remisión completa de los pacientes con LES. La caracterización de estos perfiles citoquímicos puede suponer una herramienta muy útil en el control, prevención, manejo y pronóstico de pacientes con LES, así

como una potencial diana terapéutica.