

Morbimortalidad en el lupus eritematoso sistémico

Paula Alba

Profesor asociado en Reumatología. Postgrado de Reumatología. Cátedra de Medicina I. Hospital Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica que muestra una amplia diversidad en su expresión clínica y que puede manifestarse de una forma leve hasta formas que comprometen la vida del paciente dependiendo de los órganos afectados y de los fenómenos inmunológicos presentes. La enfermedad se caracteriza por alternar períodos de actividad y de remisión o baja actividad^{1,2}. A pesar de que en el pasado se ha considerado al LES como una enfermedad de evolución fatal, la expectativa de vida de los pacientes con LES ha mejorado en aproximadamente un 60% en las últimas tres décadas, y ha alcanzado tasas de supervivencia del 95%, 90% y 85% a los 5, 10 y 15 años de evolución respectivamente³⁻⁶. Esta mejoría en la supervivencia puede obedecer a numerosos factores entre los que se encuentran: un mayor conocimiento de la enfermedad, el diagnóstico más temprano, el reconocimiento de formas leves y el mejor manejo terapéutico de la enfermedad activa así como las complicaciones asociadas a la misma. A pesar del dramático incremento en la supervivencia de los pacientes con LES, estudios poblacionales revelan que la mortalidad en pacientes con LES continúa todavía siendo 3 a 4 veces mayor que la esperada para la población general de similar edad y sexo^{3,4}.

Las causas de muerte siguen un patrón bimodal, siendo las principales causas las infecciones y la actividad de la enfermedad en los primeros 5 años y las complicaciones cardiovasculares y de fallo de órgano terminal después de los 10 a 15 años del diagnóstico⁷.

Es importante destacar que a medida que se prolonga la supervivencia en estos pacientes, ellos también pueden sufrir un deterioro orgánico y funcional en etapas tardías de la enfermedad. Estas complicaciones crónicas pueden

aparecer por un inadecuado control de la enfermedad, los efectos adversos de las drogas utilizadas y condiciones de comorbilidad que se agregan en el curso de la misma. Este conjunto de complicaciones que sufren los pacientes con LES representan nuevas formas de enfermedad, hospitalizaciones y causas de muerte. Otros factores fundamentales que influyen la morbimortalidad son el bajo nivel socioeconómico, el limitado acceso a la atención médica y el inadecuado apoyo psicosocial.

Uno de los conceptos recientes más importantes es el de blanco terapéutico. El principio de "blanco terapéutico" comprende un abordaje indispensable en la prevención de las complicaciones de algunas de las enfermedades más prevalentes como diabetes, hipertensión arterial y enfermedad coronaria. Estas enfermedades conducen a una alta mortalidad y el tratamiento preventivo de las mismas debería ser una prioridad en la salud pública.

El concepto de blanco terapéutico está basado en la evidencia exhaustiva demostrada por ensayos clínicos. Numerosos trabajos han probado que el descenso de los valores de tensión arterial por debajo de <150/100 mmHg es efectivo en reducir los eventos cardiovasculares en individuos hipertensos¹. Por otra parte, el descenso de LDL colesterol con terapia agresiva con estatinas en pacientes con enfermedad coronaria establecida reduce los riesgos de eventos vasculares⁸.

El LES está asociado con la acumulación progresiva de daño orgánico irreversible, lo cual ha demostrado ser un predictor de mayor daño, morbilidad y mortalidad temprana⁹. Basado en estas consideraciones, es razonable preguntarse si los principios de tratamiento por objetivo podrían ser aplicados al LES también.

Correspondencia

E-mail: paulaalba@yahoo.com

Un reciente consenso internacional de expertos formuló recomendaciones con el propósito de brindar un tratamiento por objetivo en la práctica clínica y en el manejo del LES¹⁰.

Dentro de estas recomendaciones se incluyen: el blanco de tratamiento debe ser la remisión y si ésta no es posible, la actividad más baja de la enfermedad medida por índices de actividad lúpica validados o marcadores órganos específicos, la prevención de los brotes y del daño acumulado, el reconocimiento temprano y tratamiento del compromiso renal, el tratamiento de mantenimiento con inmunosupresión en la nefritis lúpica al menos 3 años, el tratamiento con esteroides con la menor dosis posible, el tratamiento del síndrome antifosfolípido y el tratamiento de las comorbilidades.

En conclusión, estas recomendaciones sugieren el tratamiento cuyo blanco debe ser la remisión, la prevención del daño, la mejoría de la calidad de vida y deberían ser aplicadas al cuidado de pacientes con LES, sugiriendo un camino para la disminución de la mortalidad.

Bibliografía

1. Drenkard C, Villa AR, García Padilla C, et al. Remission of systemic lupus erythematosus. *Medicine (Baltimore)* 1996; 75(2):88-98.
2. Leblanc BA, Urowitz MB, Gladman OD. Serologically active, clinically quiescent systemic lupus erythematosus long term follow up. *J Rheumatol* 1994; 21(1):174-5.
3. Bernatsky S, Boivin JF, Joseph L, et al. Mortality in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2006; 54(8):2550-7.
4. Uramoto KM, Michet CJ Jr, Thumboo J, et al. Trends in incidence and mortality of systemic lupus erythematosus, 1950-1992. *Arthritis Rheum* 1999; 42(1):46-50.
5. Cervera R, Khamashta MA, Font J, et al. Morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus during 5 year period. A multicenter prospective study of 1000 patients European Working party on Systemic Lupus Erythematosus. *Medicine (Baltimore)* 1999; 78(3):67-75.
6. Drenkard C, Alarcon Segovia D. The new prognosis of systemic lupus erythematosus: treatment free remission and decreased mortality and morbidity. *Isr Med Assoc J* 2000; 2 (5):382-7.
7. Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE, et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 1976; 60 (2):221-5.
8. Cannon CP. The IDEAL cholesterol: lower is better. *JAMA* 2005; 294:2492-5.
9. Nived O, Jonsen A Bengtsson A, et al. High predictive value of SLICC for survival in Systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2002; 29:1398-400.
10. Van Vollenhoven RF, Mosca M, Bertsias G, et al. Treat to target in systemic lupus erythematosus: of an international Task Force. *Ann Rheum Dis* 2014; 00:1-10.