



## Editorial

# Editorial al artículo: «Relación clínico-patológica en pacientes colombianos con nefritis lúpica»



## Editorial to article: «Clinico-pathologic relationship in Colombian patients with lupus nephritis»

**Gerard Espinosa**

Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clínic, Barcelona, España

En el artículo de Velásquez-Franco et al.<sup>1</sup>, los autores describen una serie de pacientes con nefropatía lúpica e intentan establecer correlaciones entre parámetros clínicos, analíticos, inmunológicos y datos de la biopsia renal. Tras el análisis estadístico, tan solo encuentran una asociación clínico-patológica entre las formas proliferativas y la presencia de hematuria, proteinuria de 24 h, nivel de creatinina sérica e hipocomplementemia C3. Los autores concluyen que la biopsia renal continúa siendo actualmente la prueba oro para el diagnóstico y la correcta evaluación de los pacientes con sospecha de nefropatía lúpica.

En este campo se han publicado un número importante de estudios (revisados en el apartado de discusión del artículo de Velásquez-Franco et al.) y han intentado establecer diferentes relaciones con el fin de obviar la realización de la biopsia renal, no exenta de posibles complicaciones. El resultado, en general, es similar en todos ellos, aunque con importantes diferencias. De forma global, las formas proliferativas se caracterizan por una mayor actividad inmunológica con una presentación clínica en forma de síndrome nefrítico, en la mayoría de los casos, mientras que las formas no proliferativas y membranosas en particular, cursarían con niveles prácticamente normales de complemento y el síndrome nefrítico sería el cuadro clínico predominante<sup>2</sup>. Sin embargo, el artículo de Velásquez-Franco et al.<sup>1</sup> es un claro ejemplo, existen casos que no siguen estas condiciones. Los resultados discordantes se pueden deber al número de pacientes incluidos en cada uno de los estudios, al origen étnico de los mismos, a la misma

limitación de la biopsia renal en la que el número de glomérulos no es en ocasiones representativo de la lesión existente o a la inclusión de formas mixtas (proliferativas y membranosas). En definitiva, el problema señala la falta de un biomarcador con la suficiente sensibilidad y especificidad, no tan solo para el diagnóstico de nefropatía lúpica sino para los diferentes tipos histológicos de la misma y que hace que la biopsia renal constituya la prueba de referencia para el diagnóstico y tratamiento de la nefropatía lúpica. Derivada de la información que proporciona permite descartar por una parte, otras etiologías que pueden estar presentes en pacientes con lupus y afectación renal como una microangiopatía trombótica en presencia de anticuerpos antifosfolipídicos o glomerulonefritis proliferativa endocapilar o membranoproliferativa en casos de fallo renal agudo<sup>3</sup>. En segundo lugar, permite evaluar la gravedad del cuadro mediante el cálculo de los índices de actividad y cronicidad de las formas proliferativas y, por último, ofrece información acerca de lesiones que aunque no están contempladas en la clasificación de 2003 de la nefropatía lúpica, son importantes de cara al tratamiento de algunas manifestaciones de la misma como la proteinuria en caso de podocitopatía, lesiones túbulo-intersticiales o lesiones vasculares renales<sup>4</sup>. En este sentido, la coexistencia de algunas de estas lesiones podría ser otra de las razones de la falta de asociación entre los parámetros clínicos y los hallazgos anatomopatológicos de la biopsia renal.

Por todo ello, ante la sospecha de nefropatía lúpica la biopsia renal se recomienda en las actuales guías KDIGO, ACR,

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.10.001>.

Correo electrónico: [GESPINO@clinic.cat](mailto:GESPINO@clinic.cat)

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.11.001>

0121-8123/© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

EULAR/ERA-EDTA y de la SEMI para confirmar el diagnóstico, evaluar la gravedad de la misma mediante los índices de actividad y cronicidad, y decidir el tratamiento más adecuado<sup>5</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

---

1. Velásquez-Franco CJ, Colina-Vargas Y, Correa-Pérez S, Osorio-Ospina F, Tamayo-Correa M, Madrid-Vargas J, et al. Clinico-pathologic relationship in Colombian patients with lupus. *Rev Colomb Reumatol*. 2017.
2. Mavragani CP, Fragoulis GE, Somarakis G, Drosos A, Tzioufas AG, Moutsopoulos HM. Clinical and laboratory predictors of distinct histopathological features of lupus nephritis. *Medicine*. 2015;94:e289.
3. Zhu D, Qu Z, Tan Y, Yu F, Zhao MH. Acute kidney injury in Chinese patients with lupus nephritis: A large cohort study from a single center. *Lupus*. 2011;20:1557-65.
4. Yu F, Haas M, Glassock R, Zhao MH. Redefining lupus nephritis: Clinical implications of pathophysiologic subtypes. *Nat Rev Nephrol*. 2017;13:483-95.
5. Wilhelmus S, Bajema IM, Bertsias GK, Boumpas DT, Gordon C, Lightstone L, et al. Lupus nephritis management guidelines compared. *Nephrol Dial Transplant*. 2016;31:904-13.