

## 155 IMPACTO DE LOS POLIMORFISMOS EN LOS GENES FCGR2A Y FCGR3A EN LA RESPUESTA A RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES GLOMERULARES

M. LARROSA GARCÍA<sup>1</sup>, S. ROJO TOLOSA<sup>2</sup>, RP. BURRI MACÍAS<sup>3</sup>, C. GARCÍA ESQUERDA<sup>4</sup>, M. MARTÍNEZ GALLO<sup>5</sup>, R. COLOBRAN<sup>6</sup>, MJ. SOLER ROMEO<sup>7</sup>, A. JIMÉNEZ MORALES<sup>8</sup>, JB. MONTORO RONSANO<sup>9</sup>, I. AGRAZ PAMPLONA<sup>9</sup>

<sup>1</sup>FARMACIA HOSPITALARIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA); <sup>2</sup>FARMACIA HOSPITALARIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA/ESPAÑA); <sup>3</sup>NEFROLOGÍA CLÍNICA, HOSPITAL DE FIGUERES (FIGUERES/ESPAÑA); <sup>4</sup>INMUNOLOGÍA CLÍNICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA); <sup>5</sup>NEFROLOGÍA CLÍNICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA); <sup>6</sup>FARMACIA HOSPITALARIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA)

**Objetivo:** Analizar el impacto de los polimorfismos en los genes FCGR2A y FCGR3A en la respuesta a rituximab en pacientes con enfermedades glomerulares.

**Métodos:** Ensayo clínico abierto, unicéntrico (NEFTRX, EUDRACT2020-000484-23), que incluye pacientes con glomerulopatías (síndrome nefrótico idiopático [SNI], glomerulonefritis membranosa [GM], vasculitis asociada a ANCA [VAA]) tratados con rituximab asistencialmente entre septiembre 2020-mayo 2023. Se administraron 1000mg o 500mg el día (d) 1; dosis extra opcional el d14. Pacientes tratados con rituximab <6m fueron excluidos. Se midió concentración plasmática de rituximab d28 (Cp28) mediante ELISA (Lisa-Traker® -Rituximab, Theraradiag®).

Se analizaron los polimorfismos FCGR2A (rs1801274) y FCGR3A (rs396991) mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a tiempo real utilizando sondas-TaqMan, definiendo los posibles genotipos como homocigoto no mutado (HN), heterocigoto (HT) y homocigoto mutado (HM).

Se evaluó respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP), respuesta total (RT=RC+RP), recaída (R) y no respuesta (NR) a los 6m y 12m, según guías Kidney Disease Improving Global Outcomes.

Datos cuantitativos descriptos como mediana±desviación estándar, cualitativos como casos(%). Para evaluar la asociación entre las variables categóricas, se utilizó Chi-cuadrado de Pearson. Se realizó regresión logística, incluyendo Cp28, considerando un nivel de significancia del 5%.

**Resultados:** Se detectaron 54 candidatos, se incluyeron 30 pacientes de 62,7±16,8 años, 17 (56,7%) hombres, peso 73,0±13,6 kg. Diagnóstico: 11 (36,7%) GM, 10 (33,3%) VAA, 9 (30,0%) SNI. Filtrado glomerular 71,0±37,9 ml/m<sup>2</sup>/1,7, albúmina 3,3±0,97g/dL, proteína-C reactiva 0,32±0,31 mg/dL, proteinuria 24h 7,5±9,1 g/24h.

Inmunosupresión: corticoides 11 (36,7%), tacrolimus 4 (13,3%), micofenolato 1 (3,3%), ninguna 14 (46,7%). Exposición previa a rituximab 20 (66,7%). Se administró 1000mg a 23 (76,7%) pacientes y 500mg a 7 (23,3%), 18 (60,0%) repitieron dosis d14. No hubo reacciones ni infecciones graves.

Frecuencia de FCGR2A rs1801274: HN (5,16,7%), HT (17,56,7%) y HM (8,26,7%). Frecuencia de FCGR3A rs396991: HN (9,30,0%), HT (17,56,7%) y HM (4,13,3%).

Resultados 6m: 8 (26,7%) pacientes con RC-6m, 15 (50,3%) pacientes con RP-6m, 23 (76,7%) pacientes con RT-6m y 7 (23,3%) pacientes NR-6m.

Resultados 12m: 7 (23,3%) pacientes con RC-12m, 12 (40,0%) pacientes con RP-12m, 19 (63,6%) pacientes con RT-12m, 3 (10,0%) pacientes NR-12m, 3 (10,0%) pacientes R-12m, 1 (3,3%) exitus, 1 (3,3%) pérdida de seguimiento y 3 (10,0%) casos censurados por recibir una nueva dosis entre 6-12m.

No hubo diferencias significativas entre genotipos de FCGR2A o FCGR3A en cuanto a respuesta. La regresión logística mostró tendencia asociativa entre FCGR2A HN y RC-6m (p=0,106) comparado con FCGR2A HM y HT al incluir Cp28 como covariable.

**Conclusiones:** Pacientes con glomerulopatías tratados con rituximab con distintos polimorfismos FCGR2A y FCGR3A presentaron respuestas comparables. Al contemplar el efecto de exposición a rituximab (Cp28) se observa una tendencia a mayor RC-6m en pacientes HN para el polimorfismo FCGR2A rs1801274; Son necesarios más estudios para definir la relevancia de FCGR2A y FCGR3A como predictores de respuesta a rituximab en glomerulopatías.

## 156 EVALUACIÓN DE SIBEPRENIMAB PARA PACIENTES CON NEFROPATÍA POR IgA: RESULTADOS DE UN ANÁLISIS PROVISIONAL PREESPECIFICADO DEL ESTUDIO DE FASE 3 VISIONARY

V. PERKOVIĆ<sup>1</sup>, J. BARRATT<sup>2</sup>, R. LAFAYETTE<sup>3</sup>, Y. SUZUKI<sup>4</sup>, K. CARROLL<sup>5</sup>, C. CHEUNG<sup>6</sup>, V. TESAR<sup>7</sup>, H. TRIMARCHI<sup>8</sup>, M. PRAGA<sup>9</sup>, D. RIZK<sup>10</sup>

<sup>1</sup>MEDICINE AND HEALTH AND SCIENTIA, UNIVERSITY OF NEW SOUTH WALES (SYDNEY AUSTRALIA); <sup>2</sup>DEPARTMENT OF CARDIOVASCULAR SCIENCES, UNIVERSITY OF LEICESTER (LEICESTER, UK); <sup>3</sup>DIVISION OF NEPHROLOGY, STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER (STANFORD, CA, USA); <sup>4</sup>DEPARTMENT OF NEPHROLOGY, JUNTENDO UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE (TOKYO, JAPAN); <sup>5</sup>STATISTICIAN, KJC STATISTICS LTD. (HEADLE, UK); <sup>6</sup>LEICESTER GENERAL HOSPITAL, UNIVERSITY OF LEICESTER (LEICESTER, UNITED KINGDOM); <sup>7</sup>DEPARTMENT OF NEPHROLOGY, GENERAL UNIVERSITY HOSPITAL, CHARLES UNIVERSITY (PRAGUE, CZECH REPUBLIC); <sup>8</sup>NEPHROLOGY SERVICE AND KIDNEY TRANSPLANT UNIT, HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (BUENOS AIRES, ARGENTINA); <sup>9</sup>DEPARTMENT OF MEDICINE, COMPLUTENSE UNIVERSITY (MADRID, SPAIN); <sup>10</sup>DIVISION OF NEPHROLOGY, DEPARTMENT OF MEDICINE, HEERSINK SCHOOL OF MEDICINE, UNIVERSITY OF ALABAMA AT BIRMINGHAM (BIRMINGHAM, AL, USA)

**Introducción:** El sibeprenlimab es un anticuerpo selectivo que inhibe APRIL, un factor clave en la patogénesis de la nefropatía por inmunoglobulina A (NlgA). El ensayo VISIONARY de fase 3 en curso evalúa el sibeprenlimab subcutáneo (s.c.) en participantes con NlgA con alto riesgo de progresión de la enfermedad.

**Materiales y métodos:** VISIONARY es un ensayo doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo (NCT05248646) que incluye a adultos fueron aleatorizados 1:1 para recibir sibeprenlimab de 400 mg s.c. o placebo cada 4 semanas durante 26 dosis. El criterio de valoración principal de este análisis provisional preespecificado es el cociente entre proteínas y creatinina en orina de 24 horas (uPCR-24h) a los 9 meses frente al valor basal.

**Resultados:** En 31 países se aleatorizó a 510 participantes; 320 (152 sibeprenlimab, 168 placebo) completaron la evaluación del uPCR-24h a los 9 meses (63 % varones; 59 % asiáticos; mediana de edad = 42 [intervalo, 18-83] años). Transcurridos 9 meses se observó una reducción estadísticamente significativa de la media geométrica del uPCR-24h respecto al valor basal con sibeprenlimab (50,2 % [IC del 95 %: 44,0 % a 55,6 %]) frente a un aumento con placebo (2,1 % [IC del 95 %: 13,8 % a -8,5 %]), lo que dio lugar a una diferencia entre grupos del 51,2 % (IC del 96,5 %: 42,9 % a 58,2 %; p < 0,0001; tabla). El 76,3 % y el 84,5 % de los participantes de los grupos de sibeprenlimab y placebo, respectivamente, presentaron un acontecimiento adverso surgido durante el tratamiento.

**Conclusiones:** En este análisis provisional, se cumplió el criterio de valoración principal del estudio: sibeprenlimab demostró una reducción significativa y sólida de la proteinuria tras 9 meses de tratamiento frente al placebo, con un perfil de seguridad favorable.

Tabla 1.

Criterio de valoración principal	Sibeprenlimab 400 mg s.c. n=152	Placebo n=168
Cociente de la media geométrica de uPCR-24h (IC 95 %)	0,488 (0,444, 0,560)	1,021 (0,915, 1,138)
Porcentaje de reducción correspondiente <sup>1</sup> (IC 95 %)	50,2 % (44,0, 56,8)	-2,1 % (-13,8, 8,5)
Cociente de la media geométrica de uPCR-24h, sibeprenlimab frente a placebo (IC del 96,5 %) <sup>2</sup>	0,488 (0,418, 0,517)	-
Porcentaje de reducción correspondiente, sibeprenlimab frente a placebo <sup>3</sup>	51,2 % (42,9, 58,2)	-

ANCA: análisis de coherencia; IC: intervalo de confianza; uPCR: cociente proteína/creatinina en orina; uPCR-24h: cociente proteína/creatinina en orina de 24 horas.  
<sup>1</sup> uPCR-24h de 24 horas en el mes 9 en comparación con el valor basal se define como:  
 uPCR-24h (mes 9) / uPCR-24h (mes 0)  
<sup>2</sup> uPCR-24h como 1 - media geométrica del uPCR-24h estimada a partir del modelo ANCOVA + 100%  
<sup>3</sup> Correspondiente al nivel de significación a 2 colas de 0,025 para el análisis provisional.  
<sup>4</sup> uPCR-24h como 1 - cociente de la media geométrica del uPCR-24h para sibeprenlimab de 400 mg frente a placebo estimado a partir del modelo ANCOVA + 100 %.

## 157 ANÁLISIS DE COSTE-UTILIDAD DE AVACOPAN PARA EL TRATAMIENTO DE LA VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEÚTRÓFILOS (VAA) EN ESPAÑA

M. MACÍ<sup>1</sup>, M. DÍAZ-ENCARNACIÓN<sup>2</sup>, R. SOLANS-LAQUE<sup>3</sup>, E. POMARES-MALLOL<sup>4</sup>, A. GARCÍA-CASSELLS<sup>5</sup>, A. RAMÍREZ DE ARELLANO<sup>6</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA, HUNS DE CANDELARIA (SC DE TENERIFE ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA, FUNDACIÓN PUIGVERT (BARCELONA, ESPAÑA); <sup>3</sup>MEDICINA INTERNA, H. VALLE DE HEBRÓN (BARCELONA, ESPAÑA); <sup>4</sup>MARKET ACCESS, PHARMALEX (BARCELONA, ESPAÑA); <sup>5</sup>DEP. MEDICO, CSL VIFOR (BARCELONA, ESPAÑA); <sup>6</sup>HEOR, CSL VIFOR (ZURICH, UIZA)

**Introducción:** Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (VAA) son enfermedades autoinmunes raras, con alto impacto sobre la función renal y elevada tasa de mortalidad. El mayor conocimiento en su patogenia ha permitido el empleo de nuevas moléculas con mejores resultados, aunque con un elevado coste. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación coste-utilidad de avacopán en comparación con una pauta de tratamiento basada en dosis altas de glucocorticoides (GC), ambos en combinación con rituximab o ciclofosfamida, en el tratamiento de las VAA activas y graves en España.

**Materiales y métodos:** Se diseñó un modelo de Markov de 9 estados para reflejar la inducción y la remisión sostenida de las VAA a lo largo de toda la vida. Los datos clínicos y los valores de utilidad se obtuvieron principalmente del ensayo ADVOCATE, y los costes (€) se obtuvieron de bases de datos nacionales. Se evaluaron los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y la relación coste-utilidad incremental (RCUI). Se aplicó una tasa de descuento anual del 3%. Se realizaron análisis de sensibilidad para examinar la solidez de los resultados.

**Resultados:** En comparación con los GC, Avacopan presenta una mayor efectividad (6,52 frente a 6,17 AVACs) y en los costes (16.009 €), lo que resultó en una RCUI de 45.638 € por AVAC adicional ganado. Avacopan se asoció con una menor incidencia de enfermedad renal terminal (ERC-5), recaídas y eventos adversos relacionados con la hospitalización. Los análisis de sensibilidad sugirieron que los resultados del modelo eran robustos y que la progresión hacia la ERC-5D era un factor determinante de la RCUI.

**Conclusiones:** Avacopan es una opción de tratamiento de VAA activas y graves que presenta una relación coste-efectividad favorable en comparación con una pauta de tratamiento con dosis altas de GC.

## 158 SALA COMUNICACIONES ORALES: ENFERMEDADES RENALES HEREDITARIAS / GLOMERULOPATÍAS - 17/10/2025 09:06

Eficacia y seguridad de Iptacopán en pacientes con glomerulopatía C3: resultados a 12 meses del estudio de fase 3 APPEAR-C3G

T. CAVERO<sup>1</sup>, RJ. SMITH<sup>2</sup>, D. KAVANAGH<sup>3</sup>, M. VIVARELLI<sup>4</sup>, CM. NESTER<sup>5</sup>, G. REMUZZI<sup>6</sup>, MH. ZHAO<sup>7</sup>, EK. WONG<sup>8</sup>, Y. WANG<sup>9</sup>, AS. BOMBACK<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA, HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA, THE UNIVERSITY OF IOWA ROY J AND LUCILLE A CARVER COLLEGE OF MEDICINE (IOWA, ESTADOS UNIDOS); <sup>3</sup>NEFROLOGÍA, NEWCASTLE UNIVERSITY (NEWCASTLE UPON TYNE, REINO UNIDO); <sup>4</sup>NEFROLOGÍA, OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU (ROMA, ITALIA); <sup>5</sup>NEFROLOGÍA, THE UNIVERSITY OF IOWA STEAD FAMILY CHILDREN'S HOSPITAL (IOWA, ESTADOS UNIDOS); <sup>6</sup>NEFROLOGÍA, IRCCS ISTITUTO DI RICERCA FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI CENTRO ANNA MARIA ASTORI (BERGAMO, ITALIA); <sup>7</sup>NEFROLOGÍA, PEKING UNION MEDICAL COLLEGE HOSPITAL (BEIJING, CHINA); <sup>8</sup>NOVARTIS PHARMACEUTICALS CORPORATION (EAST HANOVER, NUEVA JERSEY, ESTADOS UNIDOS); <sup>9</sup>NEFROLOGÍA, COLUMBIA UNIVERSITY VAGelos COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS (NUEVA YORK, ESTADOS UNIDOS)

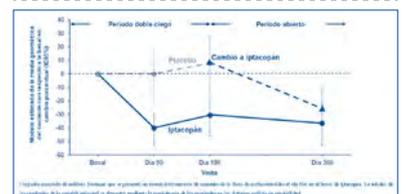
**Introducción:** El estudio de Fase 3 APPEAR-C3G evaluó la eficacia, seguridad y tolerabilidad de iptacopán vs placebo en pacientes con glomerulopatía C3 (GC3).

**Materiales y métodos:** APPEAR-C3G (NCT04817618), un estudio pivotal de Fase 3, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, incluyó pacientes adultos con GC3 confirmada por biopsia. Comprendió un periodo de tratamiento de 6 meses (M) aleatorizado, doble ciego, con iptacopán 200mg dos veces al día vs placebo, seguido de 6M de tratamiento abierto con iptacopán.

**Resultados:** 74 pacientes fueron aleatorizados 1:1 a iptacopán (n=38) o placebo (n=36). En general, los datos demográficos basales de los pacientes estaban equilibrados; el brazo de iptacopán presentaba un fenotipo de enfermedad más grave. 43 (58,1%) pacientes con iptacopán (n=22) y placebo (n=21) completaron 12M de tratamiento en el punto de corte de datos (cuando todos los pacientes completaron 6M de tratamiento). El estudio cumplió con su objetivo principal, demostrando una reducción estadísticamente significativa en la UPCR de 24 horas con iptacopán a 6M (35,1%, p unilateral=0,0014; IC95%: 13,8%-51,1%) vs placebo, sostenida hasta los 12M (Figura). Iptacopán mostró una mejora sostenida en los pacientes que alcanzaron la variable renal compuesta (reducción ≥50% de UPCR + reducción ≤15% del TFGe a 12M), 43,5% (iptacopán vs placebo) y 25,0% (cambio a iptacopán). Iptacopán mejoró la trayectoria del TFGe comparado con el declive histórico del TFGe de estos pacientes. Iptacopán demostró un perfil de seguridad favorable, sin nuevas alertas de seguridad identificadas.

**Conclusiones:** En el estudio APPEAR-C3G, iptacopán demostró una reducción clínicamente significativa de la proteinuria junto con el tratamiento de soporte a 6M; esta reducción se mantuvo hasta los 12M. Iptacopán fue bien tolerado, con un perfil de seguridad favorable en pacientes con GC3.

Figura 1. Reducción de la proteinuria (UPCR de 24 horas) sostenida hasta los 12 meses.



# Resúmenes

## Glomerulopatías e inmunopatología

### 159 ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL DEL USO DE BELIMUMAB EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

A. HUERTA<sup>1</sup>, L. QUINTANA<sup>2</sup>, A. MARTIN<sup>3</sup>, C. RABASCO<sup>4</sup>, JA. RODRIGUEZ<sup>5</sup>, C. RODRIGUEZ<sup>6</sup>, FJ. BORRERO<sup>7</sup>, A. TEMPRADO<sup>8</sup>, V. LOPES<sup>9</sup>, E. MORALES<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (MADRID/ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA); <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. PONIENTE (ALMERÍA/ESPAÑA); <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. INFANTA SOFÍA (CÓRDOBA/ESPAÑA); <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. DE BADAJOZ (BADAJOZ/ESPAÑA); <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA); <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. DE JAÉN (JAÉN/ESPAÑA); <sup>8</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA/ESPAÑA); <sup>9</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA); <sup>10</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

y resto de participantes del Grupo de Trabajo GLOSEN

**Introducción:** La nefritis lúpica (NL) es lamentablemente una complicación frecuente y grave de los pacientes con LES, que ensombrece su pronóstico. Belimumab ha sido aprobado en los últimos años para el tratamiento de pacientes con NL. Pero aún existe poca evidencia en vida real de su eficacia y seguridad.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico español de pacientes tratados con Belimumab con NL III, IV V o podocitopatía, demostrada histológicamente y con un seguimiento ≥ 6 meses.

**Resultados:** Incluimos 202 pacientes. El 88% eran mujeres, de edad media 37 años. El 69% eran caucásicos, 22% hispanos, 4% africanos y 4% asiáticos. El 80% eran NL proliferativas (III o IV), 10% tipo V, 9% "mixtas" y 1% podocitopatías. El índice de actividad era 7.1 (SD 4.6) y el de cronicidad 1.9 (SD 2.5). El tiempo de seguimiento fue de 1.1 años [0.6- 2.2]. Encontramos mejoría significativa de la proteinuria, del sedimento y de parámetros serológicos tras el inicio del tratamiento con Belimumab (Tabla). El índice SLEDAI-2K también mejoró significativamente, de 14.5 (9.0) puntos al inicio del tratamiento a 3.9 (6.2) puntos al final del seguimiento (p <0.001). Por otra parte, se evidenció una disminución de la dosis de corticosteroides tras la introducción de Belimumab. En el subestudio de la cohorte que cumplían los criterios de inclusión de los estudios BLISS-LN y BerLISS-LN, encontramos resultados similares a los suyos para los objetivos de respuesta renal principal y respuesta renal completa. Belimumab fue bien tolerado, describiéndose sólo en el 8.9% de la cohorte efectos adversos, suponiendo sólo en el 3% la suspensión definitiva.

**Conclusión:** En nuestra cohorte española de pacientes con NL tratados con Belimumab en vida real comprobamos la eficacia y seguridad de este fármaco, siendo nuestros resultados similares a lo descrito en los estudios BLISS-LN y BerLISS-LN.

Tabla 1. Evolución tras el tratamiento con Belimumab.

	Basal (n=202)	12m (n=189)	24m (n=159)
Creatinina sérica (mg/dl)	0.9 (0.72)	0.85 (0.3)	0.84 (0.35)
FGa (mg/min/1.73m <sup>2</sup> )	96.8 (30.4)	95.6 (27.3)	98.4 (29.0)
Albumina sérica (g/dl)	3.76 (0.61)	4.02 (0.54)*	4.22 (0.37)*
Proteinuria (g/día o g/d)	1.25 (1.81)	0.46 (0.6)*	0.68 (1.76)*
Hematuria (RBC)	5 (0-20)	1 (0-5)*	0 (0-5)*
AntiDNAds	170.55 (340.57)	86.05 (127.49)*	113.51 (191.85)*
CR (mg/dl)	82.43 (32.37)	94.79 (27.27)*	92.33 (21.52)*
CA (mg/dl)	15.13 (9.24)	20.28 (9.12)*	20.78 (8.47)*
VSG (mm/h)	36.2 (38.55)	20.05 (21.09)*	14.38 (17)*

\*p<0.001 \*\*p<0.05

### 160 EL OBINUTUZUMAB HA DEMOSTRADO UN BENEFICIO CONSTANTE EN NUMEROSAS DEFINICIONES DE LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN PRINCIPALES UTILIZANDO LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO REGENCY EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA ACTIVA

DR. XABIER FULLADOSA EN REPRESENTACIÓN DE LOS AUTORES ORIGINALES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO NEFROLOGÍA. HOSP. UNIVERSITARIO BELLVITGE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT, ESPAÑA)

**Antecedentes:** NL es la manifestación del LES más frecuente, grave y amenazante para los órganos. La mejora o estabilización de función renal y proteinuria son objetivos clave en práctica clínica, incluyéndose en criterios de valoración compuestos de respuesta completa en estudios clínicos recientes. No existe una definición estandarizada de respuesta completa, utilizándose diferentes subgrupos de función renal y cut-offs para cada componente de la respuesta completa. El estudio FIII REGENCY (NCT04221477) demostró superioridad de obinutuzumab sobre placebo en consecución de RRC en semana 76 añadiéndose al tratamiento estándar en pacientes con NL activa.

**Objetivos:** Evaluar efecto del obinutuzumab más tratamiento estándar (MMF+glucocorticoides) frente placebo y tratamiento estándar según definiciones de respuesta renal utilizadas en estudios recientes.

**Métodos:** Se utilizaron criterios de valoración principales de respuesta renal y otros preespecificados de REGENCY, principales o secundarios de BLISS-LN y AURORA-1, utilizando los datos de REGENCY en semana 76. Las medidas de criterios de valoración se definieron según Tabla 1. Análisis realizados en población ITT. Se compararon proporciones de pacientes que lograron RRC en los dos grupos usando la prueba Cochran-Mantel-Haenszel con región y raza como factores de estratificación con imputación múltiple para datos faltantes. Los pacientes cumplieron criterios ACR para LES y tenían NL activa comprobada mediante biopsia.

**Resultados:** En grupos obinutuzumab (n=135) más tratamiento estándar y placebo más tratamiento estándar (n=136) 46,4% y 33,1% de pacientes alcanzaron RRC en semana 76 (diferencia ajustada 13,4%, IC95%, 2,0-24,8%; P=0,0232). Las proporciones de pacientes en semana 76 que lograron i) PERR en BLISS-LN modificada fueron 51,8% y 39,7% (diferencia ajustada 12,1%, IC95%, 0,5-23,8%; P=0,0432); ii) RRC en BLISS-LN modificada 48,7% y 33,1% (diferencia ajustada 15,7%, IC95%, 4,3-27,2%; P=0,0084); iii) RRC en AURORA-1 modificada 48,7% y 33,8% (diferencia ajustada 15,0%, IC95%, 3,66-26,5%; P=0,0117). Se analizaron definiciones adicionales RRC de REGENCY modificada resumiéndose en Tabla 2.

**Conclusiones:** Obinutuzumab más tratamiento estándar fue significativamente superior al placebo más tratamiento estándar según diferentes definiciones de respuesta renal en semana 76. Se observó beneficio uniforme, independientemente de composición de mediciones de resultados y de rigurosidad de umbrales de resultados individuales. Aunque comparar ensayos es difícil, parece mantenerse un sólido beneficio terapéutico del obinutuzumab más tratamiento estándar al aplicar definiciones de criterios de valoración primarios y secundarios modificadas de BLISS-LN y AURORA-1. El tamaño del efecto beneficioso del obinutuzumab sobre placebo en semana 76 fue consistente (13%- 16%) usando las diferentes definiciones. ENCORE EULAR 2025. \*Listado autores en imagen.

Ver tablas

### 161 BAJA TASA DE REACCIONES RELACIONADAS CON LA INFUSIÓN Y ALTO CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON OBINUTUZUMAB EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA ACTIVA: ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS NOBILITY Y REGENCY

DR. LUIS F. QUINTANA EN REPRESENTACIÓN DE LOS AUTORES ORIGINALES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO NEFROLOGÍA. HOSP. CLINIC (BARCELONA, ESPAÑA)

**Antecedentes y objetivos:** NOBILITY (NCT02550652) y REGENCY (NCT04221477) aleatorizados o controlados con placebo demostraron superioridad de obinutuzumab+tratamiento estándar frente placebo+tratamiento estándar en RRC en NL activa, manteniendo un perfil de seguridad aceptable. Las RRI son un riesgo conocido de obinutuzumab en indicaciones hemato-oncológicas aprobadas (Tabla 1). Aquí, se caracteriza el perfil de RRI del obinutuzumab en participantes de NOBILITY y REGENCY.

**Métodos:** NOBILITY y REGENCY aleatorizaron 1:1 adultos con NL activa comprobada mediante biopsia para recibir placebo u obinutuzumab más tratamiento estándar (MMF+glucocorticoides). Cumpliendo criterios ACN para LES y presentando NL proliferativa. Para reducir riesgo de RRI, recibieron premedicación: metilprednisolona(80mg i.v.), paracetamol oral(650-1000mg) y antihistamínico oral o i.v.

**Definición RRI:** acontecimientos adversos durante o después de 24 horas tras infusión de obinutuzumab o placebo y relacionados con RRI por investigadores. RRI sistémicas se consideraron eventos adversos de interés especial (EAIE). NOBILITY aleatorizó 1:1 placebo o obinutuzumab(1000mg: día1, semanas 2,24,26)+tratamiento estándar. REGENCY aleatorizó 1:1 placebo o obinutuzumab(1000mg: día1, semanas 2,24,26,±50,52)+tratamiento estándar. En NOBILITY, el outcome primario en semana 52 con seguimiento hasta semana 104; en REGENCY, el outcome primario en semana 76. Para evaluar seguridad, se agruparon los datos de RRI de NOBILITY y REGENCY hasta semana 76.

**Resultados:** 200pacientes recibieron obinutuzumab(944 infusiones). EAIE de RRI fueron numéricamente mayores en obinutuzumab(30pacientes[15,0%]) vs placebo(21pacientes[10,9%])(Tabla 2). Mayoritariamente las RRI fueron leves-moderadas(Grado1-2), controlándose, ralentizando/deteniendo temporalmente la infusión. Ocurrieron principalmente en 1ª infusión en ambos grupos, disminuyendo en posteriores(Tabla 2). RRI Grado3-4(n=4) ocurrieron durante/después de 1ª o 2ª infusión (Tabla 1). Las interrupciones temporales fueron más frecuentes con obinutuzumab(13pacientes[6,5%]) vs placebo(2pacientes[1,0%]). Un paciente con obinutuzumab interrumpió tratamiento por RRI grave(Grado 4) relacionada con dificultad respiratoria, resolviéndose en ≈1 hora sin intervención notificada. Resto RRI en ambos grupos no fueron graves.

**Conclusiones:** Aunque incidencia RRI fue mayor en obinutuzumab vs placebo, el riesgo global fue bajo y también se produjeron en placebo. Mayoritariamente fueron leves-moderadas, controlándose, ralentizando/deteniendo temporalmente la infusión. Se produjeron principalmente en 1ª infusión en ambos grupos. 1 paciente de obinutuzumab tuvo una RRI que provocó interrumpir el tratamiento permanentemente. La tasa de RRI y RRI de alto grado asociadas al obinutuzumab en pacientes con NL activa fue considerablemente menor que la observada previamente con neoplasias hematológicas malignas. Esto sugiere que las infusiones se relacionaron con inactivación celular en lugar de inmunogenicidad. Los pacientes con NL tuvieron menor cantidad de células diana CD20-positivas. Estos datos, junto con el perfil de seguridad aceptable del obinutuzumab, respaldan un posible mayor cumplimiento terapéutico en pacientes con NL. ENCORE ERA 2025. \*Listado autores en imagen.

Ver tablas

### 162 EFECTOS DEL FGF23 SOBRE LA INFLAMACIÓN EN RIÑÓN Y PÁNCREAS EN UN MODELO MURINO DE OBESIDAD INDUCIDA POR DIETA

A. GONZÁLEZ-LUIS<sup>1</sup>, JD. CARLOS-MONZÓN<sup>1</sup>, A. MARTÍN-OLIVERA<sup>1</sup>, A. PINTO-TOPHAM<sup>1</sup>, I. RODRÍGUEZ-DOMÍNGUEZ<sup>2</sup>, P. RUIZ-PÉREZ<sup>3</sup>, C. HERNÁNDEZ-CARBALLO<sup>3</sup>, C. MORA-FERNÁNDEZ<sup>3</sup>, JF. NAVARRO-GONZÁLEZ<sup>3</sup>, J. DONATE-CORREA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE / ESPAÑA); <sup>2</sup>MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE / ESPAÑA); <sup>3</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE / ESPAÑA)

**Introducción:** Tanto la obesidad como el incremento de los niveles del factor de crecimiento fibroblástico 23 (FGF23) se asocian con inflamación sistémica de bajo grado, actuando en distintos órganos diana como riñón e hígado. Estudios recientes sugieren que la intensidad de este efecto puede presentar diferencias por sexo y depender de variaciones en los niveles del receptor Klotho (Kl). Hemos evaluado la inflamación tisular en riñones y páncreas de ratones obesos de ambos sexos tratados con FGF23 recombinante, al mismo tiempo que cuantificamos los niveles de Kl en ambos tejidos.

**Material y métodos:** Utilizamos 54 ratones C57BL/6 juveniles, alimentados durante 12 semanas con dieta grasa o estándar. En la semana 14, inyectamos vía intraperitoneal FGF23 recombinante o PBS (control) durante 10 días (70ng/g/2días). Tras el sacrificio, recuperamos riñones y páncreas para determinar la expresión génica de marcadores de infiltración linfocitaria (Cd80, Mrc1 [CD206] y Cd163), de las citoquinas Il6 y Tnfa, del marcador de fibrosis Tgfb1 y del receptor Kl. En el páncreas, se determinaron además los niveles de expresión y la inmunorreactividad de proteínas clave en la funcionalidad de la célula β (MafA, Pdx1 y NeuroD1).

**Resultados:** El tratamiento con el FGF23 en ratones obesos provocó un aumento significativo de la expresión génica de los marcadores inmunológicos Cd80 (macrófago M1) (p<0,01), Cd163 (M2) (p<0,05) y de la citoquina Il6 (p<0,0001). Este efecto se observó en ambos tejidos analizados y sexos. Sin embargo, al analizar el efecto sobre la expresión de Tnfa y Tgfb1, solo se observan incrementos significativos en el grupo de las hembras obesas, y exclusivamente en páncreas para el caso de Tnfa (p<0,05, para ambos). El tratamiento también alteró la expresión de los factores MafA, Pdx1 y NeuroD1 en el páncreas, con reducciones significativas en varios de los grupos junto con una menor inmunorreactividad para la insulina en hembras (p<0,001). Las hembras, tanto obesas como delgadas, mostraron una menor expresión de Kl en ambos tejidos (p<0,001). Además, sus niveles disminuyeron aún más al ser tratadas con el FGF23 (p<0,01).

**Conclusiones:** La combinación de FGF23 y dieta grasa induce una mayor respuesta inflamatoria en hembras, posiblemente vinculada a una menor expresión de Kl y a una mayor activación de marcadores proinflamatorios. En el tejido renal, estos cambios podrían reflejar el inicio de procesos fibróticos, mientras que en el páncreas se observa una alteración en la funcionalidad de la célula β.

**163 OPTIMIZACIÓN DEL AKRIS CON MARCADORES SÉRICOS: INCORPORACIÓN DEL C3 BASAL EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO RENAL**R. MARTINEZ GALINDO<sup>1</sup>, D. ROLDÁN<sup>2</sup>, M. PUJOL PUJOL<sup>3</sup>, A. RODRIGUEZ MORENO<sup>4</sup>, M. MALDONADO MARTÍN<sup>5</sup>, A. KONSTANTOULI<sup>6</sup>, J. VIAN<sup>7</sup>, F. HADAD<sup>8</sup>, G. FERNÁNDEZ JUÁREZ<sup>9</sup>, A. SHABAKA<sup>10</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (MADRID), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE ARRIXACA (MURCIA)**Introducción:** ANCA Kidney Risk Score (AKRIS) es una reciente herramienta para predecir resultados renales en pacientes con vasculitis asociada a ANCA (VAA). Varios estudios indican la importancia de la vía alternativa del complemento en su fisiopatología y los niveles bajos de C3 sérico al diagnóstico están relacionados con peor supervivencia renal y general. Este estudio busca validar AKRIS en una población española y evaluar la incorporación de los niveles de C3 al modelo predictivo.**Material y métodos:** Se incluyeron 169 pacientes con diagnóstico histológico de VAA y niveles séricos de C3 al diagnóstico. Los pacientes se clasificaron según AKRIS en grupos de riesgo bajo, moderado, alto y muy alto. Los niveles de C3 se clasificaron como bajos (< 90 mg/dl), normales (90-140 mg/dl) o altos (>140 mg/dl). Se realizaron análisis de regresión logística para evaluar el riesgo de enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en cada grupo, y análisis de regresión de Cox para evaluar el impacto del C3 al diagnóstico en el riesgo de ERCT. La discriminación del AKRIS se realizó calculando el área bajo la curva ROC, y la calibración mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow y la puntuación de Brier.**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 66±15 años, y el 83,4% tenían VAA-MPO. Se clasificaron según AKRIS en riesgo bajo (28,7%), moderado (42,5%), alto (15,5%) y muy alto (6,6%), desarrollando ERCT a los 36 meses el 7,7%, 18,2%, 42,9% y 75%, respectivamente. AKRIS mostró mayor capacidad predictiva que su predecesora ARRS [AUC:0,75 vs 0,71, p=0,03].

Veinte pacientes presentaron niveles bajos de C3, encontrando una correlación inversa entre C3 basal y AKRIS (r=-0,32, p&lt;0,001). Los pacientes con C3 disminuida presentaron menor remisión completa a los 12 meses (30% vs 50% y 57%, p=0,01) y mayor progresión a ERCT a los 36 meses (45% vs 22,5% y 12,2%, p=0,006) que los pacientes con C3 normal o alto.

El C3 basal bajo fue un factor de riesgo independiente para desarrollar ERCT a los 36 meses [HR=3,30 (1,26-8,63)]. Estos niveles se incorporaron al AKRIS (&lt; 90 mg/dl=2 puntos, ≥90 mg/dl=0 puntos). Los pacientes se clasificaron en cuatro grupos de riesgo: bajo (0-5 puntos), moderado (6-12 puntos), alto (13-20 puntos) y muy alto (&gt;20 puntos). Esta puntuación mostró mejor capacidad discriminativa que AKRIS [AUC:0,77 vs 0,75, p=0,04], con una excelente calibración (Hosmer-Lemeshow test: p&gt;0,05 y Brier score &lt;0,20).

**Conclusión:** AKRIS es una herramienta eficaz para predecir la supervivencia renal en pacientes con VAA. La integración de los niveles séricos de C3 al modelo mejora su capacidad predictiva, ofreciendo un enfoque más preciso para estratificar el riesgo en esta población.**164 UTILIDAD DEL COMPLEMENTO COMO BIOMARCADOR DE LA EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN LAS VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA**EG. ELENA GUILLÉN-OLMOS<sup>1</sup>, JO. JÚLIA OLLÉ<sup>2</sup>, MI. MARÍA IRAOLA<sup>3</sup>, AR. ÁLEX RAMOS<sup>4</sup>, MC. M. CINTA CID<sup>5</sup>, GE. GEORGINA ESPÍGOL<sup>6</sup>, SP. SERGIO PRIETO<sup>7</sup>, JH. JOSÉ HERNÁNDEZ<sup>8</sup>, MP. MARTA PALOMO<sup>9</sup>, MB. MIQUEL BLASCO<sup>10</sup><sup>1</sup>SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL, CENTRO DE REFERENCIA EN ENFERMEDAD GLOMERULAR COMPLEJA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (CSUR), HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA - UNIVERSITAT DE BARCELONA, INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS) (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>2</sup>LABORATORIO DE HEMOSTASIA Y ERITROPATOLOGÍA, HEMATOPATOLOGÍA, DEPARTAMENT DE ANATOMIA PATOLÒGICA, CENTRE DE DIAGNÒSTIC BIOMÈDIC (CDB), HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA-UNIVERSITAT DE BARCELONA, INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS) (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>3</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN VASCULITIS, SERVICIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA-UNIVERSITAT DE BARCELONA, INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS) (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>4</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN VASCULITIS, SERVICIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA-UNIVERSITAT DE BARCELONA, INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS) (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>5</sup>LABORATORIO DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD EN HEMATOLOGÍA, CENTRE DE DIAGNÒSTIC BIOMÈDIC (CDB), BARCELONA ENDOTHELIUM TEAM, HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA, INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS) (BARCELONA/ESPAÑA)**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**

Grupo Colaborador en el Proyecto premiado con la Ayuda a la Investigación en Nefrología 2020 de la S.E.N.

**Introducción:** La implicación de la vía alternativa del complemento en la patogénesis de las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) está ampliamente demostrada. No obstante, su utilidad como biomarcador diagnóstico y/o pronóstico es limitada. El objetivo de este estudio fue evaluar el papel del complemento como biomarcador en esta entidad.**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico en pacientes con VAA, con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se incluyeron controles pareados por edad y sexo. Se obtuvieron muestras de sangre al diagnóstico (VAA-t1) y en remisión clínica (VAA-t2). Mediante ELISA multiplex, se midieron niveles séricos de ocho factores del complemento. Además, se evaluó su activación in vitro mediante inmunofluorescencia, midiendo el depósito de C5b-9 (dC5b-9) sobre células endoteliales expuestas al plasma de los participantes, que se expresó como el incremento del área cubierta respecto a control (media+DE), considerando significativo un valor >2.**Resultados:** Se incluyeron 65 pacientes (varones 38,5%, 66±16 años), principalmente VAA-MPO (78%), y 30 controles. Los niveles de sBa, sBb, sC3a, sC4a, sC5a y sC5b-9 fueron significativamente más elevados en VAA-t1 que en VAA-t2. En VAA-t2, sBa, sBb y sC4a se mantuvieron elevados respecto a controles. dC5b-9 también mostró diferencias significativas entre VAA-t1 y VAA-t2, normalizándose en VAA-t2 (Figura 1 - A). Niveles elevados de sBa en VAA-t1 se asociaron significativamente con una peor función renal (Cr>2,7mg/dL) al diagnóstico y con un mayor grado de inflamación (AKRIS>4) en la biopsia renal. Además, niveles elevados de sBa, sBb, sC4a y sC5b-9 en VAA-t1 se relacionaron con peor pronóstico al finalizar el seguimiento, evaluado mediante un "outcome" compuesto (ANCAs detectables en VAA-t2, entrada en diálisis y mortalidad) (Figura 1-B). El valor predictivo positivo de dC5b-9 para el mismo fue del 77%.**Conclusiones:** La monitorización del complemento en las VAA podría ser una herramienta útil para evaluar la actividad y el pronóstico de los pacientes, permitiendo identificar aquellos que podrían beneficiarse de terapias dirigidas contra el mismo. Ver figuras**165 ENSAYO FASE 3, ALEATORIZADO, MULTICÉNTRICO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO DE PEGCETACOPLÁN PARA PACIENTES CON GC3 O GNMP-IC PRIMARIA EN RIÑÓN NATIVO O RECURRENCIA EN POST-TRASPLANTE**T. CAVERO ESCRIBANO<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA)**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**

En representación de los investigadores del estudio VALIANT

**Introducción:** La glomerulopatía C3 (GC3) y la glomerulonefritis membranoproliferativa primaria mediada por inmunocomplejos (GNMP-IC) son enfermedades mediadas por una desregulación de C3 que provoca una acumulación de sus efectores en el riñón. Pegcetacoplán (PEG), inhibidor de C3/C3b, bloquea esta sobreactivación y previene el depósito y activación de los fragmentos de C3 a nivel glomerular. VALIANT (NCT05067127) es el primer ensayo fase 3 que investiga PEG en una amplia cohorte, incluyendo adolescentes (≥12 años) y adultos con ambas patologías.**Material y método:** VALIANT, ensayo aleatorizado, multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo que evaluó eficacia y seguridad de PEG. Se aleatorizaron 124 pacientes a PEG (n=63) o placebo (n=61) durante 26 semanas en el periodo de aleatorización controlada (RCP). Posteriormente todos los pacientes recibieron PEG en un periodo abierto de 26 semanas (OLP). El objetivo primario fue evaluar la reducción de proteinuria vs placebo, expresada como transformación logarítmica del índice proteína/creatinina en orina (UPCR) en la semana 26 vs basal. Los principales objetivos secundarios fueron: proporción pacientes que alcanzaron criterio renal compuesto (≥50% reducción UPCR y ≤15% reducción del filtrado glomerular (FG)), proporción pacientes con ≥50% de reducción UPCR, reducción de los depósitos de C3c en biopsia renal y cambio en FG. La seguridad se evaluó mediante frecuencia y gravedad de eventos adversos emergentes del tratamiento (TEAEs).**Resultados:** Se alcanzó el objetivo primario en la semana 26: reducción media de UPCR del 68,1% (95% IC: -76,2, -57,3) del brazo de PEG vs placebo (p<0,0001). Los resultados fueron consistentes en los diferentes subgrupos de enfermedad, edad y estado de trasplante. PEG mostró una reducción significativa en el depósito de C3 (71,4% de pacientes sin depósito de C3) y una estabilización clínicamente significativa en FG (diferencia 6,3 PEG vs placebo; p nominal <0,03). La frecuencia y gravedad de los TEAEs fue similar en ambos brazos. Ninguna de las 4 infecciones graves (3 PEG; 1 placebo) se atribuyó a bacterias encapsuladas. Se presentarán los resultados del OLP de VALIANT a 12 meses que respaldan la eficacia y seguridad observadas durante el RCP.**Conclusión:** PEG es el primer tratamiento que alcanza reducciones significativas y clínicamente relevantes en proteinuria, detiene el depósito de C3 y estabiliza la FG en pacientes ≥12 años con GC3 o GNMP-IC. PEG fue bien tolerado sin detectarse alertas de seguridad.**166 ANÁLISIS DE EXPRESIÓN GÉNICA EN LA NEFRITIS LÚPICA PROLIFERATIVA: IDENTIFICANDO EL MAPA DE LA PROGRESIÓN A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**A. GARCÍA-HERRERA<sup>1</sup>, A. MONTALBÁN<sup>2</sup>, M. FERREIRA<sup>3</sup>, M. XIPELL<sup>4</sup>, L. MARIMON<sup>5</sup>, E. BARNADAS<sup>6</sup>, AB. LARQUE<sup>7</sup>, R. CERVERA<sup>8</sup>, G. ESPINOSA<sup>9</sup>, LF. QUINTANA<sup>10</sup><sup>1</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA, ESPAÑA), <sup>2</sup>CORE BIOLOGIA MOLECULAR. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA, ESPAÑA), <sup>3</sup>MEDICINA INTERNA. HOSPITAL LUSIADAS (LISBOA, PORTUGAL), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA, ESPAÑA), <sup>5</sup>ENFERMEDADES AUTOINMUNES. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA, ESPAÑA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA, ESPAÑA)**Introducción:** El objetivo de este estudio fue analizar la expresión génica en biopsias renales de pacientes con nefritis lúpica (NL) proliferativa, utilizando un panel transcriptómico, con énfasis en la evaluación de la calidad de las muestras y la identificación de genes diferencialmente expresados asociados a la progresión de la enfermedad renal crónica.**Materiales y métodos:** Se incluyeron 24 muestras correspondientes a 21 biopsias de nueve pacientes con NL clase III y IV (biopsias de inicio (activo), recaída (activo) y control post tratamiento (inactivo), además de tres muestras control. Todas las muestras fueron biopsias renales fijadas en formol y procesadas en parafina (FFPP). El análisis se realizó con el HTG Transcriptome Panel, que permitió evaluar de manera simultánea 19,398 genes, sin necesidad de extracción previa del ARN. Para garantizar la fiabilidad de los resultados, se aplicaron rigurosos controles de calidad, incluyendo sondas negativas y positivas, controles de ADN genómico y ERCC, evaluando integridad del ARN, profundidad de lectura, ruido de fondo y ausencia de contaminación por ADN.**Resultados:** Doce muestras superaron los criterios de calidad, limitando el análisis a un subconjunto de datos de alta fiabilidad. El análisis de expresión diferencial se realizó en tres etapas, ajustando los umbrales de calidad en subconjuntos de cinco, ocho y doce muestras. En el análisis más estricto (n=5), se identificaron genes diferencialmente expresados entre los estados activo e inactivo de la enfermedad, destacando la expresión incrementada de NCF4 (factor citosólico de neutrófilo 4) y la disminución de PCK1, una enzima esencial para la gluconeogénesis y la homeostasis energética tubular renal, cuya reducción se asocia a peor función renal y alteraciones metabólicas.

Además, se identificaron otros genes relevantes como MAP4K1 y SERPINA3, implicados la respuesta inflamatoria y la progresión de la fibrosis. En el análisis ampliado (n=8 y 12), sobresalieron genes inmunológicos como HLA-DRB1, NR4A3, factor de transcripción de respuesta temprana con funciones clave en la regulación de la inflamación, el metabolismo y la supervivencia celular en el riñón y CCL15.

**Conclusiones:** El control de calidad resulta fundamental en estudios transcriptómicos con muestras FFPP porque, aunque limita la cantidad de datos aprovechables, permite identificar genes con potencial relevancia en la progresión y actividad de la nefropatía lúpica proliferativa. Los hallazgos resaltan la implicación de rutas metabólicas y de respuesta inmune, abriendo la puerta a estudios funcionales y validaciones adicionales para confirmar el papel de estos genes como biomarcadores de la enfermedad renal crónica en la NL.

## Glomerulopatías e inmunopatología

## 167 REGISTRO MULTICÉNTRICO DE VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA (GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS, GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS Y POLIANGEÍTIS MICROSCÓPICA): RESER/NVAN

M. MACIÁ<sup>1</sup>, M. DOMÍNGUEZ<sup>2</sup>, G. FERNÁNDEZ JUAREZAA<sup>3</sup>, I. RUA-FIGUEROA<sup>4</sup>, B. VENTOSA<sup>5</sup>, M. BLASCO<sup>6</sup>, A. FERNÁNDEZ-NEBRO<sup>7</sup>, D. LUIS RODRIGUEZ<sup>8</sup>, J. NARVAEZ<sup>9</sup>, S. ROMERO-YUSTE<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUNS DE CANDELARIA (SC DE TENERIFE ESPAÑA), <sup>2</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (MADRID, ESPAÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HU LA PAZ (MADRID, ESPAÑA), <sup>4</sup>REUMATOLOGÍA. HU DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN. (LAS PALMAS DE GC, ESPAÑA), <sup>5</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (MADRID, ESPAÑA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. H CLINIC (BARCELONA, ESPAÑA), <sup>7</sup>REUMATOLOGÍA. HRU DE MÁLAGA (MÁLAGA, ESPAÑA), <sup>8</sup>REUMATOLOGÍA. H DE BELLVITGE (BARCELONA, ESPAÑA), <sup>9</sup>REUMATOLOGÍA. HU DE PONTEVEDRA (PONTEVEDRA, ESPAÑA)

Proyecto de las Sociedades Española de Nefrología y Reumatología, cuyo objetivo principal es estimar la incidencia de vasculitis asociadas a ANCA (VAA) en España.

Estudio observacional longitudinal retrospectivo (revisión de historias clínicas de pacientes de Reumatología, Nefrología, Neumología, Otorrinolaringología y Medicina Interna). ≥18 años, diagnosticados "de novo" de VAA (incidentes), desde 1/01/2015 hasta 31/03/2021. Variables analizadas: sociodemográficas, antropométricas, hábitos de vida, comorbilidades, fármacos e infecciones (mes previo a la VAA), enfermedad pulmonar intersticial y variables de VAA. Recogida de datos: al diagnóstico, 2, 6 meses, 1, 2 y 5 años.

Se incluyeron 887 pacientes 32 centros. 47 no cumplieron criterios de selección, quedando 840. 53.7% mujeres, mediana de edad al diagnóstico 66 años (55-75). Mediana de tiempo entre inicio de síntomas y diagnóstico 57 días (19-145). El 84% cumplían criterios ACR/EULAR 2022. Tipos: PMA (51.0%), GPA (26.8%) y EGPA (13.7%). Patrón p-ANCA fue el más frecuente 55.5% y 64.4% anti-MPO. Se realizó biopsia a 79.7%, mayoría al diagnóstico, renal 47.4% con mediana TFGe 33 ml/m. 5.6% hubo sospecha de fármaco o tóxico desencadenante de VAA, infecciones previas 13,3% y 26.7% SARS-CoV-2. Manifestaciones al diagnóstico: renales (70.3%), pulmonares (48.7%) y pérdida de peso (40.7%). 81.2% tenía comorbilidades (HTA, asma/EPOC). Incidencia acumulada 70.3 casos pmp (IC95%: 65.1 - 75.6). Incidencia media anual 11.3 (IC95%: 10.4 - 12.1). No hubo diferencias en incidencia anual por año de diagnóstico. Por edad, fue mayor en 75-90 años: 181.27 casos pmp (IC95%: 155.1 - 208.5) y por género mayor en mujeres 12 casos pmp (IC95%: 10.8 - 13.2). PAM la más frecuente, incidencia media anual 5.7 (IC95%: 5.2 - 6.3), GPA 3.0 (IC95%: 2.6 - 3.5) y EGPA 1.6 casos pmp (IC95%: 1.3 - 1.9).

El proyecto RESER/NVAN constituye una de las cohortes de pacientes con VAA más grandes de España. Primer estudio descriptivo nacional con datos de 840 pacientes en 32 centros distribuidos por toda la geografía. Al ser retrospectivo y ser una enfermedad rara, se podría infraestimar su incidencia. Para evitarlo se seleccionaron centros con acceso a registros o bases de datos centrales. Además, son patologías de diagnóstico y seguimiento hospitalario, lo que reduce la probabilidad de perder pacientes de centros privados o de otras áreas. Este estudio permitirá obtener información actualizada y representativa de todo el país y generar mayor conocimiento de la clínica, evolución y manejo de las VAA.

## 168 PATRONES HISTOLÓGICOS, FACTORES PRONÓSTICOS E IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN LA SARCOIDOSIS RENAL: HALLAZGOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

M. MALDONADO-MARTÍN<sup>1</sup>, A. SHABAKA<sup>1</sup>, M. SORIANO<sup>1</sup>, Y. DÍAZ<sup>2</sup>, JE. RUIZ-CABELLO<sup>3</sup>, AC. ANDRADE<sup>4</sup>, M. RAMÍREZ<sup>5</sup>, S. VEGA-GONZÁLEZ<sup>6</sup>, G. GONZÁLEZ<sup>7</sup>, L. LOPEZ-HAMANN<sup>8</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (ALCORCÓN), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN (AVILÉS), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA (SEVILLA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DOCTOR JOSEP TRUETA (GIRONA), <sup>8</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL (MADRID)

**Antecedentes y objetivos:** La sarcoidosis renal es una manifestación poco frecuente e infra-diagnosticada de la sarcoidosis sistémica. Suele cursar como nefritis tubulointerstitial (NTI) con o sin granulomas. Debido a la falta de estudios a gran escala, el tratamiento sigue siendo empírico, siendo habitualmente corticosteroides. Sin embargo, se desconoce la estrategia terapéutica óptima y los factores que influyen en los resultados. Este estudio evalúa los resultados clínicos, los factores de riesgo de recaída y el impacto de distintos regímenes inmunosupresores.

**Método:** Estudio retrospectivo de cohorte multicéntrico en varios hospitales españoles incluyendo pacientes con sarcoidosis renal confirmada por biopsia. Se analizaron factores pronósticos clínicos, histopatológicos y relacionados con el tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes (edad media 56,8 ± 15,6 años; 70% hombres). Al momento del diagnóstico, la media del FG estimado (eGFR) fue de 26,9 ± 21 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, con un 80% presentando nefritis intersticial y un 23,3% afectación glomerular. A pesar de las diferencias en la presentación clínica y en la recuperación renal, los patrones histológicos no impactaron significativamente en las tasas de recaída ni en la susceptibilidad a infecciones.

Los pacientes que recibieron bolos intravenosos de esteroides mostraron una recuperación renal significativamente mayor y más rápida, con una mejora sostenida del eGFR (>50%) en el seguimiento. Sin embargo, este beneficio disminuyó tras ajustar por la función renal basal. No se observaron diferencias significativas en los resultados renales en función del uso de agentes ahorradores de corticosteroides. Además, no se encontraron diferencias en las tasas de recuperación ni en el riesgo de infecciones entre dosis iniciales de prednisona superiores o inferiores a 0,8 mg/kg.

Las recaídas ocurrieron en el 38,3% de los pacientes, afectando predominantemente a los riñones (65,3%). Los pacientes que recayeron presentaban enfermedad pulmonar más grave.

Se logró una remisión completa de la función renal en el 58,6% de los pacientes. El eGFR basal, el patrón histológico y la presencia de granulomas fueron predictores clave para lograr una mejora del eGFR >50%. El análisis de regresión logística confirmó que los granulomas fueron un factor independiente asociado a una mejor recuperación renal (OR: 6,310; IC 95%: 1,719-23,156; p=0,005).

**Conclusión:** Los patrones histológicos, incluida la afectación intersticial y la presencia de granulomas, desempeñan un papel clave en el pronóstico y la respuesta al tratamiento. Las dosis iniciales más bajas de corticosteroides parecen ser tan efectivas como las más altas, y la terapia con bolos puede acelerar la recuperación renal.

## 169 COMPORTAMIENTO DE usCD163 Y CALPROTECTINA SÉRICA DURANTE EL PERIODO DE REMISIÓN EN VASCULITIS ASOCIADA A ANCA

LM. LAURA MARTÍNEZ VALENZUELA<sup>1</sup>, PA. PAULA ANTÓN PÁMPOLS<sup>2</sup>, FG. FRANCISCO GÓMEZ PRECIADO<sup>3</sup>, GF. GEMA FERNÁNDEZ-JUAREZ<sup>4</sup>, XF. XAVIER FULLADOSA<sup>5</sup>, JC. JOSEF MARIA CRUZADO<sup>6</sup>, JT. JOAN TORRAS<sup>7</sup>, JB. JULIANA BORDIGNON DRAIBE<sup>8</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE BELLVITGE (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GERMAN TRIAS I PUJOL (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** La vasculitis asociada a ANCA (AAV) es una enfermedad autoinmune rara que causa inflamación de los pequeños vasos sanguíneos, lo que a menudo conduce a daño orgánico, especialmente en los riñones. Se han propuesto biomarcadores como la calprotectina y CD163 como indicadores de actividad de la enfermedad e inflamación. Este estudio tiene como objetivo analizar la dinámica de la calprotectina y usCD163 durante la remisión estable.

**Material y método:** Este estudio observacional retrospectivo incluyó a pacientes con AAV en remisión que recibían rituximab como terapia de mantenimiento. Se incluyeron diecisiete pacientes, con 78 muestras disponibles para análisis. Los niveles de calprotectina sérica y usCD163 se midieron mediante ELISA, y los datos clínicos fueron recopilados de los registros médicos electrónicos.

**Resultados:** Se analizaron diecisiete pacientes con AAV en remisión. Los niveles de usCD163 y calprotectina sérica mostraron una correlación positiva significativa (p = 0.005). Ambos biomarcadores se correlacionaron con la proteína C reactiva (CRP), y usCD163 también se correlacionó con la velocidad de sedimentación globular (ESR). Los niveles de ambos biomarcadores fueron más altos dentro de los 6 meses posteriores a un brote de la enfermedad. Durante el seguimiento, los niveles medios de biomarcadores fueron más altos en los pacientes que posteriormente presentaron una recaída, aunque solo usCD163 alcanzó significación estadística (p = 0.05). Los niveles de calprotectina fueron significativamente más altos en los pacientes que habían recibido rituximab menos de tres meses antes en comparación con aquellos tratados entre 9 y 12 meses antes (p = 0.031).

**Conclusiones:** usCD163 y la calprotectina sérica pueden servir como biomarcadores de actividad de la enfermedad y recaída en la AAV. Su correlación con los parámetros de función renal y sus niveles elevados en pacientes que presentaron recaída sugieren que podrían ser útiles para medir la actividad inmune persistente. Se requieren más estudios para explorar su papel en la predicción de brotes y en la personalización de estrategias de tratamiento.

## 170 IMPACTO DEL SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN NEFRITIS LÚPICA: PRESERVACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL Y ESTRATEGIAS DE AHORRO DE ESTEROIDES

V. LOPES MARTÍN<sup>1</sup>, R. MORENO GARCÍA<sup>1</sup>, M. FERREIRA BERMEJO<sup>1</sup>, M. FERNÁNDEZ LUCAS<sup>1</sup>, MJ. GARCÍA VILLANUEVA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H.U. RAMÓN Y CAJAL (ESPAÑA), <sup>2</sup>REUMATOLOGÍA. H.U. RAMÓN Y CAJAL (ESPAÑA)

**Introducción:** La nefritis lúpica (NL) es una manifestación grave del lupus eritematoso sistémico (LES), con impacto pronóstico. El seguimiento especializado puede optimizar su abordaje. Este estudio describe las características clínicas y evolución renal de los pacientes con NL atendidos en una consulta multidisciplinaria.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo de 82 pacientes con NL en seguimiento entre 2015 y 2024. 20 casos (24.4%) debutaron durante el seguimiento multidisciplinaria. 8 pacientes fueron dados de baja: 4 por exitus, 3 por paso a terapia renal sustitutiva y 1 por traslado. Se analizaron variables clínicas y demográficas. En los pacientes restantes (74) se evaluaron tratamientos actuales y situación renal.

**Resultados:** Las razas más frecuentes fueron latinoamericana (47.6%) y caucásica (46.3%). La edad de debut se situó mayoritariamente entre los 18 y 40 años. En más del 90% de los casos, la NL se desarrolló en los primeros 5 años tras el diagnóstico de LES.

La clase histológica más frecuente fue IV (51.2%) seguida de V (12.2%). 19 pacientes debutaron con fracaso renal agudo y 51 con síndrome nefrótico/nefrítico, siendo esto más frecuente en clases V y mixtas (>80%) respecto a clases IV puras (59%). El 18% de pacientes tuvo una recaída de NL y el 25% tuvo dos o más.

La tabla muestra los tratamientos empleados en el primer brote y los prevalentes en 2024. El 90% de pacientes están en una dosis de prednisona igual o inferior a 5 mg.

Más del 70% de pacientes en seguimiento activo tienen función renal normal y el 60% no tiene albuminuria. Sólo un 3.6% de nuestra cohorte histórica ha precisado terapia renal sustitutiva.

**Conclusiones:** La consulta multidisciplinaria permite realizar una monitorización estrecha y optimizar el tratamiento de la NL para minimizar toxicidad, preservar función renal y evitar recaídas. Gracias a este enfoque, la mayoría de los pacientes mantiene función renal conservada y sin proteinuria, con baja exposición a esteroides.

👁️ Ver tabla y figura

**171** IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN A RITUXIMAB EN LA RESPUESTA CLÍNICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES GLOMERULARESM. LARROSA GARCÍA<sup>1</sup>, RP. BURI MACÍAS<sup>2</sup>, MT. SANZ MARTÍNEZ<sup>3</sup>, D. ANGUIA DOMINGO<sup>4</sup>, M. MARTÍNEZ GALLO<sup>5</sup>, MJ. SOLER ROMEO<sup>6</sup>, MB. GUMBE ZABALETA<sup>7</sup>, M. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ<sup>8</sup>, JB. MONTORO RONSAÑO<sup>9</sup>, I. AGRAZ PAMPLONA<sup>5</sup><sup>1</sup>FARMACIA HOSPITALARIA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (BARCELONA, ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA CLÍNICA. HOSPITAL DE FIGUERES (FIGUERES, ESPAÑA), <sup>3</sup>INMUNOLOGÍA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (BARCELONA, ESPAÑA), <sup>4</sup>FARMACIA HOSPITALARIA. INSTITUTO GUTTMANN (BADALONA, ESPAÑA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (BARCELONA, ESPAÑA), <sup>6</sup>FARMACIA HOSPITALARIA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (BARCELONA, ESPAÑA)**Objetivo:** Analizar el impacto de la exposición a rituximab en la respuesta a tratamiento en enfermedades glomerulares.**Materiales:** Ensayo clínico abierto, unicéntrico (NEFRITX, EUDRACT2020-000484-23), que incluye pacientes con glomerulopatías (síndrome nefrótico idiopático [SNI], glomerulonefritis membranosa [GM], vasculitis asociada a ANCA [VAA]) tratados con rituximab entre septiembre2020- mayo2023, con 1000mg o 500mg el día (d1); dosis extra opcional el d14. Pacientes tratados con rituximab <6 meses (m) fueron excluidos.

Se evaluó la respuesta al tratamiento (Kidney Disease Improving Global Outcomes) a los 6m y 12m: respuesta completa (RC), parcial (RP), no respuesta (NR) (incluye recaída). Se cuantificó la concentración sérica de rituximab a d28 (Cp28) mediante ELISA (Lisa-Traker® -Rituximab, Theraradiag®) y se calculó el área bajo la curva concentración-tiempo (AUC).

Los datos cuantitativos se describen como media (desviación estándar), y los cualitativos como frecuencia (porcentaje). La asociación entre exposición y respuesta se evaluó mediante regresión logística. Se utilizó el programa estadístico SPSS v.24 (IBM Inc.).

**Resultados:** Se detectaron 70 candidatos, se incluyeron 48 y se analizaron 35 casos (30 pacientes), 20 (57 %) de ellos hombres, de 63,3 (17,6) años y 70,9 (13,9) kg. Diagnóstico: 14 (40,0%) GM, 12 (34,2%) VAA, 9 (25,7%) SNI. La dosis de rituximab fue de 1000 mg en 26 (74,3%) casos y 500 mg en 9 (25,7%), y dosis el d14 en 19 (54,3%) casos.

Nueve (25,7%) casos presentaron RC-6m, 19 (54,3%) RP-6m y 7 (20,0%) NR-6m; 10 (30,3%) presentaron RC-12m, 15 (45,5%) RP-12m, 4 (12,1%) NR-12m y 4 (12,1%) recaida-12m. No hubo toxicidad ni infecciones graves.

El AUC fue de 135.928,1 ± 96.294,2 mg/h en el grupo RC-6m y de 111.465,8 ± 86.366,9 mg/h en el grupo de NR-6m (p=0.482); 153.166,5 ± 94.489,8 mg/h en el grupo RC-12m y 109.479,1 ± 84.402,1 mg/h en el grupo de NR-12m (p=0,197). La Cp28 fue de 89,4 ± 59,8 µg/ml en el grupo RC-6m y de 54,2 ± 49,9 µg/ml en el grupo de NR-6m (p=0,104); 88,0 ± 53,3 µg/ml en el grupo RC-12m y de 59,4 ± 52,6 µg/ml en caso de NR-12m (p=0,181).

La Cp28 &gt;100µg/ml es la de mayor capacidad predictiva de RC-6m, sensibilidad del 55,6% (Intervalo de confianza)[IC95%:23,1-88,0], especificidad de 84,6% (IC95%:70,7-98,5), razón de verosimilitud positiva 3,6 (IC95%:1,2-10,6) y razón de verosimilitud negativa 0,5 (IC95%:0,2-1,1).

La Cp28 fue &gt;100 µg/ml en 9 casos, de los cuales 4 (55,5%) presentaron RC-6m y &lt;100µg/ml en 26 casos, de los cuales 4 (15,4%) presentaron RC-6m. Se observó una proporción de RC-6m significativamente superior en los casos Cp28&gt;100µg/ml vs Cp28&lt;100µg/ml (p=0,026) y también combinando RC a los 6 y 12m (p=0,038).

**Conclusiones:** Una Cp28>100µg/ml predice una mayor probabilidad de RC-6m en pacientes afectados de enfermedades glomerulares tratados con rituximab. No se observó una correlación significativa entre AUC y RC-6m o RC-12m. Son necesarios más estudios para definir la relevancia clínica de la exposición a rituximab.

Ver tabla

**172** GRADO DE CONTROL DE LA PROTEINURIA Y FUNCIÓN RENAL ACTUAL DE PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA EN UNA CONSULTA DE NEFROLOGÍAFJ. BORRERO UTIEL<sup>1</sup>, GE. GRUPO ANDALUZ PARA ESTUDIO DE ENFERMEDADES GLOMERULARES (GLOSAN)<sup>2</sup><sup>1</sup>UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN (JAÉN/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. SOCIEDAD ANDALUZA DE NEFROLOGÍA (ESPAÑA)**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**

GLOSAN: FJ. Borrero Utiel, C. Orellana Chávez, R. López Hidalgo, MM Castilla Castellano, M López Mendoza, I Gómez Cougaño, R Toledo Rojas, P Hidalgo Guzmán, E Merino García, M Ramírez Gómez, M. Martín Velázquez, V. de la Espada Piña, S Blázquez Roselló, M

**Introducción:** Las guías actuales del tratamiento de los pacientes con nefritis lúpica (NL) insisten en reducir la proteinuria como un objetivo prioritario como forma de controlar la inflamación renal y preservar la función renal a largo plazo. Sin embargo, desconocemos el grado de control actual de la proteinuria y el grado de deterioro renal de los pacientes con NL.**Objetivo:** Conocer situación actual de control de la proteinuria y grado de función renal de pacientes con nefritis lúpica (NL) en una consulta de Nefrología**Materiales y métodos:** Estudio multicéntrico de corte transversal (GLOSAN) de pacientes diagnosticados con biopsia renal de NL. Seleccionamos última revisión realizada entre 2023-2024.**Resultados:** Incluimos 420 pacientes; 84,2% mujeres y 15,8% varones. Edad biopsia renal: 32±12 años. Edad última revisión: 44±13 años (18-83 años). Meses de seguimiento: 141±103 (mediana 114 meses).

Situación en última revisión: • FG-CKDEPI 89,4±29,4 ml/min, mediana 94,7; cuartiles 70,9 y 111; • Proteinuria: 388±636 mg/g, rango 28-5870 mg/g, mediana 175 mg/g, cuartiles 101 y 390; • Proteinuria 1500 mg/g 4,4%. Proteinuria; • Albuminuria: 242±525 mg/g; rango 2,2 – 4399 mg/g; mediana 62,5 mg/g, cuartiles 11,1 y 233,5 mg/g. Albuminuria 300 mg/g 20,6%. Pacientes en remisión completa según criterios: • FG&gt;60 ml/min: con proteinuria; • FG&gt;90 ml/min: con albuminuria.

Pacs con remisión completa (prot&lt;500&amp;FG&gt;60) tenían menor tiempo de seguimiento (SI 134±101; NO 158±105 meses, p=0,021), edad menor (SI 42±12; NO 47±15, P=0,002).

Recaídas en los últimos 4 años: 22% (8/100 paciente-año). • FG: en recaída 88±30; final 87±29 ml/min (ns) ; • Proteinuria: en recaída 1890±1640 mg/g (245-7174); final 522±780 mg/g (p&lt;0,001); • Albuminuria: en recaída 1258±1110 mg/g (100-6066); final 478±861 mg/g (p&lt;0,001) Tras la recaída, en última revisión: 72% tenían proteinuria

En la tabla se presenta características pacientes según estadio ERC. En estadio 3,4 y 5 hubo 16,9%. Peor función renal se relacionó sobre todo con mayor edad, mayor tiempo de seguimiento, mayor grado de proteinuria, hipertensión al inicio.

**Conclusiones:** En las consultas de nefrología hay un 60% de pacientes con riesgo de progresión de ERC. Peor función renal se asocia con mayor tiempo de evolución, mayor edad y mayor incidencia de HTA. Un 70% de pacientes están en remisión completa para proteinuria < 500 mg/g o albuminuria 60 ml/min. Sin embargo, desciende al 38,6% si consideramos como objetivo albuminuria.

Ver tabla

**173** ¿QUÉ MEDICACIÓN INMUNOSUPRESORA SE EMPLEA ACTUALMENTE EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA EN LAS CONSULTAS DE NEFROLOGÍA?FJ. BORRERO UTIEL<sup>1</sup>, GE. GRUPO ANDALUZ PARA ESTUDIO DE ENFERMEDADES GLOMERULARES (GLOSAN)<sup>2</sup><sup>1</sup>UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN (JAÉN/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. SOCIEDAD ANDALUZA DE NEFROLOGÍA (ESPAÑA)**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**

GLOSAN: FJ. Borrero Utiel, C. Orellana Chávez, R. López Hidalgo, MM Castilla Castellano, M López Mendoza, I Gómez Cougaño, R Toledo Rojas, P Hidalgo Guzmán, E Merino García, M Ramírez Gómez, M. Martín Velázquez, V. de la Espada Piña, S Blázquez Roselló, M

**Introducción:** Las guías actuales del tratamiento de la nefritis lúpica (NL) realizan recomendaciones para conseguir reducir la proteinuria y preservar función renal a largo plazo. Se insiste en empleo de HCQ de base, considerar empleo de triple terapia de forma temprana, reducir dosis de corticoides y uso de ISRAA/ISGLT2.**Objetivo:** Conocer con qué frecuencia se emplean los diferentes protocolos de inmunosupresión y grado de proteinuria y función renal que tienen los pacientes con nefritis lúpica (NL) en una consulta externa.**Materiales y métodos:** Estudio multicéntrico (GLOSAN) corte transversal de pacientes con biopsia renal de NL. Seleccionamos última revisión entre 2023-2024. Revisamos medicación empleada.**Resultados:** Incluimos 420 pacientes con 84,2% mujeres y 15,8% Varones. Edad última revisión: 44±13 años (18-83 años). Seguimiento: 141±103 (mediana 114 meses).

Situación en última revisión: FG 89,4±29,4 ml/min (9,2 -142,6); Proteinuria: 388±636 mg/g (28-5870 mg/g, mediana 175 mg/g); Proteinuria 242±525 mg/g (2,2 - 4399 mg/g; mediana 62,5 mg/g). Albuminuria 300 mg/g 20,6%.

Pacientes con corticoides: 57,5%. •Prednisona 48,3%; con ≤2,5 mg/día 35,6%; con 5 mg/día el 43,1%; con ≤5 mg/día el 79,9%; con 7,5 mg/día el 6,9%; con 5-7,5 mg/día el 50%; con &gt;7,5 mg/día el 13,2%; •Deflazacort 9,2%; con ≤3 mg/día 45,5%; con 6 mg/día 45,5%; con ≤ 6 mg/día el 90,9% y &gt;6 mg/día el 9,1%. En la tabla 1 se muestra frecuencia de uso diferentes inmunosupresores. Un 24,7% sin medicación y sólo con prednisona 6%. Los más empleados PRED+MMF y PRED+MMF+BELIM. Ciclofosfamida y rituximab empleados en pacientes con peor FG y mayor proteinuria.

Ciclofosfamida en pacientes con menor tiempo de evolución. Hubo 4 pacientes en tratamiento con voclosproina (3 con PRED+MMF y 1 con MMF sin prednisona).

En pacientes en remisión completa el tratamiento: nada 26,7%; prednisona 4,7%, PRED+AZA 3,9%, PRED+MMF 16,5%, PRED+MMF+Tac 4,3%, PRED+MMF+Belim 11%, MMF 10,6%.

En conjunto, 23,9% tenían Belimumab: 21,9% en pacientes con proteinuria1500 mg/g). Tacrolimus en 11,9% de pacientes.; 10,3% cuando proteinuria1500 mg/g. Tras recaídas, uso de belimumab presente en 45,6% y tacrolimus en 22,8%.

ISGLT2 fue prescrito en 17,8% de pacientes y ISRAA 67%. Sólo 22,7% de pacientes con proteinuria 151-500 mg/g tomaban ISGLT2. Con albuminuria 31-300 mg/g el 68,3% tenían un IECA pautado y sólo 23,7% ISGLT2. Con albuminuria&gt;300 mg/g y ERC3a y ERC3b tenían ISGLT2 el 45,5 y el 14,3%.

**Conclusiones:** Actualmente, alrededor del 25% de los pacientes con NL están sin medicación inmunosupresora. El 57,5% está en tratamiento con corticoides, con el 80% tomando ≤5mg/día. Un 15,9% toma deflazacort. Los protocolos de inmunosupresión más empleados son PRED+MMF(16,7%) y PRED+MMF+Belim (16,1%). El 23,9% están en tratamiento con Belimumab y el 11,9% con anticilcineurínicos. En pacientes con proteinuria >1500 mg/g se está empleando belimumab en 31% de pacientes y sólo en 19% anticilcineurínicos. Hay una baja prescripción de ISGLT2 en pacientes con proteinurias significativas.

Ver tabla

**174** USO CONCOMITANTE DE ESPARSANTÁN (SPAR) E INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO Y GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2i) EN ADULTOS CON NEFROPATÍA POR IgA (NIGA) EN EL ENSAYO DE FASE 2 SPARTACUSJR. JAVIER RUBIO<sup>1</sup>, IA. ISABELLE AYOUB<sup>2</sup>, ST. SYDNEY CW TANG<sup>3</sup>, LK. LAURA ANN KOEIENGA<sup>4</sup>, BR. PRISCILA PREDIADO<sup>5</sup>, RK. RADKO KOMERS<sup>6</sup>, BH. BRUCE HENDRY<sup>7</sup>, AM. ALEX MERCER<sup>8</sup>, BR. PPAH H ROVIN<sup>9</sup><sup>1</sup>NEPHROLOGY. CSL VIFOR (BARCELONA, SPAIN), <sup>2</sup>NEPHROLOGY. DIVISION OF NEPHROLOGY, OHIO STATE UNIVERSITY WEXNER MEDICAL CENTER (COLUMBUS, OH, USA), <sup>3</sup>NEPHROLOGY. DIVISION OF NEPHROLOGY, DEPARTMENT OF MEDICINE, THE UNIVERSITY OF HONG KONG, QUEEN MARY HOSPITAL (HONG KONG), <sup>4</sup>NEPHROLOGY. COLORADO KIDNEY CARE (DENVER, CO, USA), <sup>5</sup>NEPHROLOGY. TRAVERE THERAPEUTICS, INC. (SAN DIEGO, CA, USA)**Introducción:** SPAR es un antagonista dual de los receptores de endotelina y angiotensina aprobado en EE. UU. y Europa para adultos con NlGA. En pacientes con NlGA, SPAR mostró una reducción sostenida de la proteinuria y preservación de la función renal en el ensayo de fase 3 PROTECT. Datos provisionales del ensayo de fase 2 SPARTACUS mostraron que SPAR añadido al tratamiento estable con SGLT2i conducía a reducciones adicionales de proteinuria en pacientes con NlGA. Aquí presentamos los resultados del análisis final de SPARTACUS.**Métodos:** SPARTACUS fue un estudio abierto de la eficacia y seguridad de SPAR con un SGLT2i concomitante en pacientes con NlGA. Los pacientes tenían NlGA demostrada por biopsia, un cociente de albúmina-creatinina en orina (CACo) de ≥0,3 g/g y una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) de ≥25 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> a pesar de un SGLT2i estable y una dosis máxima tolerada de inhibición del sistema renina-angiotensina (RASi) durante ≥12 semanas. Los criterios de valoración incluyeron el cambio respecto al valor inicial del CACo en la semana 24 (primario); la consecución de un CACo <0,2 g/g, o una reducción ≥50 % o ≥30 % del CACo en la semana 24; el cambio respecto al valor inicial de CACo, TFGe y presión arterial en cada visita; y acontecimientos adversos.**Resultados:** 48 pacientes recibieron ≥1 dosis de SPAR. Al inicio, los pacientes tenían una mediana (intervalo intercuartílico [IQR]) de CACo de 0,70 (0,49, 1,01) g/g, una mediana (IQR) del cociente de albúmina-creatinina en orina de 1,24 (0,88, 1,74) g/g, y una media (desviación estándar) de TFGe de 57 (26) ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los resultados clave en la semana 24 se presentan en la tabla.**Conclusiones:** El cambio de RASi a SPAR con un SGLT2i concomitante fue bien tolerado y permitió una mayor reducción de la proteinuria en adultos con NlGA.

Ver tabla

## Resúmenes

## Glomerulopatías e inmunopatología

## 175 EXPERIENCIA ESPAÑOLA DE VOCLOSPORINA EN NEFRITIS LÚPICA EN VIDA REAL

A. HUERTA<sup>1</sup>, I. AGRAZ<sup>2</sup>, E. MONFÁ<sup>3</sup>, F. GONZÁLEZ<sup>4</sup>, C. COBELO<sup>5</sup>, T. LINARES<sup>6</sup>, C. PRADOS<sup>7</sup>, L. MARTÍN<sup>8</sup>, A. MAROTO<sup>9</sup>, E. MORALES<sup>9</sup>

• NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (MADRID/ESPAÑA); NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. VALL D'HEBRÓN (BARCELONA/ESPAÑA); NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (LEÓN/ESPAÑA); NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. NEGRÍN (GRAN CANARIA/ESPAÑA); NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE LUGO (LUGO/ESPAÑA); NEFROLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA GÓMEZ ULLA (MADRID/ESPAÑA); NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV TORRECÁRDENAS (ALMERÍA/ESPAÑA); NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** La nefritis lúpica (NL) es una complicación grave que ensombrece el pronóstico de nuestros pacientes con LES. Voclosporina es una nueva herramienta terapéutica pero aún apenas existe evidencia en vida real de su eficacia y seguridad.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo multicéntrico retrospectivo de pacientes con NL III, IV o V o tratados con Voclosporina en el territorio español. Presentamos los datos con medianas y realizamos análisis con t-Student para muestras pareadas.

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes, 58% mujeres con edad media de 48 años. El 58% eran caucásicos y el resto hispanos. El 79% de la cohorte tenía HTA, el 64% dislipemia y 14% DM2. El 29% eran NL tipo IV, otro 29% tipo V, y el 43% restante clases "mixtas". El índice de actividad era 8 y de cronicidad 3. El tiempo desde la última biopsia renal hasta el inicio del fármaco fue de 8 meses. El tiempo desde el último brote hasta el inicio del fármaco era de 11 meses, y desde el diagnóstico del LES 2 años. 5 casos eran "switch" de otro ICN, 4 casos como terapia inicial del brote y 5 casos como terapia de rescate por mala respuesta al tratamiento inicial.

La mediana de seguimiento fue 9,3 meses. Encontramos una mejoría significativa de la proteinuria tras el tratamiento con Voclosporina (tabla). No hubo rebrotes ni casos de tratamiento renal sustitutivo. Hubo un fallecimiento, atribuido a causa cardíaca. Se describieron efectos adversos en 3 pacientes\*: una hipertrofia gingival y 2 deterioros de función renal (ambos tenían FGe inicial < 45ml/min). De los 5 casos de "switch", 4 describían mejoría de la tolerancia respecto al ICN previo.

**Conclusión:** En el estudio de esta cohorte española de pacientes con NL comprobamos la eficacia y seguridad de Voclosporina en vida real.

**Tabla 1. Evolución pre y posttratamiento con Voclosporina.**

	6 meses antes	Inicio de Voclosporina	Final del seguimiento
Creatinina sérica (mg/dl)	0,94	1,09	1,23
FGe (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	83,9	71,2	62,7
Albumina sérica (g/dl)	3,6	3,7	4,2
Colesterol total (mg/dl)	168	189	168
LDL (mg/dl)	100	114	96
Glucemia (mg/dl)	90	86	89
Proteinuria (g/día)	4,23	4,25*	0,96*
Hematuria (HXC)		7	2
Leucocituria (LXC)		4,5	2
Anti-DNA	30	36	10
C3 (mg/dl)	79	113	115
C4 (mg/dl)	16	22	21
VSG (mm/h)	21	12	23

\* (p < 0,01)

## 177 RESULTADOS RELACIONADOS CON EL RIÑÓN CON OBINUTUZUMAB EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA ACTIVA: ANÁLISIS EXPLORATORIO PREESPECIFICADO DEL ESTUDIO REGENCY

DR. LUIS F. QUINTANA EN REPRESENTACIÓN DEL RESTO DE LOS AUTORES ORIGINALES\*

\*SERVICIO NEFROLOGÍA. HOSP. CLINIC (BARCELONA, ESPAÑA)

**Antecedentes:** La NL es la manifestación más frecuente y grave del LES que supone peligro orgánico. El estudio fase III REGENCY (NCT04221477), aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, demostró superioridad de obinutuzumab sobre placebo para lograr respuesta renal completa en la semana 76 al añadirse al tratamiento estándar (MMF más glucocorticoides) en pacientes con NL activa.

**Objetivos:** Evaluar los efectos del obinutuzumab en tiempo transcurrido hasta la reagudización de NL, tiempo transcurrido hasta desenlace renal desfavorable y la pendiente anualizada de la TFGe durante estudio REGENCY.

**Métodos:** En este análisis preespecificado de REGENCY, el tiempo hasta reagudización de NL se evaluó entre semanas 24 y 76 mediante regresión de Cox. El resultado compuesto de muerte, duplicación de creatinina sérica o fracaso del tratamiento se definió como un resultado renal desfavorable. El tiempo hasta un resultado renal desfavorable desde el inicio hasta la semana 76 también se evaluó mediante regresión de Cox tras estratificar por raza y región. Finalmente, se usó un modelo lineal de efectos mixtos para evaluar la pendiente de la TFGe entre las semanas 12 y 76. Estos análisis no se controlaron para error de tipo I.

**Resultados:** Entre las semanas 24 y 76, la proporción de pacientes con reagudización de NL fue menor con obinutuzumab (11,1%) que con placebo (23,5%), con cociente de riesgos instantáneos de 0,44 (IC del 95%, 0,24 a 0,82; P=0,0074) (Figura1A). La proporción de pacientes con resultados renales desfavorables en el grupo de obinutuzumab (8,10%) también fue menor que con placebo (21,30%), con cociente de riesgos instantáneos de 0,37 (IC del 95%, 0,18 a 0,75; P=0,0039) (Figura1B). Se observó una atenuación numérica de la disminución de la TFGe desde la semana 12 hasta la semana 76 con obinutuzumab con la pendiente anualizada de la TFGe calculada como -0,71 (EE=1,454) en comparación con -4,39 (EE=1,454) en el grupo de placebo, con una diferencia en la pendiente de la TFGe de 3,68 (EE=2,055; P=0,0732), favoreciendo a los pacientes tratados con obinutuzumab (Tabla1).

**Conclusiones:** Este análisis exploratorio preespecificado manifestó que obinutuzumab redujo significativamente la aparición de reagudizaciones de NL y desenlaces renales desfavorables, y atenuó la disminución anualizada de la función renal frente placebo. Junto con la proporción significativamente mayor de pacientes que alcanzan respuesta renal completa con obinutuzumab, estos hallazgos sugieren que obinutuzumab proporciona beneficios de supervivencia renal a largo plazo frente tratamiento estándar. ENCORE EULAR 2025. \*Listado autores en imagen.

Ver figura y tabla

## 176 CARGA DE LA ENFERMEDAD EN LAS GLOMERULONEFRITIS PRIMARIAS CRÓNICAS: PERSPECTIVA DEL PACIENTE

A. MADRID-ARIS<sup>1</sup>, F. CARAVACA-FONTÁN<sup>2</sup>, M. MORENO-BARÓN<sup>3</sup>, M. VIDAL-JORGE<sup>4</sup>, J. NAFFISI<sup>5</sup>, M. PRAGA<sup>6</sup>

• NEFROLOGÍA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (BARCELONA, ESPAÑA); NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA); NEFROLOGÍA. FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES ALCKER (MADRID, ESPAÑA); NOVARTIS FARMACÉUTICA, S.A. (BARCELONA, ESPAÑA); NEFROLOGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (MADRID, ESPAÑA)

**Introducción:** Las glomerulonefritis crónicas tienen un impacto significativo en los pacientes a nivel físico, emocional y económico. Existe escasa literatura sobre este tema. Por ello, este estudio colaborativo con ALCKER describe el impacto de las glomerulonefritis en el bienestar psicoemocional y económico desde la perspectiva del paciente y su cuidador.

**Material y método:** Estudio de mercado realizado mediante cuestionarios online, dirigidos a pacientes ≥12 años y sus cuidadores (pacientes <18 años) con diagnóstico confirmado por biopsia de glomerulonefritis, incluyendo nefropatía por inmunoglobulina A (IgA), vasculitis por IgA, nefritis lúpica, glomerulopatía C3, glomerulonefritis membranoproliferativa mediada por inmunocomplejos, gammapatías monoclonales de importancia renal, nefropatía membranosa, glomeruloesclerosis focal y segmentaria, podocitopatía por cambios mínimos y vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo. Los pacientes fueron invitados a participar por nefrólogos (81 nefrólogos clínicos y 15 nefrólogos pediátricos) de 52 hospitales de todas las comunidades autónomas españolas.

**Resultados:** Participaron 360 pacientes (337 adultos y 23 adolescentes). El 50,8% del total de pacientes eran hombres, con 44,8 (18,3) años de edad media (DE). El 71,9% de los pacientes reportaron un impacto en su bienestar psicoemocional; esto fue más notorio en pacientes trasplantados (81,5%). La principal preocupación entre los pacientes fue la pérdida de calidad de vida (73,1%), seguida de la necesidad de diálisis (51,7%), la necesidad de trasplante (40,6%) y el riesgo de muerte prematura (38,1%). Los pacientes experimentaron una trayectoria psicoemocional fluctuante a lo largo de las diferentes etapas de la enfermedad. Más allá del impacto psicoemocional descrito, las glomerulonefritis afectan significativamente a la vida laboral/familiar de los pacientes: el 34,4% de los pacientes adultos han renunciado/pospuesto la maternidad, el 56,2% de los pacientes que trabajan reportaron un impacto en su entorno laboral, y hasta el 38,9% de los pacientes post-trasplante no pudieron desarrollar plenamente sus carreras profesionales. Además, las glomerulonefritis afectan otros aspectos de la vida de los pacientes, como las actividades de ocio (83,1%), la alimentación (84,2%), el deporte (77%), el sueño (70,3%) y las relaciones interpersonales (31,1%).

**Conclusiones:** Este estudio subraya la importante y multifacética carga que las glomerulonefritis primarias crónicas tienen sobre el bienestar físico, emocional y económico de los pacientes. La elevada prevalencia de distrés psicoemocional, sumada a las sustanciales repercusiones en las actividades diarias, el trabajo y la vida familiar, revela una clara necesidad insatisfecha para estos pacientes. Los hallazgos resaltan la urgente necesidad de medidas y terapias innovadoras dirigidas a reducir la carga de la enfermedad.

## 178 ESTUDIO AFFINITY: RESULTADOS A 1 AÑO DE ATRASENTÁN EN NEFROPATÍA POR IgA EN PACIENTES CON UPCR <1 Y ≥1G/G

T. MALEK<sup>1</sup>, J. BARRATT<sup>2</sup>, ND. VO<sup>3</sup>, S. LEE<sup>4</sup>, SG. KIM<sup>5</sup>, C. POLLOCK<sup>6</sup>, D. RANGANATHAN<sup>7</sup>, H. HEERS-PINK<sup>8</sup>

• NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE SAGUNTO (VALENCIA, ESPAÑA); UNIVERSITY OF LEICESTER (LEICESTER, UNITED KINGDOM); MOUNTAIN KIDNEY AND HYPERTENSION ASSOCIATES (ASHEVILLE, UNITED STATES); KYUNG HEE UNIVERSITY (SEOUL, SOUTH KOREA); HALLYM UNIVERSITY SACRED HEART HOSPITAL (GYEONGGI-DO, SOUTH KOREA); ROYAL NORTH SHORE HOSPITAL (SYDNEY, AUSTRALIA); ROYAL BRISBANE AND WOMEN'S HOSPITAL (HERSTON, AUSTRALIA); UNIVERSITY MEDICAL CENTER GRONINGEN (GRONINGEN, NETHERLANDS)

**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**

Grupo Novartis. Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, Nueva Jersey, Estados Unidos

**Introducción:** Atrasentán, un potente y selectivo antagonista del receptor de endotelina A, está siendo investigado como un posible tratamiento para la Nefropatía IgA (NigA) y otras enfermedades renales (ER).

**Material y método:** AFFINITY (NCT04573920) es un ensayo de Fase 2, abierto y tipo basket, que evalúa atrasentán en pacientes con ER. La cohorte de IgAN incluyó adultos con IgAN confirmada por biopsia; eGFR ≥30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, UPCR ≥0.5 y <1g/g (primera micción matutina en el cribado), y con la máxima dosis tolerada/estable de ISRA durante ≥12 semanas. Los pacientes tomaron 0.75 mg de atrasentán oral diariamente durante 52 semanas. El objetivo primario fue el cambio en la UPCR a las 24 horas desde la línea basal (LB) hasta la semana 12.

**Resultados:** En pacientes con IgAN (N=20; mediana de edad 44.5 años, 50% mujeres, 45% blancos, 45% asiáticos), la mediana de UPCR a las 24 horas desde la LB fue 0.8g/g; 12 pacientes tenían UPCR en la LB <1g/g.

La reducción de UPCR fue evidente desde la semana 6 y se mantuvo hasta la semana 52 (Fig. 1A). Se observaron reducciones clínicamente significativas en la UPCR en pacientes con UPCR en la LB.

Un paciente interrumpió el tratamiento en la semana 13 debido a un evento adverso (EA) de cefalea considerado relacionado con el tratamiento. No se reportaron EAs graves relacionados con el tratamiento ni muertes.

**Conclusiones:** Atrasentán fue bien tolerado y resultó en una reducción estable y clínicamente significativa de la proteinuria durante 1 año de tratamiento, comparable entre pacientes con UPCR en la LB.

Ver figura

**179 HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEFROPATÍA IgA CON DAÑO CRÓNICO**S. SAYED<sup>1</sup>, P. TORRES<sup>2</sup>, M. ALONSO<sup>3</sup>, M. PRAGA<sup>4</sup>, JA. MORENO<sup>5</sup>, E. MORALES<sup>6</sup>, E. GUTIÉRREZ<sup>7</sup>, AM. SEVILLANO<sup>8</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA); <sup>2</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA); <sup>3</sup>DEPARTAMENTO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, ESPAÑA. (MADRID/ESPAÑA); <sup>4</sup>GRUPO GE-06 FISIOPATOLOGÍA DEL DAÑO RENAL Y VASCULAR. INSTITUTO MAIMÓNIDES INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA (CÓRDOBA/ESPAÑA) **Introducción:** La hipertensión arterial maligna (HTAM) es una forma de presentación clínica atípica de la nefropatía IgA (NlgA) que habitualmente cursa con deterioro de la función renal. Su implicación pronóstica y si dicho deterioro se debe a un episodio de fracaso renal agudo o un daño crónico establecido está en discusión. En este estudio describimos las características histológicas al debut del cuadro y las características clínico-analíticas al inicio y fin del seguimiento de una cohorte de pacientes con NlgA que se presentaron clínicamente con HTAM.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 25 pacientes diagnosticados de NlgA mediante biopsia renal entre 1975 y 2025, cuya forma de presentación clínica fue un episodio de HTAM. Se recogieron variables clínicas, analíticas e histológicas de la historia clínica de los pacientes.

**Resultados:** La edad media al debut del cuadro fue 37,4 ± 9,8 años, siendo el 68% varones. La creatinina sérica (CrS) al diagnóstico fue de 6,1 ± 3,9 mg/dl y la proteinuria de 3,2 (0,6 - 6,7) g/24h. 1 paciente presentaba analíticamente datos de microangiopatía trombótica. Hasta el 28% de los pacientes precisó de hemodiálisis al diagnóstico. En la biopsia renal el 88% de los pacientes presentaron algún grado de esclerosos glomerular, siendo la mediana de glomérulos esclerosados del 40 (0 - 80)%. El 28% presentó una fibrosis túbulo-intersticial al menos moderada y el 20% severa. El 87% presentaba daño vascular, siendo moderado-severo en el 46%. El 4% de pacientes presentaba necrosis tubular aguda y el 17% semilunas. El 24% de los pacientes presentaba datos histológicos de microangiopatía trombótica. De acuerdo con la clasificación de Oxford, un 56% presentaron un score M1, un 20% E1, un 48% S1, 64% T1-T2 y el 17,4% C1. La mediana de seguimiento fue de 30 meses. Al final del seguimiento un 52% de los pacientes precisó hemodiálisis crónica y el 24% había fallecido. En el 34% de pacientes restantes la Crs media fue de 6,2 mg/dl al final del seguimiento.

**Conclusiones:** La NlgA con HTAM es una forma de presentación clínica con mala evolución a largo plazo. A nivel histológico, estos pacientes presentan sobre todo datos de daño crónico, con pocos datos de daño agudo. Estos hallazgos sugieren que, en muchos casos de NlgA con HTAM la enfermedad cursa de forma silente, debutando clínicamente cuando el daño es irreversible. Son necesarios estudios con un mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

**180 NEFRITIS LÚPICA TRATADA CON BELIMUMAB. EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD CANARIA**R. MARTÍNEZ MIFSUT<sup>1</sup>, G. PÉREZ SUÁREZ<sup>2</sup>, A. GLORIA MONTESINO<sup>3</sup>, F. GONZÁLEZ CABRERA<sup>4</sup>, P. DELGADO MALLEN<sup>5</sup>, K. TOLEDO PERDOMO<sup>6</sup>, A. JARQUE LÓPEZ<sup>7</sup>, P. PÉREZ BORGES<sup>8</sup>, C. GARCÍA CANTÓN<sup>9</sup>, M. MACÍAS HERAS<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN (GRAN CANARIA/ESPAÑA); <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA); <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA); <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSÉ MOLINA GROSÁ (ARRCIFE/ESPAÑA); <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA); <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR (GRAN CANARIA/ESPAÑA)

**Introducción y objetivo:** La nefritis lúpica (NL) afecta hasta al 50% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Belimumab, un anticuerpo monoclonal inhibidor del factor activador de células B, ha mostrado resultados prometedores al añadirse a la terapia inmunosupresora (IS) estándar mejorando la eficacia renal. El objetivo del estudio fue evaluar la función renal (TFGe), proteinuria y las tasas de respuesta renal parcial (PRR) y completa (CRR) en pacientes tratados con IS estándar más Belimumab.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en cinco hospitales de Canarias. Se incluyeron 32 pacientes (78% mujeres, edad media 41,1 ± 14 años). La NL fue confirmada por biopsia renal: clase III (5), IV (11), V (8), III+V (6), IV+V (2). La inducción inmunosupresora consistió en MMF + esteroides (n=16), ciclofosfamida + esteroides (n=13) o tacrolimus + MMF + esteroides (n=3). Todos recibieron Belimumab: 72% vía subcutánea (400 mg/semana durante 4 semanas, luego 200 mg/semana) y 28% vía intravenosa (10 mg/kg). El seguimiento medio fue de 21,7 ± 15 meses.

La función renal se evaluó mediante la creatinina, TFGe (CKD-EPI) y proteinuria. PRR se definió como proteína/creatinina (RPCU)  $\leq 0,7$ , TFGe  $\geq 60$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> o no inferior al 80% del valor pre- recaída, sin necesidad de terapia de rescate. CRR se definió como RPCU  $< 0,5$ , TFGe  $\geq 90$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> o no inferior al 90% del valor pre- recaída, sin necesidad de terapia de rescate. Se recopilaron variables clínicas, demográficas, analíticas y uso de IECA, antagonistas de aldosterona e iSGLT2.

**Resultados:** A los 12 meses, 42,1% alcanzó CRR y 47,4% PRR. La creatinina media descendió de 1,02 ± 0,5 a 0,9 ± 0,4 mg/dL (p=NS). La TFGe mejoró de 80,8 ± 23 a 84,2 ± 29 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (p=NS). La proteinuria disminuyó significativamente de 2,5 ± 3,4 a 0,6 ± 0,5 g (p=0,023). Se observó reducción significativa en la dosis de esteroides de 24,3 ± 9,9 a 4,5 ± 5,1 mg (p=0,000). El 90,5% presentó sedimento urinario inactivo (p=0,012). La incidencia de infecciones fue baja.

**Conclusión:** Belimumab asociado a IS estándar mejoró la respuesta renal, redujo la proteinuria y dosis de esteroides, logrando una respuesta renal favorable en pacientes con NL activa a los 12 meses de tratamiento.

**181 NEFROPATÍA MESANGIAL IgM: RECAPITULANDO SOBRE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE Y POCO CONOCIDA**AV. ANGELA VALLEJO NÚÑEZ<sup>1</sup>, EJ. ELIAS JATEM<sup>2</sup>, JG. JORGE GONZALEZ RODRIGUEZ<sup>3</sup>, KM. KATHERYNE MEMBREÑO<sup>4</sup>, YR. YURI YESEIDA RUIZ<sup>5</sup>, JR. JORDI ROIG CARCEL<sup>6</sup>, MP. MIQUEL PIÑOL RIBAS<sup>7</sup>, MM. MARIA LUISA MARTÍN CONDE<sup>8</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA/ESPAÑA); <sup>2</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA/ESPAÑA)

La nefropatía mesangial IgM (NMIgM) es una glomerulopatía caracterizada por depósitos predominantes de IgM en el mesangio glomerular, se observa en una pequeña proporción de las biopsias renales (1,8-18,5%). Se manifiesta principalmente con hematuria microscópica, proteinuria (50% con síndrome nefrótico) o deterioro de función renal. Su pronóstico es variable.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo donde se recolectaron los datos demográficos, histológicos, manifestaciones clínicas, tratamiento y evolución de pacientes con NMIgM, biopsiados entre 2013-2024 en el HUAV.

**Resultados:** De 743 pacientes biopsiados entre el 2013 y 2024, 28 (3,8%) tenían diagnóstico de NMIgM. El seguimiento mediano fue de 36 meses. 53,6% fueron mujeres, la edad media al momento del diagnóstico fue de 52 ± 18 años. 46,4% de los casos tenían síndrome nefrótico, 25% presentaron fracaso renal agudo. El porcentaje medio de glomerulosclerosis fue de 6%; 75% tenían proliferación mesangial. La IFTA media fue de 4,46%. 82% de los pacientes recibieron tto con IECAS/ARAI, 46% anti-aldosterónicos y 21% iSGLT2. En 68% de los casos, se prescribió terapia inmunosupresora, predominantemente corticoideos. 2 casos iniciaron TRS en forma definitiva. Entre los pacientes que recibieron terapia inmunosupresora, se observó mayor frecuencia de síndrome nefrótico, mayor proteinuria inicial, mayor IgM sérica y mayor IFTA. El tratamiento inmunosupresor prescrito fue predominantemente corticoideo (74%) seguido de anticalcineurínicos (37%). 16 de 19 pacientes (84%), presentaron remisión inicial (completa o parcial). Los pacientes que recibieron tratamiento con iSGLT2, tendieron a alcanzar remisión inicial en menor tiempo; 5,2 ± 1,6 vs 6,5 ± 7,6; p: 0,07. Tres pacientes presentaron recidiva (19%). Al final del período de estudio, 15 se hallaban en remisión parcial o completa. Entre los pacientes sin respuesta, el síndrome nefrótico al momento de la presentación fue más frecuente, hubo mayor prescripción de análogos del ácido micofenólico, y mayor frecuencia de TRS final.

**Conclusiones:** La NMIgM afecta con mayor frecuencia a mujeres, principalmente se presentó como síndrome nefrótico. Una ¼ parte presentó fracaso renal agudo leve, al momento del diagnóstico. La magnitud de glomerulosclerosis e IFTA fueron bajas. El tratamiento inicial fue predominantemente corticoideo, seguido de anticalcineurínicos. La tasa de recidiva y necesidad de TRS fueron relativamente bajas. Se observó peor curso evolutivo en los pacientes con síndrome nefrótico y tratamiento con análogos del ácido micofenólico.

**182 CARACTERIZACIÓN DE LA NEFROPATÍA IgA Y DEL ROL DE LA INTERNATIONAL IgAN PREDICTION TOOL EN NUESTRA POBLACIÓN**L. GARCÍA CANTALEJO<sup>1</sup>, A. MERINO RIBAS<sup>2</sup>, N. MARTÍN ALEMANY<sup>3</sup>, YA. ACOSTA BAPTISTA<sup>4</sup>, C. NOBOA PAEZ<sup>5</sup>, GM. GONZÁLEZ SUÁREZ<sup>6</sup>, CM. CASTILLO DEVIA<sup>7</sup>, JJ. ÁLVAREZ SALTOS<sup>8</sup>, M. CUFÍ VALLMAJOR<sup>9</sup>, J. CALABIA MARTINEZ<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DOCTOR JOSEP TRUETA (GIRONA, ESPAÑA)

**Introducción:** La Nefropatía IgA (IgAN) es la primera causa de glomerulonefritis primaria. Existe gran heterogeneidad en su epidemiología, presentación clínica, pronóstico y tratamiento.

Ciertos parámetros clínicos e histológicos conllevan peor pronóstico, pero dada su variabilidad, es complicado determinar el pronóstico individual. Se propone la International IgAN Prediction Tool (I-IgAN-PT) para estimar riesgo de descenso del 50% del filtrado glomerular (FG).

Nuestro objetivo es caracterizar la IgAN y asociar el descenso del FG con el riesgo estimado por la I-IgAN-PT en nuestra población.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio observacional retrospectivo incluyendo pacientes diagnosticados de IgAN. Se recogen parámetros clínicos, analíticos e histológicos en el momento de la biopsia renal. Se estiman la I-IgAN-PT y el FG a los 12, 24 y 60 meses.

**Resultados:** Se incluyen 89 pacientes, mayoritariamente hombres (66.3%). Edad mediana 47.8 años (IR: 30.8-58.3), índice de masa corporal (IMC) medio 27.5±5.4kg/m<sup>2</sup>. Al debut: 41.6% presenta hipertensión, 41.6% enfermedad renal crónica (ERC), 30.3% fracaso renal agudo (FRA), 35% macrohematuria, 4.5% síndrome nefrótico y 13.5% síndrome nefrítico. Un 14.6% presenta causas secundarias. Los parámetros analíticos basales son: hemoglobina 13.1±2.34mg/dl, albúmina 4.09±0.477g/dl, FG 69mL/min/1.73m<sup>2</sup> (IR:36.5-90), proteinuria 0.685g/24h (IR:0.22- 1.2). 22.4% presenta semilunas. El riesgo estimado mediante I-IgAN-PT es: 0.44% (IR:0.2-1.13) a los 12 meses, 1.56% (IR: 0.727-3.87) a los 24 meses y 5.8% (IR: 2.79-3.87) a los 60 meses. El descenso del FG es: 3.8% (IR:-10.9-13.7) a los 12 meses, 3.75% (IR:-6.2- 19.5) a los 24 meses, y 11.9% (IR:2.1-34.2) a los 60 meses.

El FG basal se correlaciona inversamente con IMC, tensión arterial sistólica y proteinuria; y positivamente con hemoglobina y albúmina. Se observa correlación positiva entre proteinuria y edad, y correlación negativa entre proteinuria, hemoglobina y albúmina. La albúmina se correlaciona negativamente con IMC y positivamente con hemoglobina.

Se observa asociación significativa entre riesgo estimado mediante I-IgAN-PT y presencia de hipertensión, síndrome nefrótico, FRA y síndrome nefrítico. Se asocian FRA y FG al debut con declive del FG a los 12, 24, y 60 meses.

No se observan correlaciones significativas entre declive del FG y riesgo estimado mediante la I-IgAN-PT, a los 12, 24 y 60 meses.

**Conclusiones:** Este estudio muestra heterogeneidad de la IgAN en nuestra población. No se observa correlación significativa entre I-IgAN-PT y descenso del FG. Algunos factores se asocian con cambios en estos parámetros. Futuros estudios podrían redefinir las herramientas para la estratificación de riesgo en IgAN y así contribuir en la elección del tratamiento.

## Resúmenes

## Glomerulopatías e inmunopatología

## 183 SON LOS BIOMARCADORES URINARIOS DE REMODELADO DE MATRIZ EXTRACELULAR ÚTILES EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA GLOMERULAR?

E. PERVAN<sup>1</sup>, J. CARBAYO<sup>1</sup>, J. TORRES<sup>1</sup>, G. SANCHEZ<sup>1</sup>, MA. ENCALADA<sup>1</sup>, A. LAZARO<sup>2</sup>, M. GONZALEZ-NICOLAS<sup>3</sup>, FJ. DIAZ-CRESPO<sup>4</sup>, I. ZUBIRI<sup>5</sup>, M. GOICOECHEA<sup>6</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), <sup>2</sup>LABORATORIO DE FISIOPATOLOGÍA RENAL. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), <sup>3</sup>SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), <sup>4</sup>INNOV. EMPRESA DE BIOTECNOLOGÍA (LONDRES)**Introducción:** La fibrosis renal es un marcador de progresión renal. El objetivo de este estudio fue evaluar biomarcadores urinarios implicados en el remodelado de matriz extracelular en pacientes con patología glomerular y correlacionarlos con la histología y pronóstico renal.**Metodología:** Estudio unicéntrico de una cohorte de pacientes con patología glomerular biopsiados entre enero/2019 – mayo/2024. Se midieron los biomarcadores: CD44 (cluster de diferenciación 44), EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico), ICAM1 (molécula de adhesión intercelular 1), MMP7 (metaloproteína de matriz 7), MMP14 (metaloproteína de matriz 14) normalizándose con respecto a creatinina. Se recogieron datos demográficos, bioquímicos e histológicos y eventos renales durante un tiempo medio de 18 meses (caída del FGe  $\geq$  50% y/o la necesidad de terapia renal sustitutiva).**Resultados:** Se incluyeron 129 pacientes (67H, 62M) con una edad media de 53 $\pm$ 17 años. 74 pacientes tenían un estadio de ERC G3 o superior y 55 estadio G1/G2. 32% de los pacientes tenían proteinuria menor de 1 gramo, 30% entre 1-3,5 gramos, y 38% mayor de 3,5 gramos/día. En la tabla 1 se muestran las correlaciones de los diferentes biomarcadores urinarios con la función renal, proteinuria y alteraciones histológicas. MMP14 fue el biomarcador que se correlacionó mejor con las alteraciones histológicas tubulointersticiales. Los 25 pacientes que sufrieron eventos renales tuvieron niveles superiores de ICAM1 (0,371 vs 0,187 ug/mg, p=0,001), MMP7(4,41 vs 1,06 ug/mg, p<0,001) y MMP14 (0,028 vs 0,018, p<0,001). Sin embargo, en análisis de regresión de COX solo la función renal basal predice la aparición de eventos renales.**Conclusión:** Entre los biomarcadores implicados en la remodelación de matriz extracelular, CD44 y EGFR se correlacionan con proteinuria e ICAM1, MMP7 y MMP14 con la función renal basal y eventos renales. MMP14 se correlaciona con las alteraciones histológicas tubulointersticiales. Ningún biomarcador es predictivo de progresión renal en análisis multivariante.**Tabla 1.** Correlación entre marcadores urinarios, proteinuria, función renal y alteraciones histológicas. Correlación no paramétrica. Coeficiente Rho Spearman.

	CD44/Cro	ICAM1/Cro	EGFR/Cro	MMP7/Cro	MMP14/Cro
Proteinuria (mg/día)	-0,376 p=0,001	-0,184 p=0,05	0,283 p=0,001	Ns	Ns
Albuminuria (mg/día)	-0,356 p=0,001	0,222 p=0,018	0,278 p=0,002	Ns	Ns
FGe(ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	Ns	-0,325 p<0,001	Ns	-0,498 p<0,001	-0,333 p<0,001
% glomerulosclerosis	Ns	Ns	Ns	Ns	0,293 p<0,001
% atrofia tubular	Ns	Ns	Ns	Ns	0,263 p<0,001
% fibrosis intersticial	Ns	Ns	Ns	Ns	0,281 p<0,001

g, non-parametric correlation coefficient, Spearman's rho

## 184 DIFERENCIAS EN RELACION CON EL SEXO EN PATOLOGÍA GLOMERULAR BIOPSIADA EN ESPAÑA

MA. ENCALADA LANDIRES<sup>1</sup>, F. CARAVACA FONTAN<sup>1</sup>, JM. LÓPEZ-GÓMEZ<sup>2</sup>, B. QUIROGA GIL<sup>3</sup>, E. PERVAN GONZALEZ<sup>4</sup>, M. GOICOECHEA DIEZHANDINO<sup>5</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID, ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID, ESPAÑA)**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**

Registro Español de Glomerulonefritis

**Introducción:** El registro español de glomerulonefritis se inició en 1994 e incluye biopsias renales de 120 centros. El objetivo del presente trabajo es analizar la influencia del sexo en el registro durante el periodo 1994-2024.**Métodos:** Se incluyó a todos los pacientes del registro, recogiendo datos epidemiológicos, variables clínicas e histopatológicas y se compararon los resultados en función del sexo.**Resultados:** Se incluyeron 33714 biopsias (60,2% hombres, 39,8% mujeres). Aunque no hubo cambios en los diferentes periodos, el grupo etario más joven incluyó a más mujeres (46,4%, p<0,001). Las biopsias realizadas a mujeres ocurren antes y con mejor filtrado glomerular (p<0,001, respectivamente).

La principal causa de biopsia renal en ambos sexos es el síndrome nefrótico. En mujeres las alteraciones urinarias asintomáticas y el síndrome nefrótico fueron más frecuentes, mientras que la enfermedad renal crónica lo fue en hombres (p&lt;0,001).

Todas las glomerulonefritis primarias fueron más prevalentes en hombres que en mujeres y estas diferencias se mantuvieron estables durante todos los periodos estudiados. La nefropatía IgA (n=4875) fue predominante en hombres 73,5 vs 26,5% (p&lt;0,001) igual que la nefropatía membranosa (n=3130, 66,5% en varones) y las podocitopatías (n=5305, 61% en varones). En las mujeres más jóvenes la incidencia fue mayor de nefropatía IgA (31,1%) y podocitopatías (45%) y la membranosa fue más frecuente en las mujeres afeadas (38,9%), p&lt;0,001. Respecto a la causa de biopsia renal, en las mujeres fueron más frecuentes las alteraciones urinarias asintomáticas tanto en la IgA como en la membranosa (14,6 vs 9,9%) y en las podocitopatías el síndrome nefrótico (64,4 vs 58,5%) (p&lt;0,001, respectivamente).

Entre las glomerulonefritis secundarias, las vasculitis (n=2213) fueron más frecuentes en varones (55,2%), con mayor porcentaje de mujeres en el grupo etario superior(50,3%). La enfermedad renal diabética (n=1747) correspondió en el 72,8% a hombres; el mayor porcentaje de mujeres fue en grupos etarios extremos. La nefropatía lúpica (n=2888) fue más frecuente en mujeres (81,3%), en los varones, el grupo etario más avanzado alcanzó un mayor porcentaje de diagnósticos (35,7%).

**Conclusión:** Todas las patologías glomerulares biopsiadas son más frecuentes en hombres que en mujeres excepto nefritis lúpica. En el momento de la biopsia, los hombres son mayores y presentan peor función renal. Las mujeres están más representadas en los grupos de edad extremos: más jóvenes y afeadas, y las alteraciones urinarias asintomáticas y el síndrome nefrótico suelen ser motivos de biopsia más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

## 185 HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN BIOPSIAS RENALES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TRATADOS CON INMUNOTERAPIA: EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA DE ONCO-NEFROLOGÍA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE CÁNCER

AM. HURTADO-PIAMES<sup>1</sup>, L. CASTAÑEDA-INFANTE<sup>2</sup>, L. FERNÁNDEZ-LORENTE<sup>3</sup>, D. VILLA HURTADO<sup>4</sup>, G. BUADES-LUCAS<sup>5</sup>, A. LÓPEZ JANEIRO<sup>6</sup>, M. ABENGÓZAR MUELA<sup>7</sup>, MR. BERGILLOS JIMÉNEZ<sup>8</sup>, N. GARCÍA-FERNÁNDEZ<sup>9</sup>, MB. SANTOS SÁNCHEZ-REY<sup>10</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA (IDISNA) (ESPAÑA), <sup>3</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (ESPAÑA)**Introducción:** La inmunoterapia ha revolucionado el tratamiento del cáncer y aún queda por conocer y comprender su impacto en la función renal. En este estudio, describimos los hallazgos histológicos de biopsias renales en pacientes oncológicos tratados con inmunoterapia, las alteraciones observadas y su implicación en el tratamiento. Presentamos nuestra experiencia con el objetivo de mejorar el manejo de estos pacientes desde una perspectiva de abordaje multidisciplinar.**Material y método:** Estudio retrospectivo observacional descriptivo de pacientes oncológicos tratados con inmunoterapia en la Clínica Universidad de Navarra (CUN) entre noviembre de 2020 y octubre de 2024, sometidos a biopsia renal por efecto secundario renal del tratamiento oncológico. Se han recogido variables clínicas y analíticas (función renal y hallazgos histológicos) y describimos si la afectación renal influyó en el tratamiento oncológico posterior.**Resultados:** Recogimos 33 pacientes, con edad media 62  $\pm$  13 años y 33.3% mujeres. El 45% tenía hipertensión, 6% diabetes y hasta un 51.5% tenía antecedente tabáquico previamente. El 60.6% de la población presentó un tumor sólido (pulmonar 35% y genitourinario 35%) y el 39.4% hematológico.

La mitad de los pacientes estaba con tratamiento activo al momento de la biopsia: 43.48% se encontraba con quimioterapia convencional (monoterapia o asociada) y 34.8% estaba con inhibidores del checkpoint (el más frecuente Pembrolizumab, acorde con los tipos de neoplasias más frecuentes). Dentro de los tratamientos antineoplásicos, un tercio de ellos recibió taxanes (Doxetacel/Pladitacel), y el resto de pacientes recibió agentes antimetabólicos, platinos y Bevacizumab (anti-VEGF), 23.4% cada grupo.

Al momento de la biopsia renal los pacientes presentaron una media de Creatinina 1.59  $\pm$  0.71 mg/dl, un cociente proteína/creatinina orina medio 2793.68 mg/g y el 40% de los pacientes tenía microhematuria. Ningún paciente presentó complicaciones graves del procedimiento.

Dentro de la histología encontramos un 32.25% de biopsias con glomerulonefritis secundarias (62,5% correspondiente a podocitopatías, 25% a microangiopatías y solo 12,5 membranoproliferativas) y hasta un 25.8% nefritis tubulointersticial inmunomediada (NTIm). Estos hallazgos solo cambiaron el manejo antineoplásico en el 33.33% de los pacientes.

**Conclusiones:** La biopsia renal es una herramienta de gran utilidad para el diagnóstico preciso de enfermedad renal secundaria a inmunoterapia. Las glomerulonefritis secundarias, junto con la NTIm son las lesiones más frecuentes encontradas en nuestra serie. Esta ha supuesto interrupción o modificaciones en el tratamiento quimioterápico en el 33% de los pacientes.

## 186 GLOMERULONEFRITIS FIBRILAR: ANÁLISIS DE CASOS DIAGNOSTICADOS A LO LARGO DE 14 AÑOS

A. RODA SAFONT<sup>1</sup>, R. ROCA-TEY<sup>2</sup>, JC. GONZÁLEZ OLIVA<sup>3</sup>, JM. UGALDE ALTAMIRANO<sup>4</sup>, U. VADILLO VIDAL<sup>5</sup>, V. DUARTE GALLEGÓ<sup>6</sup>, SV. PICO RUIZ<sup>7</sup>, J. CASALS URQUIZA<sup>8</sup>, L. MORANTES<sup>9</sup>, J. CALLS GINESTÁ<sup>10</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOLLET (MOLLET DEL VALLÉS. BARCELONA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOLLET (MOLLET DEL VALLÉS. BARCELONA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. CENTRO HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES (NANTES. FRANCIA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS (GRANOLLERS. BARCELONA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS (GRANOLLERS. BARCELONA)

La glomerulonefritis fibrilar(GNF) es una enfermedad rara que se observa en 0.5-1% de las biopsias de riñón nativo. Analizar los casos de GNF en nuestro centro desde junio-2011 hasta junio-2024.

**Método:** Se analizaron pacientes(pts)>18 años con diagnóstico de GNF por microscopías óptica y electrónica, e inmunohistoquímica(DNAJB9). Se registraron datos demográficos, variables clínicas, de laboratorio, tratamiento y seguimiento.**Resultados:** De 250 biopsias renales nativas, cinco pts fueron diagnosticados de GNF. Frecuencia 2%, incidencia 0.35casos/año. Edad media:61.6 $\pm$ 11.84años (rango 47-79), 60% eran mujeres (proporción 1.5:1). Edad media de mujeres,hombres:54.3 $\pm$ 6.3 y 72.5 $\pm$ 9.2años, respectivamente(p=0.16). Cuatro eran hipertensos, uno diabético. Todos presentaban hematuria y proteinuria; uno síndrome nefrótico y dos proteinurias nefróticas. Dos presentaban ANA positivos. Resto autoinmunidad, hipocomplementemia, paraproteínas sangre,orina y serologías VHC fueron negativas. Uno con esclerosis múltiple remitente-recidivante desarrolla carcinoma paratiroideo >5años después. Otro, antecedente cáncer de próstata.Creatinina sérica(Cr) y tasa de filtración glomerular(TFGe) medias: 1.4 $\pm$ 0.8mg/dl y 59.1 $\pm$ 28.2ml/min/1.73m<sup>2</sup>, respectivamente. Tres presentaban insuficiencia renal (IR) al diagnóstico: TFGe 52, 54 y 18.3ml/min/1.73 m<sup>2</sup>. Edad media con IR, 61.3 $\pm$ 16.25años, no difirió significativamente de aquellos sin IR, 62 $\pm$ 5.6años, p=0.95. En microscopía óptica: dos esclerosis difusas, uno membranoproliferativo, uno mesangial y uno asociado a glomerulonefritis membranosa. Dos diagnosticados por microscopía electrónica, tres por positividad DNAJB9.Todos tratados con bloqueantes SRAA, tres con iSGLT2. Los dos con esclerosis difusa y IR recibieron Rituximab por empeoramiento proteinuria y TFGe. Seguimiento medio 63.86 $\pm$ 66.11meses(intervalo 8.08-159.8). Aquellos con esclerosis difusa eran mujeres y evolucionaron a IR terminal(IRT) tras 15 $\pm$ 1.2meses. Una hizo hemodilísis, 38 meses después se trasplantó, buena función hasta actualidad(Cr 1.13 mg/dl) sin hematuria, 0.3 g/día proteinuria. La segunda hizo diálisis peritoneal durante trece meses, recibió primer trasplante renal que funcionó durante 51 meses, recibió un segundo trasplante hace 24 meses con Cr 1.18mg/dl, sin hematuria y 0,2 g/día.

Los otros tres presentaron mejoría TFGe y proteinuria: dos remisiones completas, una remisión parcial. Se evaluaron las diferencias en edad, proteinuria y albúmina sérica entre los que recibieron terapia renal sustitutiva(TRS) y los que no. Los que evolucionaron a IRT eran más jóvenes (mediana 52.5 vs 67.7 años, p=0.236). La proteinuria fue mayor en el grupo IRT (media=7.5 g/día vs 3.26 g/día),p=0.800. Pts con IRT tenían niveles menores de albúmina (media=3.3 g/dL vs 4.03 g/dL), p=0.200. Ninguno falleció durante el seguimiento.

**Conclusión:** 1. La GNF se diagnosticó con más frecuencia de lo esperado; 2. El 40% de los pacientes alcanzó ERCT en menos de 2 años, a pesar del tratamiento con rituximab; 3. El desarrollo de ERCT fue exclusivo para mujeres; 4. El uso sistemático de la inmunohistoquímica DNAJB9 puede mejorar el diagnóstico de GNF en etapas más tempranas, permitiendo intervenciones terapéuticas oportunas y potencialmente mejores resultados a largo plazo.

**187** **PERFIL DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA**

A. RODA SAFONT<sup>1</sup>, R. ROCA-TEY<sup>1</sup>, J.C. GONZÁLEZ OLIVA<sup>1</sup>, A. FERNÁNDEZ LUQUE<sup>1</sup>, E. GARCÍA CASARES<sup>2</sup>, JM. UGALDE ALTAMIRANO<sup>3</sup>, U. VADILLO VIDAL<sup>4</sup>, V. DUARTE GALLEGU<sup>5</sup>, J. CALLS GINESTÁ<sup>6</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOLLET (MOLLET DEL VALLÉS, BARCELONA); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOLLET (MOLLET DEL VALLÉS); <sup>3</sup>MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOLLET (MOLLET DEL VALLÉS, BARCELONA); <sup>4</sup>REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOLLET (MOLLET DEL VALLÉS, BARCELONA); <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES (NANTES, FRANCIA)

La vasculitis asociada a ANCA (VAA) es un grupo de enfermedades autoinmunes con una elevada mortalidad.

Analizar las relaciones entre subtipo, afectación orgánica, patrón ANCA de los pacientes(pts) que fallecieron durante el seguimiento.

**Método:** Estudio observacional retrospectivo pts>18 años con VAA durante 2012-2024. Todos cumplían criterios de American College of Rheumatology para EGPA y GPA y criterios de la última Conferencia de Consenso de Chapel Hill en 2012 para estas vasculitis y PAM. Se analizaron variables demográficas, tiempo de seguimiento y mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron 34 pts. Seguimiento medio 55.8±45.8 meses. Edad media 67.21±14.78 años (rango, 33-92 años). 16 mujeres:18 hombres. Ocho pts (23.5%) cumplían criterios de GPA, tres (8.8%) de GEPA y veintitrés (67.7%) para PAM. La afectación renal(AR) fue la manifestación más frecuente, presente en casi todos los casos de PAM y en la mayoría de GPA, en comparación con las GEPA (95.6%, 75%, 33.3% respectivamente, p=0.011). La afectación pulmonar(AP) fue más frecuente en GPA y GEPA (87.5%, 66.6%, respectivamente), y se produjo en un tercio de los casos de PAM (34.8%) (p=0.031).

Nueve fallecieron (26.5%), 55.6% varones. Edad media de los supervivientes y los que fallecieron: 65.4±14.7 vs 73.3±12 años, (p=0.13). Clasificación de fallecidos según subtipos: 4 PAM (17.4%), 4 GPA (50%) y 1 GEPA (33.3%) (p=0.19). Tiempo medio de seguimiento 32.5±14.8 meses. La AR fue el hallazgo clínico más frecuente (87.5%) y la AP en el 75%. Creatinina y proteinuria medias 7.1±2.8mg/dl y 1.4±1.1g/día. Los MPO fueron más prevalentes que los PR3 (66.7% vs 33.3%, p=0.068), Hazard ratio=0.188 (95% intervalo de confianza CI): 0.037 – 0.968, p=0.078). Tabla 1 muestra el análisis de regresión logística multivariante.

**Conclusiones:** 1. La edad media de los fallecidos era superior; 2. Aunque el amplio intervalo de confianza sugiere variabilidad, el riesgo de mortalidad fue menor en MPOpositivos; 3. Edad avanzada, TFGe y proteinuria elevada fueron factores de riesgo significativos de mortalidad. Niveles de hemoglobina más elevados y diagnóstico de PAM se asociaron a mejor pronóstico. Estos resultados subrayan la importancia del seguimiento con marcadores clínicos específicos.

**Tabla 1. Muestra el análisis de regresión logística multivariante.**

Características	Coficiente	Odds-Ratio	95% CI	p-valor
Edad	0.27	1.31	1.10-1.55	0.006
Sexo (mujer)	-0.18	0.84	0.65-1.08	0.145
Seguimiento	-0.002	0.998	0.996-1.00	0.322
Hemoglobina	-0.28	0.76	0.57-1.01	0.048
TFGe	0.45	1.57	1.05-2.35	0.020
Proteinuria	0.14	1.15	0.94-1.40	0.210
GPA	0.68	1.97	1.15-3.42	0.029

**188** **LA TOTALIDAD DE LA EVIDENCIA RESPALDA LA EXTRAPOLACIÓN DE LA INDICACIÓN DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO (SHUA) PARA EPYSQL® (BIOSIMILAR DEL ECULIZUMAB DE REFERENCIA)**

MV. MERCEDES LUCIA VELO PLAZA<sup>1</sup>, MV. MERCEDES LUCIA VELO PLAZA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** Eculizumab, un inhibidor de la vía terminal del complemento (C5), ha transformado el manejo de enfermedades raras, hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) y SHUA. El biosimilar de eculizumab, EPYSQL® (SB12), está aprobado en Europa, EE. UU. y Corea. Este abstract comenta sobre el principio de extrapolación de la indicación en SHUA a partir de datos de HPN, basada en totalidad de la evidencia que demuestra la biosimilaridad de SB12 con Soliris®, el producto de referencia eculizumab (ECU-RP).

**Material y métodos:** Se realizaron extensas evaluaciones analíticas (más de 40 ensayos de última generación) y evaluaciones no clínicas, comparando SB12 con ECU-RP. Se llevaron a cabo estudios clínicos comparando SB12 con ECU-RP en términos de farmacocinética (PK), farmacodinámica (PD), eficacia, seguridad, tolerabilidad e inmunogenicidad en sujetos sanos (Fase I) y en pacientes con HPN no tratados previamente con inhibidores del complemento (Fase III).

**Resultados:** Los resultados de caracterización estructural, fisicoquímica y biológica demostraron que SB12 es altamente similar a ECU-RP. Las actividades biológicas relacionadas con el mecanismo de acción fueron similares en cuanto a los atributos generales de calidad (por ejemplo, potencia de actividad de unión). La eficacia clínica equivalente y la seguridad comparable, PK, PD e inmunogenicidad entre SB12 y ECU-RP fueron confirmadas en sujetos sanos y pacientes con HPN no tratados previamente. SB12 fue aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) en mayo de 2023 para el tratamiento de HPN debido a este estudio de Fase III.

**Conclusiones:** Basado en la totalidad de la evidencia, en marzo de 2024, la Comisión Europea aprobó EPYSQL® para su uso en SHUA por principio de extrapolación.

[Ver figuras](#)

**189** **CONSULTA MULTIDISCIPLINAR NEFROLOGÍA-REUMATOLOGÍA: UN GRAN BENEFICIO PARA EL MÉDICO Y EL PACIENTE**

Y. HERNANDEZ HERNÁNDEZ<sup>1</sup>, Y. AMÉZQUITA ORJUELA<sup>1</sup>, S. CALDÉS RUIZSÁNCHEZ<sup>1</sup>, R. DIAZ MANCIBO<sup>2</sup>, V. MERCADO VALDIVIA<sup>3</sup>, G. LEDESMA SÁNCHEZ<sup>4</sup>, G. CARREÑO<sup>5</sup>, A. GALLEGOS VILLALOBOS<sup>6</sup>, R. ECHARRI CARRILLO<sup>7</sup>, A. CIRUGEDA GARCÍA<sup>8</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL INFANTA SOFÍA (MADRID)

**Introducción:** La atención sanitaria multidisciplinaria reúne a profesionales médicos de distintas especialidades con el objetivo de ofrecer una asistencia integral centrada en el paciente. Este enfoque permite abordar los problemas de salud desde distintas perspectivas, manteniendo una visión global del estado del paciente y facilitando un tratamiento más completo y personalizado. Las enfermedades sistémicas autoinmunes pueden afectar con frecuencia al riñón, lo que condiciona un peor pronóstico. Por ello, resulta fundamental un abordaje conjunto entre Nefrología y Reumatología. Los principales objetivos de este enfoque son: controlar la actividad de la enfermedad, prevenir recurrencias y toxicidad farmacológica, evitar la acumulación de daño orgánico, preservar la función renal a largo plazo, manejar las comorbilidades y mejorar tanto la calidad de vida como la supervivencia del paciente

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de la consulta multidisciplinaria Nefrología-Reumatología del Hospital Infanta Sofía, desde su inicio (02/11/2022) hasta el 31/12/2024. Se analizaron variables como el tipo de atención, motivo de seguimiento, número de consultas realizadas y características clínicas de los pacientes evaluados.

**Resultados:** Tipo de atención: Consultas presenciales conjuntas, realizadas dos veces al mes, máximo de 4 pacientes, total de 8 pacientes al mes.

Motivo de seguimiento: Enfermedad autoinmune con afectación renal aguda secundaria a patología sistémica, para control unificado del tratamiento.

Número total de consultas realizadas: 151 Número total de pacientes atendidos: 39 Distribución por patologías: n=39, Figura 1

Nefritis lúpica: 23 pacientes Vasculitis ANCA positivo: 4 pacientes Síndrome de Sjögren: 6 pacientes (afectación renal 4) Sin datos concluyentes de patología renal: 6 pacientes.

Situación actual (hasta 31/12/2024). Tabla 1

En seguimiento activo: 25 pacientes Alta consulta multidisciplinaria: 6 pacientes Seguimiento alternante: 6 pacientes Pérdidas por cambio de domicilio: 2 pacientes.

**Conclusiones:** La experiencia de la consulta multidisciplinaria ha sido altamente satisfactoria.

Este modelo permite simplificar el seguimiento y tratamiento del paciente, fomentar el aprendizaje mutuo entre especialidades y mejorar de manera significativa la calidad asistencial.

**Tabla 1. Resumen de consultas y pacientes.**

Categoría	Cantidad
Número total de consultas realizadas	151
Número total de pacientes atendidos	39
Pacientes en seguimiento activo	25
Pacientes con alta en consulta multidisciplinaria	6
Pacientes en seguimiento alternante (Reumatología y Glomerular)	6
Pérdidas por cambio de domicilio	2

**190** **FACTORES PRONÓSTICOS DE INICIO DE DIÁLISIS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA, ¿ACTIVIDAD O CRONICIDAD?**

CARMEN MON MON<sup>1</sup>, MILAGROS ORTIZ LIBREROS<sup>2</sup>, MARÍA SÁNCHEZ SÁNCHEZ<sup>3</sup>, CAROLINA LENTISCO RAMIREZ<sup>4</sup>, JEILYN ALICIA SOTOLONGO LORENZO<sup>5</sup>, IRENE GALINDO MARIN<sup>6</sup>, MARIANO ACUÑA BARRÓN<sup>7</sup>, SANTIAGO CEDEÑO MORA<sup>8</sup>, DIEGO JESUS SARDI GARCÍA<sup>9</sup>, JUAN CARLOS HERRERO RAMOS<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL U. SEVERO OCHOA (LEGANÉS /MADRID.); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL U. SEVERO OCHOA (LEGANÉS /MADRID)

**Introducción:** El 40% de los pacientes con Lupus desarrollan Nefritis lúpica (NL).

De estos, hasta un 30% progresaron a ERTC en los siguientes 10-15 años.

Con el paso de siglo, la mortalidad ha disminuido de un 17% a un 5-7%, pero el riesgo de inicio de hemodilísis se mantiene constante.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio observacional retrospectivo. Estudiamos la cohorte de pacientes con NL seguidos en nuestro Hospital. Analizamos histología, tratamientos recibidos, SLEDAI y datos de evolución clínica y demográficos.

**Resultados:** Se estudiaron 48 pacientes, 39 mujeres (81%), durante un periodo de seguimiento de 0,6-37 años, con una media de 19,28± 10,28. El SLEDAI inicial fue de: 17,1±8 (rango:4-44).

La mayoría de los pacientes fueron de raza caucásica (32, 66,7%). La media de edad al diagnóstico fue de 32±13,6 años (rango:12-66). La NL tipo IV fue la forma de presentación más frecuente, sola o en combinaciones (24 pacientes, 50%), seguida de la NL tipo V (12, 25%).

La ciclofosfamida fue el tratamiento de inducción más frecuente (23 pacientes, 47%). Mantuvieron esteroides durante toda la evolución 36 pacientes (75%).

22 pacientes (45%) recidivaron. En las recidivas, el tratamiento más usado fue el MMF (11 pacientes, 50%) y la NL tipo IV la forma histológica más frecuente.

9 pacientes (19%) desarrollaron ERTC en un tiempo de 15.5±8,5 años (rango: 5-31). Los pacientes con ERTC tenían una mayor cr inicial (1,2±0,9 vs 1,8±0,8, p:0.014), mayor tiempo de seguimiento 17±10 vs 25±8a, p:0.045), mayor IMC inicial (30±8 vs 25,3±5, p:0.045) y mayor IMC final (31,6±6,7 vs 26,5±5,6, P:0,04). Se encontró, además, una tendencia (p:0,063) a tratamiento de inducción con ciclofosfamida.

En el análisis multivariante, sólo el IMC final fue predictor de inicio de hemodilísis, P:0,033 ExpB:1.52 (1.01-1.53).

7 pacientes (14.5%) fueron exitus, (4 por neoplasias, 2 infecciones, 1 muerte súbita), el tiempo medio hasta exitus 22±8,5 a. Se encontró una tendencia (p:0,077) a relación entre exitus y ERTC. Se compararon los pacientes según fecha de inicio de seguimiento (24 pacientes pre2004/ 24 pacientes post2004). Se encontró que con el paso del tiempo lo raza caucásica dejó de ser mayoritaria (p:0.014) y la dosis acumulada de ciclofosfamida fue inferior de 10.7±11 vs 3,3±3.7 (p:0.05).

**Conclusiones:** Los datos de mortalidad y ERTC en nuestro estudio son similares a los publicados en otras cohortes de pacientes con NL; El desarrollo de ERTC en nuestra cohorte se relacionó, sobre todo, con datos de progresión clásicos (IMC, obesidad), pero no con índices de actividad de la enfermedad lúpica; Existe una tendencia a más mortalidad en los pacientes con ERTC; Se observa un cambio en la población con NL que posiblemente plantee nuevos retos terapéuticos.

## Resúmenes

## Glomerulopatías e inmunopatología

## 191 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE VOCLOSPORINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LÚPICA CON FACTORES CLÍNICOS E HISTOLÓGICOS DE MAL PRONÓSTICO

M. IRAOLA<sup>1</sup>, M. XIPELL<sup>1</sup>, C. GARBARINO<sup>2</sup>, E. GUILLÉN<sup>1</sup>, M. BLASCO<sup>1</sup>, M. ARGUDO<sup>1</sup>, JA. GÓMEZ-PUERTA<sup>3</sup>, R. CERVERA<sup>4</sup>, G. ESPINOSA<sup>5</sup>, LF. QUINTANA<sup>6</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (ESPAÑA), <sup>2</sup>SERVICIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (ESPAÑA), <sup>3</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (ESPAÑA)

**Introducción:** Voclosporina (VCS) es un nuevo inhibidor de la calcineurina eficaz en ensayos clínicos para nefritis lúpica (NL), pero su efectividad, seguridad y adherencia en la práctica real requieren más estudios. Este estudio analiza los resultados clínicos y analíticos en vida real en pacientes tratados con VCS.

**Métodos:** Análisis retrospectivo unicéntrico de una serie de pacientes con NL seguidos en el Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Servicio de Nefrología en tratamiento con VCS debido a la refractariedad al tratamiento o a criterios histológicos de mal pronóstico.

**Resultados:** Se identificaron cinco pacientes (80% mujeres, edad media 32.2 ± 9.1 años). Todos presentaron afectación articular; tres, afectación cutánea; dos, serositis y afectación hematológica. VCS se utilizó tras el fracaso del tratamiento en tres pacientes, mientras que dos lo recibieron como terapia de primera línea debido a factores histológicos de mal pronóstico. Antes de iniciar VCS, un paciente había sido tratado con mofetilo de micofenolato (MMF) y tacrolimus; otro había recibido ciclofosfamida, MMF, tacrolimus, belimumab y rituximab; un tercero había recibido MMF, tacrolimus y rituximab; mientras que los otros dos pacientes comenzaron con VCS inmediatamente después de ciclofosfamida (esquema ELNT) como terapia de primera línea. Al momento de iniciar VCS, todos los pacientes recibían hidrocortisona, y tres de ellos recibían prednisona (5 mg/día); en tres pacientes se realizó switch de MMF+tacrolimus a MMF+VCS, mientras que los otros dos comenzaron con VCS inmediatamente después de ciclofosfamida como terapia de primera línea.

El tiempo medio de tratamiento con VCS fue 7 [4-8] meses, con una mediana de 20 (5.5-52.5) meses desde el diagnóstico del último brote de NL hasta el inicio con VCS. Dos pacientes tenían clase IV; uno, clase IV+V; uno, clase III con lesiones podocitarias observadas por ME; y uno, clase I con podocitopatía lúpica. Excluyendo a este último, el IA e IC de la biopsia fue 7 [3.5-11] y 0.5 [0-2], respectivamente. Un paciente presentó NL incidente, mientras que los demás tenían NL recurrente.

La proteinuria al inicio del tratamiento fue 1793 [1697-5240] mg/g. La reducción media de UPCr desde el inicio del VCS hasta el último control fue -1033 mg/g [357.5-4376]. La función renal permaneció estable en todos los pacientes. No se observaron brotes extrarrenales y el perfil de seguridad fue favorable. La adherencia al tratamiento fue del 98.1% [74.1-99.68].

**Conclusiones:** VCS fue efectiva, a corto plazo, para optimizar el tratamiento en pacientes con NL con remisión renal incompleta a pesar del tratamiento o con factores histológicos de mal pronóstico, con un buen perfil de seguridad y adherencia.

## 192 CARACTERIZACIÓN DE LA LESIÓN VASCULAR AGUDA EN BIOPSIAS DE RIÑONES NATIVOS. ANÁLISIS DEL REGISTRO DE BIOPSIAS RENALES DE CANARIAS

P. DELGADO MALLEN<sup>1</sup>, D. LUIS RODRÍGUEZ<sup>2</sup>, S. ALADRO ESCRIBANO<sup>3</sup>, CA. SANTANA QUINTANA<sup>4</sup>, PA. DE LA FUENTE GEBAUER<sup>5</sup>, C. MARÍN DELGADO<sup>6</sup>, F. BATISTA GARCÍA<sup>7</sup>, F. GONZÁLEZ CABRERA<sup>8</sup>, N. DIAZ NOVO<sup>9</sup>, R. SANTANA ESTUPIÑÁN<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR - MATERNO INFANTIL (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR NEGRÍN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR - MATERNO INFANTIL (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

**Introducción:** Existe una amplia variedad de enfermedades renales que pueden provocar lesión vascular aguda (LVA) del tipo necrosis fibrinoide, hiperplasia concéntrica de la pared arterial, arteritis, edema mucicoide subintimal, trombos y microaneurismas. Suele tratarse de lesiones histológicas severas que, en ocasiones, condicionan un mal pronóstico renal.

**Objetivo:** Describir la frecuencia, los diagnósticos y principales características de las biopsias renales con LVA en el registro de riñones renales de Canarias.

**Método:** Estudio de diseño transversal, registro multicéntrico. Se seleccionaron 132 biopsias nativas que presentaban LVA de un total de 1846 biopsias realizadas en el periodo 2017-2023. Se incluyeron variables demográficas, clínicas e histopatológicas en el momento de la biopsia.

**Resultados:** La frecuencia de biopsias con LVA en el periodo 2017-2023 fue del 7% (n= 132). La LVA más frecuentemente descrita fue la necrosis fibrinoide (38%), seguida de hiperplasia concéntrica (33%), oclusión de la luz vascular (30%), trombos (11%), arteritis (10%), edema mucicoide subintimal (8%) y microaneurismas (2%). La edad media fue de 55 ± 14 años (26% mayores de 65 años), similar distribución por género (56% varones). La comorbilidad predominante fue la HTA (63%), seguida de DM (26%), ECV (14%) y neoplasia (10%). La ERC fue la indicación predominante de biopsia (39%). 11% de las biopsias se indicaron por AUA, y 10% por SN. En cuanto a los diagnósticos histológicos obtenidos, el 39% fueron enfermedades sistémicas autoinmunes (64% vasculitis, 33% lupus), 21% glomerulonefritis, 16% enfermedad renal diabética- nefroangioesclerosis, 12% microangiopatías trombóticas y 8% nefritis túbulointersticiales. Por último, destaca la alta frecuencia de lesiones crónicas concomitantes en estas biopsias: 38% fibrosis intersticial mod-severa, 39% atrofia tubular mod-severa, 23% arterioesclerosis mod-severa, 30% de glomeruloesclerosis superior al 25%, y 48% de hialinosis arteriolar.

**Conclusiones:** En nuestra muestra de biopsias renales, las LVA más frecuentes son la necrosis fibrinoide, la hiperplasia concéntrica y la oclusión de la luz vascular. La mayoría de estas LVA son ocasionadas por enfermedades renales secundarias, y ocurren en pacientes con elevada comorbilidad. No es infrecuente que estas LVA coexistan con lesiones de cronicidad histológica.

## 193 MOSAICO DE PRESENTACIONES CLÍNICAS EN LA NEFRITIS LÚPICA. ANÁLISIS DEL REGISTRO DE BIOPSIAS RENALES DE CANARIAS

P. DELGADO MALLEN<sup>1</sup>, D. LUIS RODRÍGUEZ<sup>2</sup>, F. GONZÁLEZ CABRERA<sup>3</sup>, N. DIAZ NOVO<sup>4</sup>, R. SANTANA ESTUPIÑÁN<sup>5</sup>, F. BATISTA GARCÍA<sup>6</sup>, PA. DE LA FUENTE GEBAUER<sup>7</sup>, C. MARÍN DELGADO<sup>8</sup>, CA. SANTANA QUINTANA<sup>9</sup>, S. ALADRO ESCRIBANO<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR NEGRÍN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR - MATERNO INFANTIL (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

**Introducción:** La nefritis lúpica (NL) constituye una de las manifestaciones orgánicas más frecuentes (35-60%) y severas del lupus. Para su correcta evaluación y diagnóstico es preciso la realización de biopsia renal, que ayudará a establecer la mejor estrategia terapéutica en cada caso.

**Objetivo:** Describir y analizar las diferentes presentaciones clínicas de la NL en el registro de biopsias renales de Canarias.

**Método:** Estudio de diseño transversal, registro multicéntrico. Se seleccionaron 139 biopsias nativas con diagnóstico histológico de NL de un total de 1846 biopsias realizadas en el periodo 2017-2023. Se incluyeron variables demográficas, clínicas e histopatológicas en el momento de la biopsia.

**Resultados:** Globalmente, la frecuencia de NL en el periodo 2017-2023 fue del 7.5% (n=139) de las biopsias de riñones nativos, variable anualmente (mínimo 4% en 2017, máximo 10% en 2020). La media de edad fue de 36 ± 14 años, 80% mujeres. La clase histológica más frecuente fue la NL-IV (35%), seguida de la NL-III (26%), NL-V (22%), NL mixtas III-IV + V (11%), NL-II (4%), NL-I (1%). El motivo de biopsia más frecuente fue anomalías urinarias asintomáticas (AUA) en el 52% de los casos, seguida por enfermedad renal crónica (ERC, 20%), sd nefrótico (SN, 14%), fracaso renal agudo (FRA, 10%) y otros (4%). Cuando se indicó biopsia por AUA, observamos hasta un 67% de formas histológicas proliferativas o mixtas. En la indicación por ERC, 96% de los diagnósticos lo constituían clases histológicas de NL subsidiarias de tratamiento inmunosupresor (41% NL-IV, 30% NL-III, 18% NL-V, 7% NL mixtas). Un 10% de los SN fueron debidos a NL-III. En la indicación por FRA no se observaron NL-V puras. En comparación al resto, las clases proliferativas puras (III, IV) se encontraban en las biopsias indicadas por el 51% de las AUA, 68% de los SN, 70% de ERC y 93% de FRA (p= 0.01). La situación renal de los casos de NL reflejada por parámetros analíticos como Cr, eGFR, proteinuria y hematuria en el momento de la biopsia, fue significativamente diferente en función de la clase histológica de NL.

**Conclusiones:** La biopsia renal en la NL constituye una herramienta diagnóstica imprescindible. Observamos una amplia variedad de presentaciones clínicas en las biopsias de NL, donde incluso mínimas manifestaciones analíticas renales pueden ser el reflejo de formas histológicas severas de NL.

## 194 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA POR IgA EMPLEANDO DATOS EN VIDA REAL DE ESPAÑA

J. RUBIO BEY<sup>1</sup>, J. LAFAVE<sup>2</sup>, M. WEISS<sup>3</sup>, L. VENERA<sup>4</sup>

<sup>1</sup>REGIONAL MEDICAL AFFAIRS MANAGER. CSL VIFOR (ESPAÑA), <sup>2</sup>INSIGHTS DIRECTOR. SPHERIX GLOBAL INSIGHTS (EE.UU.), <sup>3</sup>FRANCHISE HEAD. SPHERIX GLOBAL INSIGHTS (EE.UU.), <sup>4</sup>GLOBAL MEDICAL MANAGER. CSL VIFOR (SUÍZA)

**Introducción:** La nefropatía por inmunoglobulina A (NlgA) es la glomerulonefritis primaria más prevalente, caracterizada por una carga de enfermedad significativa. Dado que existen necesidades no cubiertas en su manejo, es crucial describir las características de los pacientes. Se presentan los resultados obtenidos en España a partir de cuestionarios médicos e historiales clínicos de pacientes con NlgA, con el objetivo de analizar estas características y compararlas con la muestra completa de 5 países europeos; Francia, Alemania, Italia, España y Reino Unido (5EU).

**Materiales y métodos:** Desde el 21/12/2023 hasta el 31/01/2024, se pasó un cuestionario a médicos españoles, que contaban con al menos 50 pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en etapas 1 a 4, con al menos 4 pacientes con NlgA sin diálisis y que pasaban más del 40 % del tiempo en entorno clínico. A su vez, se revisaron los historiales médicos de pacientes ≥13 años, con NlgA y no dializados, con TFGe ≥15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> y atendidos por su médico en los últimos 6 meses.

**Resultados:** 58 médicos españoles proporcionaron datos sobre 108 pacientes (514 5EU), principalmente hombres (63%), caucásicos (68%) de 36-43 años. 71% fueron referidos al nefrólogo por médicos de atención primaria. Los pacientes españoles tenían más probabilidades de ser referidos en una etapa temprana vs 5EU (53% vs 63% con una TFGe <60). En el momento de la derivación, el 47% de los pacientes españoles tenían ERC 1 o 2, 29% 3a, 13% 3b y 11% 4; el 25% fueron referidos tarde o extremadamente tarde. El 13% de los pacientes españoles tenían una proteinuria/24h <1 g/d en el momento de la derivación comparado con un 5% de 5EU. En la medida más reciente, los pacientes en España tenían una ligera probabilidad de tener un nivel de proteinuria/24h <1 g/d vs 5EU (27% vs 23% respectivamente). En España de los pacientes que más rápidamente progresaron (perdida >50% TFGe en el último año) el 75% tenían una proteinuria >1.5g/d. 49% de los pacientes tenían hipertensión, 24% hiperlipidemia, 15% obesidad, 14% fatiga y 10% diabetes tipo 2. Los médicos españoles observaron que la salud del 99% de los pacientes era buena o excelente. Sin embargo, la salud general percibida de los pacientes en España es menos favorable (44% vs 53% 5EU categorizados como "excelente salud").

**Conclusiones:** Los médicos observaron un estado de salud bueno o excelente en la mayoría de los pacientes con NlgA, pese a tener niveles elevados de proteinuria (que se relacionaron con una mayor progresión) o ERC avanzada. Aunque los pacientes españoles tienen más probabilidad de ser referidos antes que en la muestra completa de 5EU, estos datos indican la necesidad de un diagnóstico y tratamiento temprano.

## 195 ANÁLISIS DEL MANEJO TERAPÉUTICO ACTUAL DE LA NEFROPATÍA POR IgA EMPLANDO DATOS EN VIDA REAL DE ESPAÑA

J. RUBIO BEY<sup>1</sup>, J. LAFAVE<sup>2</sup>, M. WEISS<sup>3</sup>, L. VENERA<sup>4</sup>

<sup>1</sup>REGIONAL MEDICAL AFFAIRS MANAGER. CSL VIFOR (ESPAÑA), <sup>2</sup>INSIGHTS DIRECTOR. SPHERIX GLOBAL INSIGHTS (EE.UU.), <sup>3</sup>FRANCHISE HEAD. SPHERIX GLOBAL INSIGHTS (EE.UU.), <sup>4</sup>GLOBAL MEDICAL AFFAIRS MANAGER. CSL VIFOR (SUIZA)

**Introducción:** Las recomendaciones actuales para nefropatía por inmunoglobulina A (NlgA) se centran en optimizar tratamientos de apoyo como IECA y/o ARA. Dado que existen necesidades no cubiertas, es crucial describir el manejo actual. Se presentan resultados obtenidos en España a partir de cuestionarios médicos e historiales clínicos de pacientes con NlgA, comparándolos con la muestra completa de cinco países europeos; Francia, Alemania, Italia, España y Reino Unido (5EU).

**Material y método:** Desde 21/12/2023 hasta 31/01/2024, se pasó un cuestionario a médicos españoles, que contaban con al menos 50 pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en etapas 1 a 4, al menos 4 con NlgA sin diálisis y que pasaban más del 40 % del tiempo en entorno clínico. También, se revisaron historiales médicos de pacientes  $\geq 13$  años, con NlgA y no dializados, con TFGe  $\geq 15$  ml/min/1.73m<sup>2</sup> y atendidos por su médico en los últimos 6 meses.

**Resultados:** 58 médicos españoles proporcionaron datos de 108 pacientes (514 5EU), mayormente hombres (63%) y caucásicos (68%) de entre 36-43 años. Al derivar al nefrólogo, 74% tomaba IECA y/o ARA, 7% otros antihipertensivos, y 3% i-SGLT2 (vs 69%, 15%, 6% en 5EU); 12% ninguna terapia (vs 11% 5EU). De media, los pacientes españoles tenían 5.5 medicamentos recetados (vs 5 en 5EU). En la visita más reciente, 27% tomaban IECA y/o ARA en monoterapia (vs 34% en 5EU); 47% combinado con i-SGLT2 (vs 43% en 5EU), 7% con corticosteroides (vs 6% en 5EU) y 6% ambos (vs 7% en 5EU). En la visita más reciente, los pacientes en España tenían más probabilidades de tener un UPCR  $< 1.0$ g/g (37% vs. 26% de la muestra completa de 5EU); sin embargo, el 40% tenía un valor  $> 1.0$ g/g a pesar de los tratamientos actuales (23% sin resultados recientes). Los IECA/ARA es la terapia dominante, seguida por i-SGLT2. Los corticosteroides pueden ser utilizados tempranamente según la actividad. Los nefrólogos expresaron "alta preocupación" por la cantidad de esteroides tomados por 2/3 de sus pacientes. El 67% de los pacientes españoles eran "completamente adherentes", 32% "algo adherentes" y 1% "nada adherentes" (en 5EU 69%, 28% y 3%). 51% de los médicos españoles no estaban satisfechos con las respuestas al tratamiento; anticipando que 70% de pacientes necesitaría diálisis (vs 73% en 5EU).

**Conclusiones:** Muchos médicos no están satisfechos con las opciones actuales de tratamiento para NlgA, porque los niveles elevados de proteinuria, la disminución de la TFGe y los efectos secundarios requieren otro tratamiento. El uso de terapias combinadas, en España es ligeramente superior a la muestra completa de 5EU. Este estudio indica que son necesarios tratamientos más eficaces y seguros para NlgA, que permitan la satisfacer las necesidades de los pacientes y eviten el deterioro renal a largo plazo.

## 196 CARACTERÍSTICAS BASALES DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE UNA COHORTE INICIAL DE PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA TRATADOS CON VOCLOSPORINA EN ESTADOS UNIDOS: REGISTRO ENLIGHT-LN

M. FERRÉS MASÓ<sup>1</sup>, N. NOBAKHT<sup>2</sup>, LB. GERALDINO-PARDILLA<sup>3</sup>, LM. WISE<sup>4</sup>, M. KAMGAR<sup>5</sup>, L. CIPO-LLA<sup>6</sup>, LS. HODGE<sup>7</sup>, K. DAHL<sup>8</sup>

<sup>1</sup>MEDICAL MANAGER SPECIALTIES. OTSUKA PHARMACEUTICAL S.A. (BARCELONA, ESPAÑA), <sup>2</sup>NEPHROLOGY. DAVID GEFEN SCHOOL OF MEDICINE (LOS ANGELES, CALIFORNIA, ESTADOS UNIDOS), <sup>3</sup>RHEUMATOLOGY. COLUMBIA UNIVERSITY IRVING MEDICAL CENTER (NEW YORK, ESTADOS UNIDOS), <sup>4</sup>CLINICAL MEDICINE. KECK SCHOOL OF MEDICINE (LOS ANGELES, CALIFORNIA, ESTADOS UNIDOS), <sup>5</sup>MEDICAL SCIENCE LIAISON & REGISTRY STUDY. AURINIA PHARMACEUTICALS INC. (EDMONTON, ALBERTA, CANADA), <sup>6</sup>MEDICAL INFORMATION AND COMMUNICATIONS. AURINIA PHARMACEUTICALS INC. (EDMONTON, ALBERTA, CANADA), <sup>7</sup>ASSOCIATE MEDICAL DIRECTOR. AURINIA PHARMACEUTICALS INC. (EDMONTON, ALBERTA, CANADA)

**Introducción:** Voclosporina está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con nefritis lúpica (NL) activa. En los estudios AURORA 1 y AURORA 2, la adición de voclosporina a micofenolato de mofetilo (MMF) y glucocorticoides en dosis bajas dieron lugar a una reducción significativamente mayor y más temprana en la proteinuria, manteniendo estables los niveles de la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) durante 3 años.

Enlight-LN es un registro prospectivo, observacional, todavía en curso, diseñado para caracterizar la efectividad y patrones de tratamiento con voclosporina en práctica clínica en Estados Unidos (EEUU). Esta comunicación proporciona una descripción de las características basales demográficas y clínicas de los pacientes actualmente registrados en Enlight-LN.

**Métodos:** En el registro Enlight-LN se incluyen pacientes  $\geq 18$  años, con NL confirmada por biopsia, que están iniciando o iniciaron tratamiento con voclosporina 12 meses antes de proporcionar el consentimiento para participar en el estudio. Los pacientes reciben atención y tratamiento de acuerdo con la práctica clínica habitual. Los datos se extraen de las historias clínicas aproximadamente cada 3 meses, durante 5 años tras la inclusión en el registro, e incluyen información demográfica, características de la enfermedad, tratamientos recibidos y su respuesta.

**Resultados:** Se recopilaron los datos de 123 pacientes registrados hasta el 31 de diciembre de 2023. La edad oscilaba entre los 18 y 72 años (mediana: 33 años), y un 82,9% eran mujeres. La mayoría de los pacientes se autoidentificaron como blancos (43,1%) o negros/afroamericanos (35,8%); un 7,3% eran asiáticos. Un total de 35,8% de los pacientes eran hispanos/latinos. La mediana (rango) de tiempo desde el primer diagnóstico de NL fue de 1,1 (0-26,2) años. Más de la mitad de los pacientes (62,6%) tenían NL de clase III o IV $\pm$ V. La mediana de los niveles de TFGe y creatinina sérica fue 90 (20-143) mL/min/1,73m<sup>2</sup> y 0,9 (0-66) mg/dL, respectivamente. La mediana de UPCR fue 2,0 (0-16,8) g/g. Al iniciar voclosporina, 107 pacientes estaban en inmunosupresión concomitante (antipalúdicos: 72,4%; MMF/micofenolato sódico: 70,7%; belimumab: 13%). Además, un 58,5% de los pacientes recibía esteroides y un 40,7% inhibidores del sistema renina-angiotensina. Tres pacientes tomaban inhibidores de SGLT-2.

**Conclusiones:** Los datos basales de esta cohorte inicial de pacientes reflejan la gran población de pacientes con NL en EEUU, incluyendo una alta proporción de pacientes negros, hispanos y/o latinos. La inclusión de pacientes adicionales y continua recopilación de datos proporcionarán información valiosa sobre el uso de voclosporina en práctica clínica.

## 197 AVACOPAN EN VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA (VAA). NUESTRA EXPERIENCIA

MC. PRADOS SOLER<sup>1</sup>, CM. MIRANDA AGUILERA<sup>2</sup>, M. PANADERO MOYA<sup>3</sup>, R. GARÓFANO LÓPEZ<sup>4</sup>, FJ. GONZÁLEZ MARTÍNEZ<sup>5</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECARDENAS (ALMERÍA/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECARDENAS (ALMERÍA/ESPAÑA)

**Introducción:** La activación del complemento juega un papel importante en la patogénesis de las VAA. Avacopan, un potente antagonista del Receptor C5a, es un nuevo tratamiento indicado para la VAA en casos seleccionados. Presentamos nuestras primeras experiencias con avacopan.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con VAA que iniciaron avacopan asociado a terapia estándar, entre Agosto/20202 y Julio/2024. Todos los pacientes tenían afectación renal.

**Resultados:** Se analizaron 6. Pacientes. El 66% eran hombres y el 33% mujeres. La mediana de edad fue de 57 años (47-65). El 66% eran ANCA PR3 positivos y el 33% ANCA MPO positivos. El 16% fue recaída de VAA y el 83% fue de nuevo diagnóstico.

El principal órgano afectado fue el riñón (100%), con un FG medio de 25.9 (15-38) ml/min, proteinuria media de 1.9 (3.64-1.04) gr/24h. El 83% tuvieron Síndrome pulmón-riñón, con hemorragia alveolar, precisando plasmaféresis.

El 100% recibieron terapia estándar con corticoides, ciclofosfamida y rituximab, además de avacopan.

La TFGe aumentó a 73 ml/min al año de tratamiento. Se consiguió la remisión completa de la proteinuria en todos los pacientes.

En 2 pacientes (Caso 1 y Caso 2), el avacopan fue suspendido al año; uno de ellos presentó una recaída a los 16 meses de suspender avacopan.

El Caso Clínico 4 presentó una gran mejoría de función renal (Creatinina 3 -4,2 mgr/dl  $\rightarrow$  Cr 1.6 mgr/dl al año de iniciar avacopan). Actualmente (2 años después del inicio de avacopan), presenta Creatinina 1.4 mgr/dl.

Una paciente (Caso Clínico 3) presentó una neutropenia por lo que se suspendió avacopan; 3 meses después fue éxitus por una Sepsis de origen abdominal.

Un paciente (Caso Clínico 5) presentó una Sepsis de origen urinario, estando en tratamiento con avacopan y dapagliflozina.

**Conclusiones:** La adición de Avacopan al tratamiento estándar de las VAA contribuye a controlar la actividad clínica y permite usar dosis menores de esteroides.

Pacientes con VAA que presenten deterioro severo de función renal podrían beneficiarse del uso de Avacopan, incluso aunque en la biopsia renal informen de un índice de cronicidad severo, especialmente en pacientes con función renal previa normal.

El tiempo de mantenimiento con Avacopan podría prolongarse más allá de 1 año, en determinados perfiles de paciente. Puede observarse gran discordancia entre los datos analíticos y los hallazgos histológicos en VAA.

## 198 IMPLICACIONES DE LA REMISIÓN DE LA PROTEINURIA EN LA TRAYECTORIA DE LA TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR ESTIMADA (TFGe) EN PACIENTES CON NEFROPATÍA POR IgA (NlgA) EN EL ENSAYO PROTECT

JR. JAVIER RUBIO<sup>1</sup>, HH. HIDDO JAN L. HEERSPINK<sup>2</sup>, VT. VLADIMIR TESA<sup>3</sup>, RK. RADKO KOMERS<sup>4</sup>, BH. BRUCE M. HENDRY<sup>5</sup>, PP. PRISCILA PRECIADO<sup>6</sup>, BR. BRAD H. ROVIN<sup>7</sup>

<sup>1</sup>NEPHROLOGY. CSL VIFOR (BARCELONA, SPAIN), <sup>2</sup>NEPHROLOGY. DEPARTMENT OF CLINICAL PHARMACY AND PHARMACOLOGY, UNIVERSITY OF GRONINGEN (GRONINGEN, NETHERLANDS), <sup>3</sup>NEPHROLOGY. DEPARTMENT OF NEPHROLOGY, GENERAL UNIVERSITY HOSPITAL, CHARLES UNIVERSITY (PRAGUE, CZECHIA), <sup>4</sup>NEPHROLOGY. TRAVERE THERAPEUTICS, INC. (SAN DIEGO, CALIFORNIA, UNITED STATES), <sup>5</sup>NEPHROLOGY. DIVISION OF NEPHROLOGY, OHIO STATE UNIVERSITY WEXNER MEDICAL CENTER (COLUMBUS, OHIO, UNITED STATES)

**Introducción:** En PROTECT, el esparsentán (SPAR) redujo la proteinuria y aumentó la proporción de pacientes que alcanzaron una remisión completa de la proteinuria (RC; proteinuria  $< 0,3$  g/día) (31 %) frente al irbesartán (IRB) (11 %). Una menor proteinuria y una RC se asocian con un deterioro más lento de la función renal en la NlgA. En este análisis, se determinaron las trayectorias de la TFGe en pacientes con niveles bajos de proteinuria.

**Métodos:** PROTECT es un ensayo aleatorizado, doble ciego, de eficacia y seguridad de SPAR frente a IRB en adultos con NlgA en riesgo de progresión a insuficiencia renal a pesar de la inhibición máxima del sistema renina-angiotensina. En este análisis, 404 pacientes fueron agrupados por alcanzar la RC o proteinuria  $< 0,5$  g/día en cualquier momento durante 110 semanas. Los resultados fueron el cambio absoluto desde el valor inicial en la TFGe en la semana 110 y las pendientes crónicas (semana 6-110) y total (día 1-semana 110) de la TFGe (ajustado para la proteinuria inicial).

**Resultados:** La proteinuria inicial fue menor y la TFGe mayor en los pacientes que alcanzaron niveles de proteinuria bajos frente a los de proteinuria alta (tabla). El descenso absoluto de la TFGe y la pérdida de TFGe con el tiempo fueron menores en los pacientes con RC o proteinuria  $< 0,5$  g/día frente a los que no alcanzaron estos objetivos.

**Conclusiones:** La preservación de la TFGe fue más evidente en los pacientes que alcanzaron una proteinuria baja que en los que no la alcanzaron. En los pacientes que alcanzaron RC, la pendiente crónica de la TFGe fue  $< 1,0$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>/año. Este análisis apoya el beneficio de SPAR en la preservación de la función renal a largo plazo.

 Ver tabla



## 203 EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS Y LA NEFRITIS LÚPICA CON BELIMUMAB

CR. CRISTINA FERNANDEZ GONZALEZ<sup>1</sup>, AD. ANGELA DIAZ TORRALBO<sup>2</sup>, VE. VERONICA DE LA ESPADA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL U. JEREZ DE LA FRONTERA (CADIZ);<sup>2</sup>NEFROLOGIA. H. U. JEREZ DE LA FRONTERA (CADIZ);<sup>3</sup>NEFROLOGIA. H.U. JEREZ DE LA FRONTERA (CADIZ)

**Introducción:** La Nefritis Lúpica (NL) es una de las complicaciones más graves del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). El tratamiento es fundamental para el pronóstico renal y global, y no está libre de complicaciones. El belimumab es un anticuerpo (Ac) monoclonal humano, indicado en el tratamiento LES activo a pesar de tratamiento estándar y recientemente en NL. Analizamos la experiencia de nuestro centro con pacientes bajo Belimumab por cualquier indicación.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo de pacientes con LES que han recibido Tto con belimumab (n= 40) desde 2015 hasta la actualidad, y de forma detallada de aquellos atendidos de forma multidisciplinar (Reumatología/Nefrología) por afectación renal (n=10). El objetivo es analizar la efectividad en práctica clínica real. Se incluyen variables clínico-demográficas habituales, tiempo de evolución de la enfermedad, Tto concomitante y de forma específica. Analizamos su evolución tras inicio de Belimumab y buscamos complicaciones relacionadas.

**Resultados:** Los motivos de retirada precoz de Belimumab fueron refractividad (2 casos), fotosensibilidad (1), ineffectividad cutánea (1) y diarrea(1). Nuestra cohorte presentó antes de Belimumab una creatinina media 1,17 mg/dL, FGe de 85,24 ml/min, proteinuria de 1124 mg/g, anti-DNAde de 226 UI/mL, C3 89 mg/dL y C4 15 mg/dL. Tras 6 meses el FGe aumentó a 100 ml/min (p>0,05), la proteinuria disminuyó a 368 mg/g (p<0,05), se normalizó el complemento, tanto C3 como C4 (p<0,05) y disminuyeron los títulos de anti-DNAde 165 UI/mL (p<0,05). Al año de seguimiento (con respecto al inicio de tratamiento), FGe se mantuvo en 85,9 ml/min, (p<0,05), la proteinuria disminuyó a 266 mg/g (p<0,05), se normalizó el complemento, tanto C3 como C4 (p<0,05) y disminuyeron los títulos de anti-DNAde 186 UI/mL (p<0,05).

**Conclusiones:** El tratamiento con belimumab añadido al tratamiento inmunosupresor estándar mostró efectividad en la afectación renal y sistémica en nuestra serie. Hemos reducción de proteinuria tras 6 y 12 meses con tendencia a largo plazo con claro potencial beneficio sobre la función renal, así como estabilización de marcadores de actividad lúpica.

## 204 USO DE ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL DIAGNÓSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA REALIZADA EN ESPAÑA CON DATOS DE LA VIDA REAL

M. FERRES<sup>1</sup>, E. GODDARD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO MÉDICO. OTSUKA PHARMACEUTICAL SA (ESPAÑA);<sup>2</sup>REUMATOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA. ADELPHI REAL WORLD (REINO UNIDO)

**Introducción:** La nefritis lúpica (NL) es una complicación renal grave del lupus eritematoso sistémico. El Grupo de Estudio de Enfermedades Glomerulares de la Sociedad Española de Nefrología (GLOSEN) recomienda utilizar, en casos de nefritis lúpica, las pruebas de filtración glomerular (FG), de proteinuria y del cociente de albúmina/creatinina en orina (CACU) para evaluar la eficacia del tratamiento y hacer un seguimiento de la progresión de la enfermedad. Este estudio tuvo como objetivo analizar el uso en la vida real de estas pruebas renales en el diagnóstico y el seguimiento de pacientes con NL en España.

**Métodos:** Los datos procedían del Adelphi Real World Lupus Disease Specific Programme™, un estudio transversal realizado en España con nefrólogos y pacientes con NL entre mayo y diciembre de 2021. Los médicos aportaron datos demográficos de sus pacientes y de las pruebas realizadas para el diagnóstico y el seguimiento de la NL. Los análisis fueron descriptivos.

**Resultados:** Un total de 19 nefrólogos aportaron datos referidos a 81 pacientes con NL; en la Tabla 1 se resumen los datos demográficos.

En el momento del diagnóstico de la NL, al 54,3 % de los pacientes se les midió la TFG estimada (TFGe)/TFG/aclaramiento de creatinina (ClCr) junto con la proteinuria (Tabla 1). Durante el seguimiento de la NL, al 56,4 % de los pacientes se les midió la TFGe/TFG/ClCr junto con la proteinuria (Tabla 1).

**Conclusiones:** A pesar de las recomendaciones de GLOSEN, a más del 40 % de los pacientes no se les realizó un análisis de la proteinuria en el momento del diagnóstico y durante el seguimiento de la enfermedad. Esto pone de manifiesto la necesidad de un mejor manejo de los análisis de proteinuria en pacientes con NL en España, con el fin de mejorar el control y los resultados de dichos pacientes.

**Tabla 1.** Datos demográficos de los pacientes y análisis de la función renal utilizados para el diagnóstico y el seguimiento de pacientes con NL. Información aportada por los nefrólogos participantes.

	n = 81
Edad del paciente (años): mediana (RQ)	45,0 (34,5, 52,0)
Sexo del paciente: n (%)	Mujer: 64 (79,0)
Origen étnico del paciente: n (%)	Blanco: 67 (82,7)
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico* (años): mediana (RQ)	n = 73 3,1 (0,9, 8,3)
Pruebas renales utilizadas para llegar al diagnóstico de NL: n (%)	n = 81
	TFGe/TFG/ClCr <sup>†</sup>
	26 (69,0)
	CACU
	59 (72,8)
	Proteinuria
	44 (54,3)
	TFGe/TFG/ClCr y proteinuria
	44 (54,3)
	TFGe/TFG/ClCr y CACU
	59 (72,8)
	CACU o proteinuria
	62 (76,5)
	CACU y proteinuria
	43 (50,6)
Pruebas renales utilizadas para el seguimiento de la NL: n (%)	n = 78
	TFGe/TFG/ClCr <sup>†</sup>
	73 (93,6)
	CACU
	56 (71,8)
	Proteinuria
	45 (57,7)
	TFGe/TFG/ClCr y proteinuria
	44 (56,4)
	TFGe/TFG/ClCr y CACU
	56 (71,8)
	CACU o proteinuria
	67 (85,9)
	CACU y proteinuria
	34 (43,6)

\*Pacientes con datos disponibles

<sup>†</sup>TFGe, TFG y ClCr se analizaron de manera agrupada ya que pueden usarse indistintamente en la práctica clínica

CACU: cociente albúmina/creatinina en orina, ClCr: aclaramiento de creatinina, TFG: tasa de filtración glomerular, TFGe: tasa de filtración glomerular estimada, NL: nefritis lúpica, RQ: rango intercuartil

## 205 EXPERIENCIA CON IPTACOPÁN EN PACIENTES CON GLOMERULOPATÍA C3 (GC3): DATOS DEL PROGRAMA DE ACCESO TEMPRANO

M. VIDAL<sup>1</sup>, S. SMEETS<sup>2</sup>, S. ANSARI<sup>3</sup>, S. RIZK<sup>4</sup>, I. KRISHNAN<sup>4</sup>, NJ. WEBB<sup>4</sup>, M. MEIER<sup>4</sup>

<sup>1</sup>NOVARTIS FARMACÉUTICA, S.A., (BARCELONA, ESPAÑA);<sup>2</sup>NOVARTIS PHARMA AG (BASILEA, SUIZA);

<sup>3</sup>NOVARTIS INSTITUTES FOR BIOMEDICAL RESEARCH (CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS, ESTADOS UNIDOS);

<sup>4</sup>NOVARTIS PHARMACEUTICALS CORPORATION (EAST HANOVER, NEW JERSEY, ESTADOS UNIDOS)

**Introducción:** La GC3 es una glomerulonefritis primaria grave causada por la desregulación de la vía alternativa (VA) del complemento; >50% de pacientes progresan a insuficiencia renal en **Material y método:** Las peticiones presentadas al EAP se aprobaron si cumplían los criterios de elegibilidad y las leyes/normativas locales aplicables. La recurrencia de GC3 debía ser confirmada mediante biopsia. Los clínicos recibieron iptacopán (200mg bid) para tres meses. Generalmente, se presentaron solicitudes de reabastecimiento cada tres meses; se recogieron los TFGe. Los eventos adversos (EA) se recopilaron mediante notificación espontánea. Fecha de corte de datos: 27/Febrero/2024.

**Resultados:** 12 pacientes con GC3 recurrente recibieron iptacopán: mediana de edad de 40 años (17-76); 75% varones; mediana de duración del tratamiento con iptacopán de 214 días (15-1017); TFGe media basal de 44,4 mL/min/1,73m<sup>2</sup> (DE: 21,6). El análisis que compara la pendiente de la TFGe antes y después del inicio de iptacopán sugirió una potencial estabilización de la función renal (Figura). 3 pacientes reportaron 26 EA, 12 de ellos graves (todos no relacionados con iptacopán, excepto uno de neumonía bacteriana).

**Conclusiones:** Tras un período histórico de disminución de la TFGe post-trasplante sin tratamiento con iptacopán, los pacientes con GC3 recurrente mostraron una potencial estabilización de la progresión con iptacopán. Los EA fueron consistentes con el perfil de seguridad conocido; sin nuevos hallazgos de seguridad.

## 206 ANALISIS DE UNA SERIE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LES CON AFECTACION RENAL: ¿HA CAMBIADO EL PERFIL DE PACIENTES Y TRATAMIENTOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

P. GARCÍA LEDESMÁ<sup>1</sup>, A. GARCÍA DE BUSTOS<sup>1</sup>, A. HERNANDO<sup>1</sup>, A. FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, A. GOYOAGA<sup>1</sup>, I. GALLARDO<sup>1</sup>, C. OSORIO<sup>1</sup>, S. BILBAO<sup>1</sup>, M. GALÁN<sup>1</sup>, I. JIMENO<sup>1</sup> NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GÁLDEKAO-USANSOLO (BILBAO/ESPAÑA)

**Introducción:** La afectación renal en LES puede estar presente hasta en 60% de los casos, y constituye la afectación orgánica más grave.

**Objetivos:** Analizar un grupo de pacientes diagnosticados de LES con afectación renal para ver su evolución y respuesta a tratamiento.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo y observacional realizado a pacientes diagnosticados de LES y afectación renal, entre 2019-2024, en seguimiento y control por Nefrología. Se analizaron variables demográficas: edad de diagnóstico, sexo y tiempo de seguimiento; variables clínicas: creatinina, FG-CKD-EPI y CAC al inicio y al final del seguimiento, microhematuria al inicio, marcadores de autoinmunidad, biopsia renal, necesidad de TRS, afectación extra-renal, tratamiento inmunosupresor y las complicaciones.

**Resultados:** 22 pacientes, media de edad al diagnóstico 37 (20-77) años, 72,7% mujeres, mediana de seguimiento 60 [12-276] meses, media de creatinina sérica de 1,29 mg/dl y de CKD-EPI 84,5 ml/min al inicio y al final del seguimiento media creatinina 1,04 mg/dl y CKD-EPI 78,4 ml/min; mediana CAC inicio 841,5 [155-9000] mg/g y CAC final 84,5 mg/g [46-120]. 77,2% con microhematuria. 19 con biopsia (86,3%), y 4 con 2 biopsias renales con los siguientes resultados: 4 clases II, 5 clase III, 9 clase IV, 1 clase III-IV, 3 clase V y 1 clase VI.

100% ANAS positivos: 86,3% ANTI-DNA, 45,5% ENAS, 54,3% con complemento bajo y sólo 3 pacientes con Anti-fosfolípido. 4 pacientes tenían afectación únicamente renal, 8 cutánea, 7 Hematológica, 9 articular, 4 serositis, 2 pulmonar y 1 afectación de SNC.

Tratamiento de inducción 100% metilprednisolona iv y prednisona oral, CFM 5 pacientes (22,7%) de inducción y 9 pacientes (40,9%) en algún momento (dosis media 4247 mg). 72,2% (17) con MMF (dosis media 1,9 gr). De mantenimiento 17 pacientes se trataron con MMF y 1 con AZA. Otros tratamientos: 3 belimumab, 3 rituximab, 2 anifrolumab y 2 tacrolimus.

Efectos secundarios achacables a la inmunosupresión: 1 cistitis hemorrágica, 1 neumonía, 3 infecciones respiratorias, 1 alteración hematológica, 1 alteración hepática.

1 paciente precisó TRS de mantenimiento, pero ninguno TRS crónica, sin casos de muerte. **Conclusiones:** En nuestra serie los pacientes con LES con afectación renal responden de manera adecuada al tratamiento: el 68,2% alcanzan la remisión completa, sin efectos secundarios importantes.

El tratamiento de elección es el MMF, la CFM para los casos de afectación renal severa, el tacrolimus para la clase V, belimumab para los casos más recientes con afectación extra-renal y el rituximab para la afectación del SNC.

Ningún paciente ha precisado TRS crónica y solo uno de mantenimiento.

## 207 ENFERMEDAD ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS DE UNA COHORTE ESPAÑOLA

RM. MARTÍNEZ RAMÍREZ<sup>1</sup>, A. ITURRALDE JARA<sup>1</sup>, C. MOLIZ CORDÓN<sup>1</sup>, R. TOLEDO ROJAS<sup>1</sup>, M. LEÓN FRADEJAS<sup>2</sup>, V. LÓPEZ JIMÉNEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA/ESPAÑA), <sup>2</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA/ESPAÑA)

**Introducción:** La enfermedad anti-membrana basal glomerular (anti-MBG) es una vasculitis de pequeño vaso causada por autoanticuerpos dirigidos contra los capilares glomerulares y pulmonares. Supone menos del 1% de las causas de enfermedad renal crónica. La rapidez en el diagnóstico e instauración del tratamiento es fundamental para la supervivencia del paciente.

**Material y métodos:** presentamos un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico que describe las características clínicas e histológicas, así como el tratamiento recibido de una cohorte de pacientes con enfermedad anti-MBG en la provincia de Málaga entre los años 2008 y 2024.

**Resultados:** 16 pacientes fueron diagnosticados de enfermedad anti-MBG. Más de la mitad (56.3%) presentaron doble positividad anti-MBG y ANCA, de los cuales la mayoría (77.7%) fueron anti-MPO.

De los 16 pacientes, 7 requirieron terapia renal sustitutiva al diagnóstico. La necesidad de terapia renal sustitutiva al diagnóstico no se asoció de manera significativa con la supervivencia renal, pero sí la creatinina sérica al diagnóstico (HR 1.168 p=0.033).

Respecto al tratamiento, todos los pacientes a excepción de uno recibieron plasmaféresis. La supervivencia renal y la supervivencia del paciente fueron menores en el grupo que recibe más de 10 sesiones de PF, aunque no fue significativo en el análisis estadístico. Todos los pacientes recibieron choques de corticoides; a pesar de que se observó una menor progresión a enfermedad renal crónica terminal en el grupo que recibió dosis total de 3 g frente al que recibió 1.5g, al compararlos, no resultaron significativos. Del resto del tratamiento, un 94% fue tratado con ciclofosfamida, un 31% con rituximab, un 6% con micofenolato de mofetilo, un 20% con azatioprina y un 20% con eculizumab.

La mitad de los pacientes fallecieron, un 25% en el primer año tras el diagnóstico. La principal causa de muerte fue infecciosa (18.8%). Un 22.2% de los fallecimientos fue atribuido de forma directa a la enfermedad. Un 25% recibió un trasplante renal, no hubo ningún caso de recidiva de enfermedad en el injerto renal.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte encontramos mayor proporción de doble positividad anti-MBG y ANCA que las descritas en la literatura. La necesidad de terapia renal sustitutiva al diagnóstico no se asoció con la supervivencia, a diferencia de lo que ha sido descrito en otras cohortes. Sí se asoció de manera significativa la creatinina sérica al diagnóstico con la supervivencia renal. Se necesitan estudios con un mayor número de pacientes para obtener resultados estadísticamente significativos.

## 208 BIOPSIA RENAL EN LA GAMMAPATÍA MONOCLONAL

J. VIDIELLA MARTÍN<sup>1</sup>, J.C. MARTÍNEZ OCAÑA<sup>1</sup>, C. COMAS MIR<sup>1</sup>, O. GARCÍA ACEVEDO<sup>1</sup>, M. VIDAL BORRERO<sup>2</sup>, A. REQUES LLANOS<sup>3</sup>, J. ALMIRALL DALY<sup>4</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. CPS TAULÍ (SABADELL), <sup>2</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. CPS TAULÍ (SABADELL)

**Introducción:** La gammapatía monoclonal (GM) de significado renal (GMSR) es un subgrupo de GM no tributario de tratamiento hematológico, pero que presenta una lesión renal relacionada con el componente monoclonal (CM) que podría beneficiarse de tratamiento específico.

**Objetivo:** Describir la frecuencia de GMSR y las características clínicas e histológicas de los pacientes con GM sometidos a una biopsia renal (BR).

**Métodos:** Revisión retrospectiva de 524 BR realizadas en nuestro hospital entre 01/2009-12/2024 y análisis de los casos con GM.

**Resultados:** Tenían CM en sangre u orina 38 (7,2%) de los 524 pacientes biopsiados. Características basales: mujeres, 53%; edad media, 67,2±12,4 años; diabéticos, 26,3%; hipertensos, 71,1%; síndrome nefrótico, 36,8%; fracaso renal agudo, 50%; antecedente de insuficiencia renal crónica, 63,2%; filtrado glomerular estimado (CKD-EPI), 35,9±27,7 ml/min/1,73m<sup>2</sup>; proteinuria 3,4±3,0 g/24h; hematuria, 50,0%; CM en sangre, 8,8±12,9 g/L; CM en orina, 58,0%. Fueron diagnosticados de mieloma múltiple 9/38 pacientes: 7 con nefropatía por cilindros de cadenas ligeras y 2, otras nefropatías no relacionadas con la GM.

En los otros 29 pacientes se sospechó una GMSR, de los cuales:

- 16 (55%) tenían nefropatías no asociadas a la GM (3 nefroangioesclerosis, 3 nefropatías túbulo-intersticiales, 2 nefritis lúpicas, 2 nefropatías diabéticas, 1 nefropatía por cambios mínimos, 1 vasculitis ANCA+, 1 nefropatía IgA, 1 nefropatía membranosa, 1 glomerulonefritis focal y segmentaria, 1 nefropatía ateroembólica).
- 13 (45%) presentaban GMSR: 4 amiloidosis AL, 3 glomerulonefritis membranoproliferativas (GNMP) crioglobulinémicas, 3 tubulopatías proximales por cadenas ligeras, 1 nefropatía por depósitos monoclonales de IgM, 1 GNMP por depósitos de C3 y 1 microangiopatía trombótica.

Entre 2009-17, 12/281 BR (4,2%) tenían GM contra 26/243 (10,7%) en 2018-24. De las BR con GM, 3/12 (25,0%) fueron diagnosticadas de GMSR en 2009-17 versus 10/26 (37,9%) en 2018-24.

En relación con los pacientes que presentaron GMSR, 9/13 (69,2%) recibieron tratamiento dirigido contra la proliferación clonal.

Evolución: Diálisis, 36,8% (14/38); éxitus, 31,6% (12/38).

**Conclusiones:** Últimamente se observa un incremento de la prevalencia de GM entre los pacientes sometidos a BR en nuestro centro. Aunque muchos de ellos presentan nefropatías no relacionadas con su GM, parece aumentar el diagnóstico de GMSR en los últimos años.

## 209 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE UNA SERIE DE PODOCITOPATÍA LÚPICA

E. MONFÁ GUIX<sup>1</sup>, JM. MORA GUTIÉRREZ<sup>2</sup>, N. OLIVA-DÁMASO<sup>3</sup>, L. FERNÁNDEZ LORENTE<sup>4</sup>, C. MORIANO MORALES<sup>5</sup>, C. MARTÍNEZ ROSERO<sup>6</sup>, M. PRIETO VELASCO<sup>7</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (LEÓN/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL COSTA DEL SOL (MARBELLA/ESPAÑA), <sup>4</sup>REUMATOLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (LEÓN/ESPAÑA)

**Introducción:** La podocitopatía lúpica (PL) es una manifestación renal infrecuente del lupus eritematoso sistémico (LES) (<1% de los casos). Se caracteriza por disfunción podocitaria sin proliferación glomerular significativa. El diagnóstico se establece ante síndrome nefrótico con biopsia compatible con enfermedad de cambios mínimos (ECM), glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) o proliferación mesangial, sin depósitos inmunes subendoteliales/subepiteliales (restricción mesangial, si los hay), y con borramiento difuso de pedicelos (>50%). Aunque las guías KDIGO 2024 reconocen esta entidad, no se encuentra incluida en las clasificaciones actuales EULAR/ACR ni ISN/RPS. Se ha descrito una elevada tasa de respuesta a corticoides. En la serie más amplia de esta patología, el 56% presentaban recidivas y las lesiones de GEFS estaban asociadas a una peor respuesta a corticoides.

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, inmunológicas e histológicas de una cohorte multicéntrica española con diagnóstico de PL.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes con diagnóstico de LES (EULAR 2019) y PL, en tres centros españoles. Se analizaron variables clínicas, bioquímicas, inmunológicas e histológicas al momento del diagnóstico, así como respuesta terapéutica y recurrencias.

**Resultados:** Se incluyeron cinco pacientes (3 mujeres) con edad media de 49,4 años (rango 37-62). Todos presentaron síndrome nefrótico al debut, con proteinuria media de 6,2 g/24h (rango 3,5-9,5), albúmina plasmática media de 1,89 g/dL (rango 1,35-2,5) y microhematuria en todos los casos. La función renal estaba conservada (creatinina media 1,04 mg/dL) y dos pacientes eran hipertensos. Todos tenían ANA positivos (> 1/80); tres tenían anti-DNA positivos y ninguno mostró hipocomplementemia. Todas las biopsias evidenciaron ECM sin GEFS. Cuatro pacientes lograron remisión completa y uno parcial tras tratamiento con corticoides, en menos de seis semanas. Todos los pacientes sufrieron al menos una recaída precoz (menor 16 semanas), requiriendo inmunosupresores adicionales: anticalcineurínicos (3/5), micofenolato (2/5), belimumab (1/5). Las manifestaciones extrarrenales más frecuentes fueron artritis (3/5), citopenias (2/5), serositis (1/5) y rash malar (1/5).

**Conclusiones:** La PL se asoció con ANA positivos en todos los casos y anti-DNA positivos en el 60%, sin hipocomplementemia. El patrón histológico predominante fue ECM. Todos experimentaron recaída, lo que remarca la importancia de asociar otros inmunosupresores a los corticoides para evitarlas (terapia anticalcineurínica, dirigida a célula B o anti-BLyS).

La presentación clínica con síndrome nefrótico, ANA positivos y síntomas asociados a LES debe hacer sospechar una PL. Proponemos considerar su inclusión como criterio diagnóstico específico en las clasificaciones de LES (EULAR/ACR e ISN/RPS).

## 210 NEFROPATÍA ASOCIADA A ANTICOAGULANTES ORALES: "A DRAPPIE O THE REAL MACKAY"

KM. KATHERYNE MEMBREÑO<sup>1</sup>, EJ. ELIAS JATEM<sup>1</sup>, JG. JORGE GONZALEZ RODRIGUEZ<sup>2</sup>, AV. ANGELA VALLEJOS NUÑEZ<sup>3</sup>, YR. YURI YESEIDA RUIZ<sup>4</sup>, JR. JORDI ROIG CARCEL<sup>5</sup>, MP. MIQUEL PIÑOL RIBAS<sup>6</sup>, CM. MARIA CRISTINA MARZO<sup>7</sup>, MM. MARIA LUISA MARTÍN CONDE<sup>8</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA/ESPAÑA), <sup>2</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA/ESPAÑA), <sup>3</sup>HEMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA/ESPAÑA)

La nefropatía por anticoagulantes orales (NAO), es una entidad reconocida hace menos de una década. Se ha descrito en paciente que reciben anticoagulación oral tanto por antagonistas de la vitamina K, como por los nuevos anticoagulantes orales (NACOs). Se asocia a nefropatía preexistente y "sobrepresión" glomerular. El pronóstico es en general malo. No hay consenso respecto al tratamiento a seguir en aquellos casos donde es diagnosticada.

**Pacientes y métodos:** Estudio observacional, donde se incluyeron adultos biopsiados entre los años 2016 y 2025, bajo tratamiento anticoagulante oral, con hallazgos histológicos sugestivos de NAO. Se registraron variables clínico-demográficas, biológicas, histopatológicas, de desenlace renal. Se realizó seguimiento retrospectivo de los pacientes incluidos.

**Resultados:** De 600 biopsias renales realizadas entre el 2016-2025, 10 (1,6%) presentaban hallazgos sugestivos de NAO. 8 (80%) pacientes eran varones, de 75 ± 10 años, con seguimiento por 21 (1-60) meses. 4 (40%) recibían acenocumarol, 6 (60%) NACOs (4 dabigatrán, 1 apixaban y rivaroxabán, respectivamente), por arritmias cardíacas. 70% tenían ERC preexistente (FGe < 60 ml/min). NAO se diagnosticó a 14,5 (1-144) meses de iniciada anticoagulación. Todos los casos presentaron FRA al momento del diagnóstico (90% grado III). 40% de los casos además de NAO, tenían nefropatía por IgA (NIGA), 40% nefritis túbulo-intersticial aguda (NTIA). En dos (20%) casos se suspendió la anticoagulación, en 8 (80%) se cambió la misma (2 apixaban, 6 HBPM). Cinco casos recibieron corticoterapia. Sólo un caso se recuperó del FRA. 40% requirieron de TRS definitiva, los cuales presentaron peor eGFR basal y mayor frecuencia en enfermedad vascular. La supervivencia renal fue mejor en pacientes que recibían IECAS/ARAI (p: 0,016) y peor en los que tenían enfermedad vascular (p: 0,03). Entre los pacientes que no iniciaron TRS, los que recibían NACOs y presentaron de NTIA, experimentaron mayor cambio en el FGe. La suspensión o el cambio del tratamiento anticoagulante no se asoció significativamente con TRS ni con el cambio en el FG.

**Conclusiones:** La NAO aún se diagnóstica con baja frecuencia, predominantemente en varones, cursa con FRA severo, su pronóstico renal es malo. En esta serie, junto con NIGA se observó NTIA, esta última con impacto significativo en el cambio del FGe. La suspensión y/o el cambio en la anticoagulación no cambió el curso evolutivo renal. El tratamiento con IECAS mejoraba la supervivencia renal. La identificación de medidas que prevengan la NAO es prioritaria.

**211 ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4 EN PACIENTE CON GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA PLA2R POSITIVA: UN HALLAZGO INESPERADO**D. CATALÁN-GARCÍA<sup>1</sup>, M. MONTERO-ESTOPIÑA<sup>1</sup>, V. BLANCO-FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, E. MASSÓ-JIMÉNEZ<sup>1</sup>, M. NASSIRI-NASSIRI<sup>1</sup>, F. PARRA-LONDOÑO<sup>1</sup>, J. BOVER<sup>1</sup>, J. ARA<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL (BARCELONA/ESPAÑA)

**Introducción:** La Enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una entidad clínico-patológica de reciente descripción que puede presentarse con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. Se caracteriza por la formación de lesiones tumefactas, un infiltrado linfoplasmocitario denso con abundantes células plasmáticas positivas para IgG4, fibrosis estoriforme y, frecuentemente, concentraciones séricas elevadas de IgG4. A nivel renal, puede presentarse más frecuentemente en forma de Nefritis Tubulointersticial (NTI) o como Glomerulonefritis Membranosa (GNm) PLA2R negativo. La coexistencia de ER-IgG4 con GNm PLA2R positivo es extremadamente rara en la literatura reportada. Uno de estos casos, es el presentado a continuación.

**Discusión:** Presentamos el caso de una paciente de 66 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, obesidad, hipotiroidismo y mastocitosis, sin antecedentes nefrológicos, sometida a biopsia renal en septiembre de 2024 debido a un síndrome nefrótico con función renal preservada. El estudio histopatológico evidenció glomerulonefritis membranosa con positividad para anticuerpos anti-PLA2R. Por síndrome tóxico de meses de evolución, se realizó un estudio de secundarismo que permitió diagnosticar una enfermedad relacionada con IgG4 con afectación pancreática y biliar. No obstante, a nivel renal, la inmunotinción para IgG e IgG4 resultó negativa.

A propósito de este caso se revisa la asociación entre relación ER-IgG4 y GNm PLA2R positiva, discutiendo sus implicaciones clínicas y terapéuticas, así como el diagnóstico diferencial de la afectación renal en el contexto de ER-IgG4.

**Conclusiones:** Este caso es de particular interés, en primer lugar, por la infrecuencia de la coexistencia de GNm PLA2R positiva y ER-IgG4, no reportada en la actualidad. En segundo lugar, por la importancia de realizar un abordaje diagnóstico completo incluso en presencia de anticuerpos anti-PLA2R positivos, ya que la coexistencia de otras enfermedades o afectaciones asociadas puede modificar el enfoque terapéutico y el pronóstico del paciente. La identificación precoz de una patología subyacente nos permite una mejor personalización del tratamiento y evita posibles complicaciones a largo plazo.

**212 EXPERIENCIA CLÍNICA CON VOCLOSPORINA EN NEFRITIS LÚPICA: IMPACTO TEMPORAL SOBRE LA PROTEINURIA Y MARCADORES INMUNOLÓGICOS**D. LOPEZ CAMPOS<sup>1</sup>, M. CIORDIA LIZARRAGA<sup>2</sup>, L. CORDERO GARCIA GALAN<sup>1</sup>, M. GONZALEZ GAY<sup>3</sup>, L. CRIADO BELLIDO<sup>1</sup>, C. MOROCHO PINDO<sup>1</sup>, D. DUARTE BALBUENA<sup>1</sup>, M. AGUIRRE POLO<sup>1</sup>, R. FERNÁNDEZ PRADO<sup>1</sup>, A. AVELLO ESCRIBANO<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID); <sup>3</sup>REUMATOLOGÍA. HOSPITAL FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID)

**Introducción:** La voclosporina, inhibidor selectivo de la calcineurina, ha demostrado eficacia en la reducción de proteinuria en pacientes con nefritis lúpica clase (NL). Dada su reciente comercialización, aún faltan datos en vida real.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo con cuatro pacientes con diagnóstico confirmado de NL (tipos III/IV, V y III/IV+V según clasificación ISN/RPS), tratados con Voclosporina. Se analizó la evolución de parámetros analíticos desde 1 año previo y hasta 3 meses después del inicio. Se recogieron creatinina sérica, cociente proteinuria/creatinuria, hematuria, colesterol total, anticuerpos anti-DNA y complemento en los tiempos: T-12, T-6, T0 (inicio tratamiento) y T+3.

**Resultados:** Se observó una reducción generalizada en la proteinuria tras 3 meses de tratamiento, especialmente marcada en dos pacientes (reducción >50%). La creatinina permaneció estable en la mayoría, a excepción de un paciente que ya presentaba una función renal basal con un deterioro muy avanzado (creatinina 1,57 mg/dL en T0, 1,74 mg/dL en T+3). La hematuria mostró un comportamiento variable, con aumento significativo en un único paciente (de 12 a >25 hematíes/campo). El colesterol total mejoró o se mantuvo estable en todos los pacientes tras tratamiento. A nivel inmunológico, destacó una reducción importante de anti-DNA de forma generalizada, destacando una reducción de 488 a 65 U/ml en el paciente con niveles iniciales más altos. Los niveles de C3 y C4 tendieron a mejorar, aunque persistieron valores bajos de C4 en un paciente.

**Conclusiones:** El tratamiento con Voclosporina en pacientes con NL mostró beneficios claros en proteinuria y perfil lipídico a corto plazo; así como sobre marcadores inmunológicos, aunque de forma variable. Se observó que cuando el deterioro renal era avanzado la respuesta clínica fue menor. Estos hallazgos sugieren un beneficio diferencial según el perfil clínico e inmunológico basal, subrayando la importancia del seguimiento estrecho durante el tratamiento.

**213 DESCRIBIENDO NUESTRA POBLACIÓN DE PACIENTES CON GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA ANTI-PLA2R POSITIVO Y SU CORRELACIÓN CON EL TRATAMIENTO**A. MARTÍN MÁRQUEZ<sup>1</sup>, M. ROXÁNGELA DA SILVA PITA<sup>1</sup>, CE. MARTÍNEZ ALDANA<sup>1</sup>, P. BRAVO PRIETO<sup>1</sup>, I. DÍAZ DIEZ<sup>1</sup>, S. SANTANA SÁNCHEZ<sup>1</sup>, M. MORA MORA<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HUELVA (ESPAÑA))

**Introducción:** La Glomerulonefritis Membranosa se diagnostica mediante biopsia renal, aunque el descubrimiento de los Anti-PLA2R permite monitorizar la respuesta al tratamiento, y se plantean como sustitutos de la biopsia.

**Objetivos:** Describir la evolución y respuesta al tratamiento inmunosupresor o de soporte en pacientes con GNM Anti-PLA2R positivo desde que su determinación está disponible en nuestra área sanitaria.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo en los últimos 10 años sobre pacientes con GNM anti-PLA2R positivo en suero o biopsia renal y seguimiento posterior durante 48 meses.

**Resultados:** Se adjuntan en gráfica.

**Conclusiones:** No se cumplió la clásica regla de los tres tercios para la GNM.

Los anti-PLA2R y la proteinuria tras tratamiento tienden a la negativización o disminución.

El inicio con Ponticelli logra un alto porcentaje de remisión completa y minimiza el riesgo de recaídas.

**Figura 1.****214 PAPEL DE LAS ALTERACIONES TÚBULO-INTERSTICIALES EN EL PRONÓSTICO RENAL DE GLOMERULOPATÍAS**E. PERVAN<sup>1</sup>, J. CARBAYO<sup>1</sup>, J. TORRES<sup>1</sup>, G. SANCHEZ<sup>1</sup>, R. GARCIA-MARINA<sup>1</sup>, A. HERNANDEZ<sup>1</sup>, A. LAZARO<sup>1</sup>, M. GONZALEZ-NICOLAS<sup>1</sup>, FJ. DIAZ-CRESPO<sup>1</sup>, M. GOICOECHEA<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID); <sup>2</sup>LABORATORIO DE FISIOPATOLOGÍA RENAL. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

**Introducción:** La proteinuria es el principal factor de progresión renal, sin embargo, las alteraciones histológicas en el compartimento túbulo-intersticial también tienen un papel en el pronóstico renal de los pacientes. El objetivo del estudio fue determinar el papel pronóstico de alteraciones tubulointersticiales en glomerulopatías.

**Metodología:** Estudio unicéntrico realizado en una cohorte de pacientes con patología glomerular biopsiados entre enero de 2019 y mayo del 2024. Se recogieron datos demográficos, bioquímicos e histológicos: atrofia tubular, fibrosis intersticial, inflamación intersticial y glomerulosclerosis, analizándose eventos renales (caída del FGe en un 50% y/o necesidad de terapia renal sustitutiva) con un periodo de seguimiento medio de 18 ± 12 meses.

**Resultados:** Se incluyen 129 pacientes (67H, 62M) con una edad media de 53 ± 17 años. 74 pacientes tenían un estadio de ERC G3 o superior y 55 estadio G1/G2. 32% de los pacientes tenían proteinuria menor de 1 gramo, 30% entre 1-3,5 gramos, y 38% mayor de 3,5 gramos/día. A nivel histológico: El porcentaje medio de glomerulosclerosis fue de 23%, 68 pacientes presentaban algún grado de atrofia tubular con un porcentaje medio de un 14,5%, 86 algún grado de fibrosis intersticial con un porcentaje medio de un 17% y 67 inflamación intersticial. 25 pacientes presentaron un evento renal. Los pacientes que tuvieron un evento renal tuvieron un mayor porcentaje de glomerulosclerosis: 43 vs 18%, de atrofia tubular 35 vs 9% y de fibrosis intersticial 37 vs 12% (p<0,001, respectivamente). En análisis de Cox, las variables predictoras de evento renal en un modelo ajustado para la edad y proteinuria fueron el filtrado glomerular en el momento de la biopsia (HR 0,945, p=0,001) y porcentaje de atrofia tubular (HR 1,028, p=0,027)

**Conclusiones:** En glomerulopatías, a parte de la función renal basal, las alteraciones en el compartimento tubulointersticial determinan el pronóstico, siendo el porcentaje de atrofia tubular el parámetro que mejor se asocia con la evolución renal.

## 215 VENTAJAS DE LA GESTIÓN AMBULATORIA COMPARTIDA DE LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES: UN ENFOQUE COLABORATIVO ENTRE NEFROLOGÍA Y MEDICINA INTERNA

A. SAURINA SOLE<sup>1</sup>, G. ORTIZ LLAURADÓ<sup>2</sup>, R. SÁNCHEZ MARÍN<sup>1</sup>, I. TAPIA GONZÁLEZ<sup>1</sup>, F. MORENO GUZMAN<sup>1</sup>, V. ESTEVE SIMÓ<sup>1</sup>, D. OLEAS VEGA<sup>1</sup>, M. POU POU<sup>1</sup>, P. JIMENEZ COSTA<sup>1</sup>, M. RAMÍREZ DE ARELLANO SERNA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERRASSA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA. (TERRASSA/ ESPAÑA). <sup>2</sup>MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERRASSA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA. (TERRASSA/ ESPAÑA)

**Introducción:** Las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) son patologías que afectan a diferentes órganos y sistemas, siendo necesaria la colaboración de distintos especialistas para su manejo. Un modelo de co-gestión colaborativa entre Nefrología (NEF) y Medicina Interna (MI) mejora la atención a los pacientes (p) con EAS atendiendo las necesidades renales y sistémicas. **Objetivo:** Valorar el impacto de la creación de una consulta de doble especialidad: nefrología(-NEF) y Medicina Interna(MI) para el estudio y seguimiento de pacientes con EAS con afectación renal en un hospital de segundo nivel.

**Material y método:** En una única consulta NEFRO-MI, los pacientes portadores de EAS son valorados simultáneamente por especialistas de NEF y MI expertos en enfermedades sistémicas. Periodo de seguimiento: 18 meses. Se inició con una consulta mensual y a partir del segundo año se incrementó a consulta quincenal. Los pacientes son derivados desde las consultas individuales de NEF y MI. Se disponen de módulos de 40 minutos para las primeras visitas y de 20 min para las consecutivas. La consulta se organiza en dos fases: 1ª fase: antes de la entrada del paciente a la consulta y de forma conjunta, se revisa el diagnóstico de EAS, la afectación renal y extrarenal, los controles analíticos y exploraciones y el tratamiento. 2ª fase: con el paciente se completa la anamnesis y exploración física detallada. Se realizan tests de actividad de EAS y se consensua el tratamiento, exploraciones y plan de seguimiento.

**Resultados:** 24 pacientes, 16 mujeres y 54.2 años (22-80). Patología: vasculitis IgA (3p), ANCA vasculitis (5p), sarcoidosis (2p), SAF (4p), LES (8p) y SS (1p) y Vasculitis crioglobulinémica (1p). Cada paciente ha realizado un promedio de 3 visitas (1-6). Ambos especialistas valoran positivamente la visita multidisciplinar y los pacientes se benefician del seguimiento conjunto en cantidad y calidad de valoraciones. Los nefrólogos se benefician de una perspectiva más amplia sobre la actividad de la enfermedad sistémica (SLEDAI, VAI, BVAS,...), valoración de clínica extrarenal y evaluación de salud cardiovascular y ósea. Los internistas se benefician de la evaluación de los diferentes parámetros específicos renales, valoración y manejo de la TA y de tratamientos nefrológicos específicos y de nefroprotección.

**Conclusiones:** 1. Un modelo de atención multidisciplinaria de pacientes con EAS entre Nefrología y Medicina Interna, mejora la calidad de atención del paciente, reduciendo las analíticas y visitas redundantes y permitiendo evaluaciones integrales y decisiones consensuadas. 2. Este nuevo enfoque en el entorno hospitalario de pacientes con EAS mejora la eficiencia de los recursos y fomenta la colaboración interdisciplinaria.

## 216 EXPERIENCIA CON BUDESONIDA DE LIBERACIÓN INTESTINAL EN LA NEFROPATÍA POR IGA

R. VERASTEGUI<sup>1</sup>, G. VILLACRECES<sup>1</sup>, F. CABALLERO<sup>1</sup>, M. DOMINGUEZ<sup>1</sup>, M. PIRIS<sup>1</sup>, R. MORENO<sup>1</sup>, V. LOPES<sup>1</sup>, M. FERNANDEZ<sup>1</sup>, J. VILLACORTA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL RAMON Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** La nefropatía por IgA (NlgA) se caracteriza por depósitos mesangiales de IgA<sup>1</sup> ocasionando hematuria, grados variables de proteinuria y caída de filtrado glomerular (FG). Recientemente Nefecon, una formulación oral de budesonida de liberación intestinal, dirigida al íleon, ha demostrado en ensayos clínicos reducir la proteinuria y ralentizar el deterioro de la función renal en pacientes con NlgA activa tras nueve meses de tratamiento. Este estudio describe la experiencia con el uso de budesonida de liberación intestinal en tres pacientes del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

**Material y método:** Se analizaron retrospectivamente los datos clínicos de tres pacientes con diagnóstico histológico de NlgA y alto riesgo de progresión n tratados con budesonida de liberación intestinal (15 mg/día) entre 2024 y 2025. Se recogieron las siguientes variables clínicas: edad, sexo, proteinuria, eGFR (CKD-EPI), hematuria, eventos adversos y respuesta clínica (remisión parcial o completa). Los pacientes fueron seguidos durante al menos 6 meses. La remisión parcial se definió como una reducción  $\geq 50\%$  de la proteinuria basal sin deterioro de la función renal; la remisión completa, como proteinuria.

**Resultados:** Se incluyeron tres pacientes en el estudio, con una edad media de 42  $\pm$  28 años. La mediana de seguimiento de 9 meses. Al inicio del tratamiento, la tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) promedio fue de 80.80  $\pm$  9.4 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, con una proteinuria media de 1563  $\pm$  971 mg/g, y grados variables de hematuria. A los 6 meses, presentaron una TFGe media de 84.17  $\pm$  4.01 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> y una proteinuria media de 704.01  $\pm$  599.56 mg/g. Al finalizar el seguimiento, la TFGe media fue de 80.33  $\pm$  5.51 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> y la proteinuria media de 664.15  $\pm$  617.53 mg/g. Tras el tratamiento se objetivó una reducción media de proteinuria del 68.20 % ( $\pm 27.57$ ). Todos los casos alcanzaron remisión parcial. Únicamente un paciente reportó un efecto adverso consistente en insomnio leve, que no requirió intervención terapéutica ni suspensión del tratamiento.

**Conclusión:** La experiencia preliminar en nuestro centro sugiere que la budesonida de liberación intestinal es eficaz y bien tolerada en pacientes con NlgA con alto riesgo de progresión. Observamos una respuesta favorable y sostenida en cuanto a reducción de proteinuria y estabilización de función renal.

## 217 EXPERIENCIA DEL USO DE MICOFENOLATO MOFETILO EN LA NEFROPATÍA IGA

R. VERASTEGUI<sup>1</sup>, G. VILLACRECES<sup>1</sup>, F. CABALLERO<sup>1</sup>, M. DOMINGUEZ<sup>1</sup>, R. MORENO<sup>1</sup>, M. PIRIS<sup>1</sup>, V. LOPES<sup>1</sup>, M. FERNANDEZ<sup>1</sup>, J. VILLACORTA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL RAMON Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** La nefropatía por IgA (NlgA) se caracteriza por depósitos mesangiales de IgA<sup>1</sup> ocasionando hematuria, grados variables de proteinuria y caída de filtrado glomerular (FG). En los pacientes con alto riesgo de progresión (proteinurias superiores a 1 gr o caída progresiva del FG) se recomienda tratamiento inmunomodulador, entre los cuales el micofenolato mofetilo (MMF) ha demostrado reducir la proteinuria y estabilizar la función renal en ensayos clínicos en población asiática. El objeto de este estudio fue analizar la evolución de pacientes con nefropatía IgA que fueron tratados con MMF en nuestro centro.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes con diagnóstico de NlgA tratados con MMF en combinación con dosis bajas de esteroides entre 2023 y 2025 en el Hospital Ramón y Cajal. En los pacientes el diagnóstico de NlgA fue confirmado mediante biopsia renal, excepto en dos con Púrpura de Schonlein-Henoch donde se realizó mediante biopsia cutánea compatible. Los pacientes recibieron tratamiento con MMF asociado a prednisona a dosis bajas por presentar riesgo de progresión definido como una caída de FG superior a 10 mL/min en un año asociado a proteinuria persistente superior a 750 mg/gr y/o hematuria moderada/severa (> 30 hem/campo) Se recogieron datos de edad, sexo, score MEST, filtrado glomerular (CKD-EPI) y grado de proteinuria (mg/g de creatinina) al debut y durante el seguimiento (3, 6 y 12 meses), grado de hematuria en sedimento urinario, y efectos adversos relacionados con el tratamiento.

**Resultados:** En el periodo de estudio 7 pacientes recibieron tratamiento con MMF asociado a dosis bajas de prednisona. La edad media fue de 38.6 ( $\pm 14.7$ ) años. Los pacientes recibieron MMF en dosis entre 1.5 y 2 g/día y prednisona 0,5 mg/kg durante un mes y posterior reducción hasta retirada en los primeros 3 meses. La mediana de seguimiento fue de 12 meses (RIC 6-12). La TFGe basal media fue de 77.43  $\pm$  35.35 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> y la proteinuria basal media fue de 1101.79  $\pm$  1204.73 mg/g. A los 6 meses, la TFGe media fue 86.67  $\pm$  36.75 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> y la proteinuria media de 369.86  $\pm$  563.36 mg/g. A los 12 meses, la TFGe media fue de 86.24  $\pm$  37.17 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> y la proteinuria media de 300.57  $\pm$  582.72 mg/g. Tras el tratamiento se observó una reducción media de la proteinuria del 82.66% ( $\pm 20.28\%$ ). Todos los pacientes presentaron disminución significativa o desaparición de la hematuria, manteniendo TFG estable. No se reportaron efectos adversos atribuibles al MMF.

**Conclusiones:** El uso de micofenolato mofetilo asociado a dosis bajas de prednisona fue seguro y eficaz para inducir remisión en pacientes con nefropatía por IgA con alto riesgo de progresión en nuestro medio.

## 218 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BELIMUMAB EN VIDA REAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LÚPICA

M. XIPELL<sup>1</sup>, C. GARBARINO<sup>2</sup>, JD. DÍAZ-GARCÍA<sup>1</sup>, A. CHANDU<sup>1</sup>, VJ. ESCUDERO-SAZI<sup>1</sup>, J. OLLÉ<sup>1</sup>, JA. GÓMEZ-PUERTA<sup>1</sup>, R. CERVERA<sup>3</sup>, G. ESPINOSA<sup>4</sup>, LF. QUINTANA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRANSPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (ESPAÑA). <sup>2</sup>SERVICIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (ESPAÑA). <sup>3</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (ESPAÑA)

**Introducción:** Belimumab (BEL) es un anticuerpo monoclonal anti-Bly5 eficaz en ensayos clínicos para nefritis lúpica (NL), pero su efectividad en práctica real requiere más evidencia. Este estudio analiza los resultados en vida real en pacientes tratados con BEL.

**Métodos:** Análisis retrospectivo unicéntrico de una cohorte de pacientes biopsiados por NL entre 2016-2025 seguidos en tratamiento con BEL por cualquier indicación.

**Resultados:** Se incluyeron 62 pacientes (87% mujeres, n=54), edad de debut LES 24.2 ( $\pm 11.7$ ) años, y edad a biopsia actual 34.3 ( $\pm 14.1$ ) años, principalmente caucásicos (73%, n=46) y latinoamericanos (19%, n=12). El 61.3% (n=38) tenían NL recurrente y el 38.7% (n=24) NL incidente. Previo al episodio actual de NL, 28 cumplían criterios de ERC (24 estadio I, 3 estadio III y 1 estadio IV). El 90.3% (n=56) tenían NL activa, siendo el resto inactivas/NL tratada. De estos 56, 12.5% (n=7) eran clase III, 39.2% (n=22) clase II, 35.7% (n=20) clase IV, 3.5% (n=2) clase V pura, y 8.9% (n=5) no clasificable. Cinco asociaban clase V (mixta). En 26.7% (n=15) se hizo una biopsia repetida a 2.5 [0.97-3.07] años (8 por control, 7 por actividad). La primera biopsia mostró IA 5 [3-8] e IC 2 [0-3]; la segunda biopsia (n=15), IA 3 [0.5-5] e IC 3 [1.5-3]. De los 56 pacientes activos, el 75% (n=42) tenían afectación articular, 41% (n=23) cutánea y 21.4% (n=12) serositis. Durante el brote actual de NL, asociado a BEL, 92.8% (n=52) recibieron antimaláricos; 82.1% (n=46) micofenolato; 30.3% (n=17) ciclofosfamida; 39.2% (n=22) rituximab; 26.7% (n=15) tacrolimus; y 3.5% (n=2) azatioprina.

El tiempo desde la biopsia (TO) hasta inicio de BEL (T1) fue 223 [80-1050] días. Éste se redujo significativamente en los biopsiados desde julio de 2022 (n=22) (fecha de financiación para NL) a 28 [21-97.5] días (p<0.05). El 30.3% (n=17) inició BEL estando en RRC. La indicación de BEL fue renal 10.7% (n=6), extrarenal 1.7% (n=1), ambos 55.3% (n=31) y minimización de inmunosupresores 12.5% (n=7).

Creatinina TO (mg/dL) fue 0.75 [0.63-0.86], T1 0.74 [0.64-0.89] y última visita (T2) 0.78 [0.71-0.96] (p>0.05); CPC TO (mg/g) 1390 [871-3036], T1 748 [466-1444] y T2 212 [136-473]; C3 TO (g/L) 0.62 [0.47-0.74], T1 0.73 [0.59-0.84] y T2 0.98 [0.83-1.11]; anti-dsDNA TO (UI/mL) 554 [144-666], T1 249 [82-516] y T2 64 [34-225] (p<0.01).

En T2 (follow-up 3.18 [1.23-4.26] años), el 73.2% (n=41/56) y 25% (n=14/56) alcanzaron RRC y RRP, respectivamente. El tiempo en alcanzar RRC (n=41) desde TO fue 188 [90-417] días. Excluyendo a los 17 pacientes en RRC a T1, el tiempo en alcanzar RRC de los restantes n=24 fue 225 [155-333] días. El tiempo de uso de BEL hasta T2 fue 660 [279-979] días.

Durante el seguimiento, 7.1% (n=4) presentaron recidiva, un paciente falleció (COVID19) y se observó 1 EA grave (depresión). Se suspendió BEL en 6 pacientes: 1 por depresión, 2 por gestación, 2 por cambio a anifrolumab y rituximab, y 1 por no-adherencia.

**Conclusiones:** BEL mostró una respuesta favorable en práctica real en pacientes con NL, con alta tasa de RRC y escasas recaídas.

## 219 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO RENAL EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS AL

GC. CARREÑO CORNEJO<sup>1</sup>, RD. DÍAZ MANCEBO<sup>1</sup>, GL. LEDEMAS SÁNCHEZ<sup>1</sup>, VM. MERCADO VALDIVIA<sup>1</sup>, YA. AMEZQUITA ORJUELA<sup>1</sup>, SC. CALDÉZ RUISSÁNCHEZ<sup>1</sup>, YH. HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ<sup>1</sup>, RE. ECHARRI CARRILLO<sup>1</sup>, AG. GALLEGOS VILLALOBOS<sup>1</sup>, AC. CIRUGEDA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (MADRID)

**Introducción:** La amiloidosis primaria (AL) es una enfermedad rara causada por el plegamiento incorrecto y depósito extracelular de proteínas circulantes, cuyo resultado es la disfunción de órganos donde se deposita. Afecta en gran medida a los riñones, en un 70% de los casos.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, presentación, evolución y pronóstico renal de 7 pacientes con AL renal a lo largo de 10 años en nuestro centro.

**Material y métodos:** Se revisaron las historias clínicas de pacientes diagnosticados con AL renal entre enero de 2015 y abril de 2025 en nuestro hospital, recopilando datos sobre diagnóstico, seguimiento, tratamiento y pronóstico.

**Resultados:** Se recogieron 7 pacientes (4 hombres, 3 mujeres) con diagnóstico de AL con afectación renal. El tipo de componente monoclonal en el 71,4% fue IgG lambda y en el 28,5% fue Lambda no asociado a IgG, IgM ni IgA; por lo tanto, en el 100% de los casos la cadena ligera involucrada fue lambda, y en el mismo porcentaje fue la cadena que se identificó en la inmunofijación de orina. El 71,4% de los pacientes tenían algún grado de enfermedad renal previa y al debut, el 57% presentó síndrome nefrótico, el 28,5% síndrome nefrítico y el otro 28,5% presentó proteinuria subnefrótica. Ninguno presentó sintomatología sistémica como macroglucosia, síndrome constitucional, ni hepatosplenomegalia, sin embargo sí se observó afectación cardíaca en uno de los pacientes.

Se realizó biopsia renal en 6 pacientes, 4 (66,6%) de los cuales fueron positivas al Rojo Congo y en el 100% de los casos se observó restricción de cadenas ligeras.

De los 6 pacientes con seguimiento completo, 3 progresaron a enfermedad renal crónica avanzada, dos (33,3%) requirieron inicio de hemodiálisis. Ninguno de estos 3 pacientes presentó recuperación de función renal.

La mortalidad fue del 42,8% (3), dos de estos fallecimientos fue por causa cardiovascular y uno por causa infecciosa. La mortalidad estuvo relacionada con la falta de recuperación renal, ya que en los 3 pacientes que fallecieron no hubo recuperación de la misma.

**Conclusiones:** La amiloidosis AL renal fue más común en hombres, con predominio del componente IgG lambda. El síndrome nefrótico fue la manifestación clínica más frecuente, y la afectación sistémica rara, con solo un caso de afectación cardíaca. El 50% de los pacientes progresaron a enfermedad renal crónica avanzada, requiriendo hemodiálisis en dos, sin objetivarse recuperación renal en estos. Los demás pacientes mostraron deterioro leve de la función renal y microalbuminuria residual. La mortalidad fue elevada, afectando al 33,3%, asociada exclusivamente a la falta de recuperación renal, sugiriendo una fuerte relación entre la enfermedad renal crónica avanzada y el desenlace fatal.

## 220 MICROHEMATURIA DISMÓRFICA VS ISOMÓRFICA EN EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LAS PATOLOGÍAS GLOMERULARES

JS. SANCHEZ OLAYA<sup>1</sup>, S. BERMEJO GARCIA<sup>1</sup>, H. BEDOYA OROZCO<sup>1</sup>, M. LOPEZ MARTINEZ<sup>1</sup>, L. SANS ATXER<sup>1</sup>, JI. ZAMORA CARRILLO<sup>1</sup>, M. PATRICIO LIEBANA<sup>1</sup>, N. RAMOS TERRADES<sup>1</sup>, I. AGRAS PAMPLONA<sup>1</sup>, SR. SOLER ROMEO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DE LA VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA)

**Introducción:** La microhematuria dismórfica se ha relacionado con glomerulonefritis (GN). La detección de la dismorfia es un análisis cualitativo de la muestra urinaria y es altamente dependiente del observador. Por ello, esta técnica tiene una alta especificidad con una sensibilidad variable. El objetivo fue evaluar una cohorte de pacientes con diagnóstico de GN estudiando la prevalencia de microhematuria dismórfica e isomórfica y factores asociados a la presencia de dismorfia.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de GN en nuestro hospital que cursan con microhematuria. Se analizaron características clínicas y analíticas, incluyendo la presencia de microhematuria isomórfica o dismórfica, así como el porcentaje de dismorfia. Se buscaron diferencias clínicas y analíticas entre los pacientes que presentaron dismorfia o isomorfia.

**Resultados:** Se incluyeron 243 pacientes: 128 hombres (52,7%), edad media de 54,8(±19) años, 50,2%(n=122) eran hipertensos y 34%(n=14) diabéticos. En el momento de la biopsia renal la creatinina media fue 1,94[1,2-3,9] mg/dl, FGe 33 [14-68] mL/min/m<sup>2</sup> y cociente albumina/creatinina de 500,5[175-1514] mg/gr. La indicación más frecuente de biopsia renal fue fracaso renal agudo(n=81, 33,4%), y estudio de proteinuria y microhematuria (n=67, 27,6%). El diagnóstico más frecuente fue nefropatía IgA (n=36, 14,8%) y microangiopatía trombótica (n=36, 14,8%). En 224 pacientes (92,2%) presentaban microhematuria, de los cuales en 77 (34,3%) se detectó dismorfia. La sensibilidad fue de 77.2% y especificidad del 100%.

En los pacientes diagnosticados de Nefropatía IgA, se detectó un mayor porcentaje de dismorfia y, sin embargo, los pacientes con diagnóstico de lupus clase IV, microangiopatía trombótica y GN extracapilar presentaron menor evidencia de dismorfia (p<0.001). Evidenciamos mayor porcentaje de dismorfia en pacientes con indicación de biopsia renal para estudio de proteinuria y microhematuria y microhematuria aislada (p<0.001). A su vez, los pacientes más jóvenes (p=0.015), mejor función renal (p=0.013) y con menor proteinuria (p=0.017) presentaron mayor frecuencia de hematuria dismórfica. Los pacientes que no presentaban dismorfia presentaron mayor prevalencia de cardiopatía isquémica (p=0.038) e hipertensión arterial (p=0.046).

En el análisis de regresión logística ajustado por edad, creatinina, proteinuria cardiopatía isquémica e hipertensión arterial con variable dependiente la presencia de dismorfia, se objetivó que proteinuria nefrótica (1,5-29,2 OR:6,5,p=0,014) y mejor función renal (0,79-0,99 OR: 0,89, p=0,039) se asociaron de forma estadísticamente significativa. Se obtuvo una curva ROC con un área bajo la curva de 0,659 (0,586- 0,733 p<0.001).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte diagnosticada de GN, detectamos dismorfia en menos de la mitad de los casos con una sensibilidad del 77.2% y especificidad del 100%. La presencia de proteinuria nefrótica y una mejor función renal se relacionaron con la presencia de dismorfia.

## 221 EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON AVACOPAN EN LAS VASCULITIS ANCAS

JJ. QUINTANA BUBU<sup>1</sup>, M. GERARD MOREL<sup>1</sup>, V. DOMÍNGUEZ PIMENTEL<sup>1</sup>, A. CHINEA DÍAZ<sup>1</sup>, S. ABRANTE GARCÍA<sup>1</sup>, A. JARQUE LÓPEZ<sup>1</sup>, P. GARCÍA GARCÍA<sup>1</sup>, C. MARÍN DELGADO<sup>1</sup>, D. LUIS RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, M. MACÍA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

**Introducción:** El Avacopan, un inhibidor del receptor C5a, es un fármaco que en combinación con el tratamiento inmunosupresor estándar, ha permitido el mejor control de las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) y una reducción significativa del empleo de corticoide y con ello su toxicidad.

Presentamos nuestra experiencia con dicho fármaco en una serie de 8 pacientes.

**Material y métodos:** Estudio unicéntrico descriptivo retrospectivo de una cohorte de 8 pacientes con diagnóstico de debut de VAA salvo un paciente que era recaída, que recibieron tratamiento con Avacopan con minimización de corticoides más terapia estándar durante el período 2023-2025.

**Resultados:** Se analizaron 8 pacientes, 4 mujeres y 4 hombres, con una media de edad de 66,5 años. Período de seguimiento entre 7-17 meses. Los tipos de vasculitis fueron 4 Vasculitis ANCA-MPO, 3 Vasculitis ANCA-PR3 y 1 Vasculitis doblemente positiva (ANCA-MPO + Anti-Membrana basal glomerular). La media de BVAS al inicio fue de 20 puntos y a los 6 meses 4,75 puntos, con una reducción promedio de 15,35 puntos. La remisión clínica a los 6 meses y al año se obtuvo en 6 pacientes, 2 pacientes requirieron inicio de terapia renal sustitutiva al debut y aún permanecen en diálisis crónica, uno en hemodiálisis y otro se cambió de técnica a diálisis peritoneal. No hubo ningún evento infeccioso ni patologías asociadas que obligaran a suspender en Avacopan. Hubo un exituspor causa no asociada al tratamiento, por una neoplasia cerebral. Ver tabla.

**Conclusiones:** En nuestro estudio se demostró que el avacopan fue seguro y eficaz en combinación con la terapia inmunosupresora estándar, en casos de vasculitis con diferente gravedad, patrón histológico e incluso en una vasculitis con doble título de anticuerpos positivos; permitiendo reducir la dosis acumulada de glucocorticoides, mejoría del BVAS y remisión clínica con mejoría de la función renal en la mayoría de casos.

[Ver tabla](#)

## 222 RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE NEFRITIS LÚPICA: ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE ACTIVIDAD EN UN HOSPITAL DE 4º NIVEL

CR. CELIA RODRÍGUEZ TUDERO<sup>1</sup>, CH. CRISTINA HIDALGO CALLEJA<sup>2</sup>, AM. ALBERTO MARTÍN ARRIBAS<sup>3</sup>, DM. DANIEL MARTÍN HIDALGO<sup>4</sup>, AF. A FALCONI SARMIENTO<sup>5</sup>, EV. E VILLANUEVA SÁNCHEZ<sup>2</sup>, DR. DANIEL RUDDY QUISPE RAMOS<sup>6</sup>, JL. JOSÉ LUIS LERMA MÁRQUEZ<sup>7</sup>, SG. SUSANA GÓMEZ CASTRO<sup>8</sup>, PF. MARIA PILAR FRAILE GÓMEZ<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA), <sup>2</sup>REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA (ESPAÑA)), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA (ESPAÑA)), <sup>4</sup>MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD ARTURO EYRIES (RÍO ORTEGA) (VALLADOLID), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA (ESPAÑA)), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA (ESPAÑA))

**Introducción:** Las guías actuales de manejo de la nefritis lúpica (NL) recomiendan un abordaje multidisciplinar para optimizar la terapia inmunosupresora. En este contexto, se creó una consulta mensual de Nefrología y Reumatología en nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 21 pacientes con NL seguidos en esta consulta. Se recogieron variables clínicas y demográficas. Se aplicaron los criterios GLOSEN 2022 para definir remisión completa estricta. El análisis se realizó con SPSS.

**Resultados:** La edad media fue de 41,9 años (DE ±14,2) y el 42,9% eran mujeres. Las clases histológicas predominantes fueron clase V (81,0%) y clase IV (42,9%); un 19,0% presentaba clase III. La mediana de proteinuria fue 0,29 g/día (IQR: 0,00-0,87) y la creatinina media 0,89 mg/dL (IQR: 0,69-1,03). El SLEDAI medio fue 4,1 ± 2,6. Un 28,6% presentaba hipocomplementemia, el 38,1% anti-DNA positivos. Dado que son resultados preliminares, muchos pacientes en la primera consulta conjunta la mayoría presentaba actividad baja (14,3%) o moderada (66,7%), solo el 19% alta.

Doce pacientes recibieron belimumab, 10 de ellos antes del inicio de la consulta (50% por indicación renal, en 4 fue añadido al tratamiento por falta de respuesta, en 1 como inducción). La proteinuria media (inicio vs 12 meses) fue 0,822 vs 0,796 g/día (p=0,725), y anti-DNA 162,5 vs 72,0 U/mL (p=0,093). Cuatro suspendieron el fármaco.

En estos 6 meses: se añadió belimumab a dos pacientes nuevos, se reintrodujo uno. Se logró reducir o retirar corticoides (57%) y añadió iSGLT2 (19,04%). Dos pacientes recibieron anifrolumab; otros dos tacrolimus. Una paciente requirió biopsia por proteinuria nefrótica.

El 57% alcanzó remisión completa clínica. Estos pacientes presentaron significativamente menor proteinuria (0,24 vs 2,33 g/día; p = 0,048) y menor SLEDAI (2,92 vs 5,78; p = 0,006). Al aplicar los criterios GLOSEN, 5 pacientes perdieron la categoría de remisión exclusivamente por persistencia de hematuria, lo que redujo la tasa de respuesta del 57% al 38%, aunque el test de McNemar no alcanzó significación (p = 0,219), mostró una tendencia relevante.

**Conclusión:** Este abordaje colaborativo ha mejorado el seguimiento y uso racional de terapias biológicas, evitando duplicidad de visitas médicas.

[Ver tabla](#)

# Resúmenes

## Glomerulopatías e inmunopatología

### 223 TRATAMIENTO CON AVACOPAN DE VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA CON AFECTACIÓN RENAL: EXPERIENCIA TERAPÉUTICA PROSPECTIVA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

MP. MARC PATRICIO-LIÉBANA<sup>1</sup>, SB. SHEILA BERMEJO<sup>1</sup>, ML. MARINA LÓPEZ<sup>1</sup>, LS. LAIA SANS<sup>1</sup>, HB. HÉCTOR BEDOYA<sup>1</sup>, IZ. IVÁN ZAMORA<sup>1</sup>, ES. EHIMY MARCELA SUÁREZ<sup>1</sup>, LA. LEMIS AROCHA<sup>1</sup>, MS. MARÍA JOSÉ SOLER<sup>1</sup>, IA. IRENE AGRAZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (BARCELONA),<sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA)

**Introducción:** El desarrollo de tratamientos para las vasculitis asociadas a ANCA (AAV) con menor toxicidad y que permitan disminuir con seguridad la dosis de corticoides como avacopan, un inhibidor oral del receptor 5a del complemento, supone una oportunidad para el tratamiento de pacientes con AAV. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de este grupo de pacientes con avacopan.

**Materiales y método:** Se revisan historias clínicas de los pacientes afectados de AAV con afectación renal en nuestro hospital y en tratamiento con avacopan (n=5). Se analizan la función renal, proteinuria, microhematuria, títulos de anticuerpos, infecciones, dosis de corticoides tras inicio de avacopan, a los tres, seis y doce meses.

**Resultados:** 5 pacientes reciben tratamiento durante 12 meses. Todos son varones con una edad media de 68,7 años. 1 es hipertenso, no hay diabéticos. El seguimiento previo al inicio de avacopan son 2,7 años. La dosis media de prednisona/día al inicio de seguimiento son 25 mg/día, al final son 4,5 mg/día. Se adjunta tabla con evolución de creatinina sérica, proteinuria, títulos de anticuerpos anti-mieloperoxidasa y anti-PR3. Hay estabilidad de función renal con mejoría de proteinuria y hematuria en 4 de los pacientes, no hay éxitos y únicamente el paciente que no presenta mejoría analítica presenta una infección grave (reactivación de citomegalovirus con afectación neurológica).

**Conclusiones:** En nuestra pequeña cohorte avacopan muestra un adecuado perfil de seguridad, permitió reducir la dosis de corticoides sin presentar ningún paciente nuevos brotes de su enfermedad. La microhematuria se ha reducido marcadamente y de forma sostenida en nuestra cohorte.

Estudios con mayor tamaño muestral deberán hacerse para conocer mejor su efecto real en pacientes afectados de AAV.

Tabla 1.

Paciente	1	2	3	4	5
Función renal (mg/dL)					
SCR al inicio de avacopan	1,55	1,55	1,29	2,18	3,58
Proteinuria al inicio de avacopan (mg/dL)	506	1442	897	1010	392
Hematuria al inicio de avacopan (leucocitos por campo)	13,2	529,8	44,9	396	257,8
Leucocituria (leucocitos por campo)	3,5	6,6	13,2	5,3	26
ANCA-MPO al inicio de avacopan	33	221,94	43,6	39,5	221,94
ANCA-PR3 al inicio de avacopan	0	0	9,5	0	0
SCR (mg/dL) 3 meses	1,83	1,6	1,25	1,85	2,85
Proteinuria a los 3 meses (mg/dL)	329	705	2190	662	514
Hematuria 3 meses	0	95,9	96,8	73,9	10,6
Leucocituria 3 meses	1,3	2,6	18	1,3	3,5
ANCA-MPO 3 meses	5,98	221,94	17,94	22,7	19,9
ANCA-PR3 3 meses	0	0	1,2	0	0
SCR (mg/dL) 6 meses	2,13	1,84	1,18	1,61	2,38
Proteinuria 6 meses	310	1008,9	768	1201	1271
Albúmina 6 meses	140	824	248	753	852
Hematuria 6 meses	0,9	96,9	0	73,9	9,7
Leucocituria 6 meses	2,9	2,6	2,6	2,2	2,8
ANCA-MPO 6 meses	4,9	221,94	11,37	80,15	31,1
ANCA-PR3 6 meses	0	0	0,8	0	0

### 224 UTILIDAD DE LAS INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA ENFERMEDADES GLOMERULARES

N. GARCÍA<sup>1</sup>, L. GUTIÉRREZ<sup>1</sup>, ME. LLORENTE<sup>1</sup>, M. SAENZ<sup>1</sup>, I. MINGUELA<sup>1</sup>, I. ACOSTA<sup>1</sup>, KP. PÉREZ<sup>1</sup>, A. BUJAN<sup>1</sup>, L. ORTEGA<sup>1</sup>, ML. DURÁN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL BASURTO (BILBAO)

**Introducción:** La interconsulta no presencial (ICNP) es una herramienta útil a la hora de identificar patologías que precisan de seguimiento por nuestra parte y que nos permite tanto gestionar la citación de estos pacientes como pedir un estudio inicial para que en el momento de la primera valoración ya tengamos una orientación diagnóstica más precisa.

**Objetivo:** Analizar el tiempo que se tarda en ver a los pacientes derivados a la consulta de patología glomerular y el tiempo que se tarda en realizar la biopsia e iniciar el tratamiento inmunosupresor.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel con un área de influencia de 366000 habitantes. Se incluyen todos los pacientes consultados a través de ICNP desde marzo de 2021 hasta enero de 2025. Analizamos la demora hasta la primera consulta, el tiempo transcurrido hasta la biopsia renal y hasta el inicio del tratamiento inmunosupresor en los casos en los que fue necesario. Analizamos también el subgrupo de pacientes que fueron diagnosticados de alguna patología glomerular. Los datos se muestran como mediana (rango intercuartil).

**Resultados:** Se incluyen un total de 275 pacientes con mediana de edad de 52 años (35-66). La procedencia de las ICNP es principalmente de Atención Primaria (68%) y el resto de servicios hospitalarios (32%), destacando Reumatología (11.3%), Urología (6.9%) y Enfermedades Infecciosas (4.4%). Los motivos principales de consulta fueron albuminuria (49.5%), microhematuria (7.6%) y deterioro de la función renal (12%).

El tiempo desde la ICNP hasta la primera consulta ha sido de 30 días (23-38) y desde esa consulta hasta la realización de la biopsia renal de 59 días (22-138), siendo necesaria en 51 pacientes. El tiempo hasta el inicio del tratamiento inmunosupresor fue de 156 días (23-360).

Si seleccionamos solo a los 102 pacientes que tuvieron un diagnóstico de patología glomerular los tiempos fueron ligeramente menores, siendo la demora hasta la primera consulta de 28 días (20-36) y hasta la biopsia de 54 días (28-157), realizada a un 42.1% de los pacientes. De estos pacientes el diagnóstico más frecuente fue la nefropatía IgA en un 37.2% de los casos, siendo confirmada por biopsia en el 22.5%. Otros diagnósticos frecuentes han sido la vasculitis ANCA-MPO (5.9%) y nefritis lúpica (5.9%).

**Conclusiones:** La interconsulta no presencial es una herramienta que ayuda tanto a seleccionar a los pacientes que deban ser vistos en la consulta de Nefrología como a priorizar las patologías más graves, evitando demoras innecesarias en el diagnóstico y tratamiento.

### 225 TRATAMIENTO CON VOCLOSPORIN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA: NUESTRA EXPERIENCIA

MP. MARC PATRICIO<sup>1</sup>, SB. SHEILA BERMEJO<sup>1</sup>, ML. MARINA LÓPEZ<sup>1</sup>, LS. LAIA SANS<sup>1</sup>, HB. HÉCTOR BEDOYA<sup>1</sup>, IZ. IVÁN ZAMORA<sup>1</sup>, ES. EHIMY MARCELA SUÁREZ<sup>1</sup>, LA. LEMIS AROCHA<sup>1</sup>, MS. MARÍA JOSÉ SOLER<sup>1</sup>, IA. IRENE AGRAZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (BARCELONA)

**Introducción:** La nefritis lúpica (NL) es una complicación grave y frecuente en pacientes afectados de lupus sistémico eritematoso (LES). El tratamiento con los nuevos inhibidores de calcineurina como Voclosporina abre nuevas opciones terapéuticas. Presentamos nuestra experiencia con este fármaco en pacientes diagnosticados con NL.

**Materiales y método:** Se revisan historias clínicas de los pacientes afectados de NL habiéndose iniciado voclosporina (n=4) 2 de ellos de novo y en los otros por ser refractarios a tratamiento con tacrolimus. Se analizan función renal, proteinuria, hematuria, anticuerpos C3 y C4 del complemento y complicaciones tras inicio de voclosporina, a los tres, seis y doce meses de seguimiento.

**Resultados:** 4 pacientes reciben seguimiento durante 12 meses, 50% varones con una edad media de 50,75 años. 2 son hipertensos, no hay diabéticos si bien 3 pacientes reciben iSGLT2 antes de inicio de voclosporina. La edad media de diagnóstico del LES son 44,75 años y de la NL 45 años. La SCR basal media es de 0,6 mg/dL. Tres pacientes presentan una NL clase V con o sin NL proliferativa concomitante, el cuarto una clase IV. Ninguno precisa TRS. Tres pacientes presentan leve deterioro de función renal, la hematuria muestra un claro descenso y la albuminuria es estable en pacientes con función renal estable. Los niveles de complemento y anti-dsDNA disminuyen levemente. Una paciente requiere de retirada del fármaco por hiperplasia gingival.

**Conclusiones:** En nuestra pequeña cohorte voclosporin muestra un adecuado perfil de seguridad, controlando la proteinuria en pacientes refractarios. Estudios con mayor tamaño muestral deberán hacerse para conocer mejor su efecto real en pacientes afectados de NL.

Tabla 1.

Paciente	1	2	3	4
Clase histológica NL	V	IV	IV	IV
SCR basal (mg/dL)	0,6	0,64	0,6	0,7
SCR debut (mg/dL)	0,8	0,64	0,7	0,97
SCR inicio voclosporin (mg/dL)	0,79	0,71	1,28	1,25
SCR 3m (mg/dL)	0,94	0,82	0,85	1,57
SCR 6m (mg/dL)	1,04	0,82	1,04	1,37
SCR 12m (mg/dL)	1,18	0,68	0,9	1,42
Hematuria debut	290	14	69,5	2,2
Hematuria inicio voclosporina	86	7	1	1,7
Hematuria 3m	29	29,7	4	5,2
Hematuria 6m	17,6	29,7	0	43,1
Hematuria 12m	11,4	1,8	1,8	29
Albuminuria debut	527	1200	1508	4188
Albuminuria inicio voclosporina	1028	2816	832	2191
Albuminuria 3m	1028	875	332	1651
Albuminuria 6m	681	450	306	2133
Albuminuria 12m	523	2553	2082	1982
C3 debut (mg/dL)	100	188,94	51,9	100
C3 inicio voclosporina (mg/dL)	138,45	136,21	120,2	114,49
C3 3 meses (mg/dL)	133,48	136,21	110,38	105,88
C3 6 meses (mg/dL)	134,56	183,3	105,53	117,54
C3 12 meses (mg/dL)	105,08	154,57	116,65	
GA debut (mg/dL)	27,6	15,52	9,2	32
GA inicio voclosporina (mg/dL)	40,14	21,83	40,59	41,24
GA 3 meses (mg/dL)	47,11	21,83	40,79	37,63
GA 6 meses (mg/dL)	48,43	22,38	37,66	39,63
GA 12 meses (mg/dL)	38,38	21,38	43,9	
anti-dsDNA debut	77,1	28,6	631,82	16
anti-dsDNA inicio voclosporina	12	10	88,1	126,3
anti-dsDNA final seguimiento	0	0	83,5	116,7

### 226 NEFROPATÍA MEMBRANOSA Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN LA ERA PLA2R

P. FERNANDEZ<sup>1</sup>, Y. MACÍAS<sup>1</sup>, E. OLIVA-DAMASO<sup>1</sup>, N. OLIVA-DAMASO<sup>1</sup>, Y. DARUIZ<sup>1</sup>, T. MONZÓN<sup>1</sup>, J. PAYAN<sup>1</sup>, F. GONZALEZ<sup>1</sup>, A. SANTANA<sup>1</sup>, P. PEREZ-BORGES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GC/ESPAÑA),<sup>2</sup>ULPGC (LAS PALMAS DE GC/ESPAÑA),<sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL COSTA DEL SOL (MARBELLA, ESPAÑA)

**Introducción:** La nefropatía membranosa (NM) constituye una de las causas más frecuentes de síndrome nefrótico en adultos. Clásicamente se consideraba primaria (75-80 % de los casos) o bien secundaria a diversos trastornos como infecciones, enfermedades autoinmunes, neoplasias o al uso de ciertos fármacos. Tras el descubrimiento del receptor de la fosfolipasa A2 (PLA2R) se observó que PLA2R estaba implicado en el 70-80% de los casos de NM primaria, siendo muy poco frecuentes los anticuerpos PLA2R en sangre o su positividad en la biopsia en las NM secundarias a otras patologías.

**Objetivos:** Estudiar las características de la NM según la presencia o no de PLA2R.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 49 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de NM a los que se les realizó tinción PLA2R en la biopsia renal en nuestro centro desde 2016.

**Resultados:** En los 49 pacientes estudiados, la media de edad fue de 57,9 años siendo el 65,3 % de los pacientes varones. El 20,4 % presentaron alguna enfermedad autoinmune antes o durante el seguimiento, 14,3 % alguna neoplasia y 14,3% habían estado en tratamiento crónico reciente con fármacos relacionados con la NM. El 89,8% mostraron positividad para PLA2R en la tinción histológica, de los cuales el 43,2% presentaron también AC antiPLA2R en suero en el momento de la biopsia. Los pacientes con antiPLA2R positivo en la biopsia y negativo en suero tuvieron una mayor probabilidad de presentar una remisión de la proteinuria al año en comparación con aquellos con positividad en ambas determinaciones (p=0.036). Por otro lado, todos los pacientes con tinción PLA2R negativa y 36,4% de los que presentaron PLA2R+ positivo en la biopsia tuvieron alguna patología concomitante.

**Conclusiones:** En nuestra serie, el 36,4% de pacientes con tinción positiva para PLA2R, considerados clásicamente pacientes con NM primaria, presentaban también neoplasias, enfermedades autoinmunes o consumo de fármacos, suponiendo un reto para los clínicos distinguir si esta asociación es causal o casual. En los estudios más relevantes de NM (Ej. MENTOR, STARMEN) los pacientes con estas condiciones asociadas fueron excluidos. La elevada prevalencia de estos pacientes en nuestra serie, aumenta el interés de esta subpoblación menos estudiada.

## 227 EVOLUCIÓN DE LA NEFROPATÍA MEMBRANOSA. ESTUDIO DE SEGUIMIENTO UNICENTRICO A 20 AÑOS

Y. DARUIZ<sup>1</sup>, Y. MACÍAS<sup>2</sup>, E. OLIVA-DAMASO<sup>3</sup>, N. OLIVA-DAMASO<sup>4</sup>, T. MONZÓN<sup>5</sup>, F. GONZALEZ<sup>6</sup>, D. MEDINA<sup>7</sup>, A. SANCHEZ<sup>8</sup>, R. SANTANA<sup>9</sup>, P. PEREZ-BORGES<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GC/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL COSTA DEL SOL (MARBELLA, ESPAÑA)

**Introducción:** La nefropatía membranosa (NM) constituye una de las causas más frecuentes de síndrome nefrótico en adultos. Tras el descubrimiento del receptor de la fosfolipasa A2 (PLA2R) como antígeno principal en la NM primaria se observó que el PLA2R estaba presente en el 70-80% de estos casos.

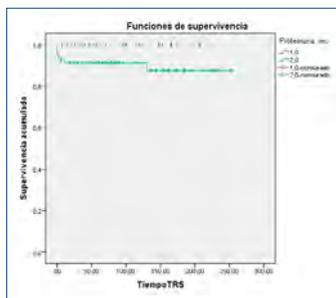
**Objetivos:** Estudiar las características de la NM y los factores asociados con la evolución de la misma en la era pre y post PLA2R.

**Material y métodos:** Estudio observacional en 89 pacientes con diagnóstico histológico de NM, biopsiados en los últimos 20 años en nuestro hospital. Se analizaron sus características basales y su evolución. La supervivencia libre de terapia renal sustitutiva (TRS) se analizó mediante el test de Kaplan-Meier.

**Resultados:** La media de edad fue de 59,8 años siendo el 66,6 % de los pacientes varones. El 22,5% presentaron alguna enfermedad autoinmune antes o durante el seguimiento, 11,2% neoplasias y 23,6% habían estado en tratamiento crónico reciente con fármacos relacionados con la NM. De los 49 pacientes que tenían determinación de PLA2R en la biopsia, el 89,8% fue positiva. Observamos que las características que presentaban una mejor respuesta al año fueron: el sexo femenino (p=0.013), la edad menor de 52 años (p=0.003), la proteinuria menor de 3,5 g/24 horas (p=0.027) y niveles de albúmina normal (p=0.025). Posteriormente, se analizó la supervivencia libre de TRS según los niveles de proteinuria. Se observó una tendencia a la significación estadística, presentando una mejor supervivencia los pacientes con proteinuria no nefrótica al inicio de la enfermedad (p=0.07).

**Conclusión:** En nuestra población se confirman los factores pronósticos clásicos en la evolución de la NM, presentando además una mayor supervivencia libre de TRS aquellos pacientes con proteinuria no nefrótica al debut.

Figura 1.



## 229 NEFROPATÍA IgA EN PEDIATRÍA. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

M. ESPINO<sup>1</sup>, A. ROCHE<sup>2</sup>, M. MELGOSA<sup>3</sup>, M. CARRASCO<sup>4</sup>, V. MARTÍNEZ<sup>5</sup>, C. APARICIO<sup>6</sup>, I. TAPIA<sup>7</sup>, M. HERRERO<sup>8</sup>, J.D. GÓNZALEZ<sup>9</sup>, E. PEREZ<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL LA PAZ (MADRID/ESPAÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL DE BADAJOZ (BADAJOZ/ESPAÑA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL DE MÁLAGA (MÁLAGA/ESPAÑA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL NIÑO JESÚS (MADRID/ESPAÑA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SON ESPASES (PALMA DE MALLORCA/ESPAÑA), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL DE CRUCES (BILBAO/ESPAÑA), <sup>8</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SANTA LUCÍA (CARTAGENA/ESPAÑA), <sup>9</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA/ESPAÑA)

**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**

Estudio multicéntrico de nefropatía IgA de la AENP

El tratamiento de la nefropatía IgA diagnosticada mediante biopsia renal en niños tiene un nivel de evidencia bajo con un grado de recomendación moderado. Consiste en hábitos saludables y IECA o ARA-II para mantener índice proteína/creatinina menor de 0,2. En niños con enfermedad renal crónica estadio 2 o superior mantener TA media en 24 horas en p50 si tienen índice proteína/creatinina superior a 0,5 mg/mg o en p75 para si tienen índice proteína/creatinina inferior a 0,2 mg/mg. El tratamiento con corticoides se basa en recomendaciones de expertos y estaría indicado con índice proteína/creatinina entre 0,5-1 mg/mg tras 3-6 meses de IECA o ARA-II; con más de 1 mg/mg tras 4 semanas de tto con IECA o ARA-II y con un score MEST-C 1 o más de de los siguientes parámetros M1, E1, S1 y/o índice proteína/creatinina persistente mayor de 1 mg/mg al menos en dos mediciones separadas 1-2 semanas.

**Objetivo:** Revisar los tratamientos realizados en los pacientes pediátricos con confirmación diagnóstica de nefropatía IgA, analizar la correlación con los hallazgos anatómopatológicos y el pronóstico en el seguimiento pediátrico.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico mediante encuesta realizada a los miembros de la Asociación Española de Nefrología Pediátrica. Se recogen clasificación Oxford tras la confirmación de nefropatía IgA mediante inmunofluorescencia, tto realizado previo a realizar la biopsia y tras conocer el resultado de la misma, y evolución hasta ser transferidos a las unidades de adultos.

**Resultados:** Participan 12 centros, con 70 pacientes diagnosticados de nefropatía IgA. Edad media de diagnóstico 11,3 años + 3,2. Tiempo medio de seguimiento 4,2 años + 3,12.

Las clasificaciones Oxford más frecuentes fueron: • M1E0S0T0C0 24 pacientes; • M0E0S0T0C0 11 pacientes; • M1E1S0T0C0 9 pacientes; • M1E0S1T0C0 6 pacientes; • M0E1S1T0C0 3 pacientes; • M1E1S0T0C1 3 pacientes.

La biopsia renal supuso iniciar o incrementar el tratamiento inmunosupresor en 37 pacientes, se dejó igual en 22 y se redujo en 7, porque la evolución fue favorable y el hallazgo anatómopatológico no requería tto.

En el seguimiento 2 pacientes presentan enfermedad renal crónica, 37 tienen resolución completa sin proteinuria ni microhematuria y 13 pacientes presentan proteinuria inferior a 1 gr.

**Conclusiones:** La biopsia condicionó el tratamiento inmunosupresor en el 40% de los pacientes al tener un score de Oxford más avanzado. El pronóstico a corto plazo de la nefropatía IgA con debut en la infancia tiene buen pronóstico.

## 228 NEFROPATÍA IgA EN PEDIATRÍA. CRITERIOS DE BIOPSIA

M. ESPINO<sup>1</sup>, C. BLAZQUEZ<sup>2</sup>, S. PUENTES<sup>3</sup>, FA. ORDEÑEZ<sup>4</sup>, L. GONDRA<sup>5</sup>, M. AZPILICUETA<sup>6</sup>, V. CANTOS<sup>7</sup>, C. DE LUCA<sup>8</sup>, I. COMINO<sup>9</sup>, J. LUMBRERAS<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HUCA (OVIEDO/ESPAÑA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL DE CRUCES (BILBAO/ESPAÑA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL REINA SOFÍA (CÓRDOBA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL VIRGEN DE LA MACARENA (SEVILLA/ESPAÑA), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL NIÑO JESÚS (MADRID/ESPAÑA), <sup>8</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN (MADRID/ESPAÑA), <sup>9</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SON ESPASES (PALMA DE MALLORCA/ESPAÑA)

Las recientes guías sobre nefropatía IgA plantean realizar la biopsia renal para el diagnóstico cuando los pacientes tiene hematuria macro o microscópica con proteinuria (índice proteinuria/creatinina >0,2 mg/mg persistente más de 2-3 semanas, o cuando hay hematuria macroscópica persistente más de 2-3 semanas, o recurrente ( más de 2-3 episodios) coincidente con infección respiratoria, debido a la discordancia que se encontraba entre manifestación clínica y resultado de la biopsia. Esto no ha sido la práctica habitual en pediatría, ya que a los pacientes con brotes de hematuria macroscópica recidivante sin proteinuria o con índice proteinuria/creatinina inferior a 0,5 mg/mg (índice prot/creat) en los que se consideraba que el pronóstico era favorable no se realizaba la biopsia.

**Objetivo:** Revisar los criterios de biopsia renal ante la sospecha de nefropatía IgA y correlacionarlo con los hallazgos anatómopatológicos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico mediante encuesta realizada a los miembros de la Asociación Española de Nefrología Pediátrica. Se recogen criterios de biopsia renal y clasificación Oxford tras la confirmación de nefropatía IgA mediante inmunofluorescencia.

**Resultados:** Participan 12 centros, con 70 pacientes diagnosticados de nefropatía IgA; se excluye un paciente por diagnóstico de glomerulonefritis membranosa.

Edad media de 11,3 años + 3,2.

El criterio para indicar la biopsia fue: • Hematuria macroscópica sin otra alteración en 3 pacientes;

• Hematuria macroscópica con microhematuria entre brotes sin proteinuria en 3 pacientes; • Hematuria macroscópica con microhematuria entre brotes con índice prot/creat <0,5 en 6 pacientes;

• Hematuria macroscópica con microhematuria entre brotes con índice prot/creat > 0,5; • Hematuria macroscópica con microhematuria entre los brotes con índice proteína/creatinina >2 en 6 pacientes;

• Insuficiencia renal aguda en los brotes asociada a cualquiera de los anteriores en 20 pacientes; • Otras manifestaciones en 10 pacientes.

Las clasificaciones Oxford más frecuentes fueron: • M1E0S0T0C0 24 pacientes; • M0E0S0T0C0 11 pacientes; • M1E1S0T0C0 9 pacientes; • M1E0S1T0C0 6 pacientes; • M0E1S1T0C0 3 pacientes; • M1E1S0T0C1 3 pacientes.

Los pacientes que tienen brotes de hematuria macroscópica, con o sin microhematuria entre brotes, sin proteinuria, o con proteinuria con índice inferior a 0,5, tienen con más frecuencia clasificación Oxford M0E0S0T0C0.

**Conclusiones:** Los pacientes con brotes de hematuria macroscópica recidivantes sin fracaso renal o proteinuria inferior a un índice de 0,5 que se sometieron a biopsia renal, no tenían una nefropatía IgA de riesgo según la clasificación de Oxford.

## 230 VALOR PRONÓSTICO DE LA HEMATURIA EN LA NEFROPATÍA IgA

L. MUÑOZ HERNÁNDEZ<sup>1</sup>, N. MOLINA ALVAREZ<sup>2</sup>, JA. MENDOZA HERNÁNDEZ<sup>3</sup>, N. LÓPEZ RODRÍGUEZ<sup>4</sup>, C. SANZ GARCÍA<sup>5</sup>, ML. SUÁREZ FERNÁNDEZ<sup>6</sup>, N. RIDAO CANO<sup>7</sup>, M. GAGO FRAILE<sup>8</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO)

**Introducción:** La nefropatía IgA es la glomerulopatía primaria más frecuente en el mundo. Actualmente guiamos su tratamiento con biomarcadores que incluyen proteinuria, filtrado glomerular (FG) y datos anatómopatológicos (Score MEST-C). No obstante, el papel de la hematuria no ha sido bien establecido. Nuestro objetivo es dilucidar si el grado de hematuria al diagnóstico, la reducción de la misma o su persistencia se relacionan con el pronóstico renal.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que recoge los datos de 63 pacientes con diagnóstico anatómopatológico de nefropatía IgA en los últimos 4 años en Asturias. Las variables registradas incluyen los valores de creatinina (Cr), FG, hematuria y proteinuria al diagnóstico y tras el tratamiento; así como la graduación del score MEST-C en la biopsia renal y el tratamiento antiproteinúrico e inmunosupresor indicados en cada caso. La hematuria se recogió de forma semicuantitativa en intervalos ordinales en función del número de hemáties/campo, calculando además a posteriori una nueva variable de hematuria persistente.

**Resultados:** La muestra consta de 49 hombres (77,8%) y 14 mujeres (22,2%) con una mediana de edad de 50,82 años al diagnóstico (RIQ=33-64,17), de los cuales 33 (52,4%) son hipertensos y 12 (19%) diabéticos. La mediana de Cr al diagnóstico fue 1 mg/dl (RIQ=1-2), con FG 62 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (RIQ=38-98) y proteinuria 1093 mg/gr Cr (RIQ=568,5-2177,5). Un total de 42 pacientes (66,7%) recibieron tratamiento inmunosupresor, siendo lo más frecuente el uso de corticoides (13 pacientes, 20,6%) y corticoides con micofenolato de mofetilo (13 pacientes, 20,6%). Se registró la hematuria de forma semicuantitativa, encontrando cambios significativos (p=0,000) entre el grado de hematuria al diagnóstico y el posterior al tratamiento. Además, encontramos que el grado de hematuria al diagnóstico se relaciona de forma significativa con la evolución del FG (p=0,003) y la proteinuria (p=0,032), aunque no pudimos establecer que la persistencia de hematuria (44 pacientes, 69,8%) se relacione con el FG (p=0,435) o la proteinuria (p=0,330) posteriores al tratamiento. Además, no encontramos relación entre el grado de hematuria al diagnóstico y la puntuación en los distintos ítems del score MEST-C, así como tampoco con la indicación de tratamiento inmunosupresor.

**Conclusión:** Los resultados obtenidos parecen apuntar que el grado de hematuria al diagnóstico se relaciona con el pronóstico renal, no así la cuantía en la reducción de esta ni su persistencia tras el tratamiento.

## Resúmenes

## Glomerulopatías e inmunopatología

## 231 EXPERIENCIA EN EL USO DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CAMBIOS MÍNIMOS CORTICODEPENDIENTE Y/O CON RECAÍDAS FRECUENTES: SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AA. ASTROÑA ROJAS<sup>1</sup>, E. PASCUAL PAJALES<sup>1</sup>, D. REGIDOR RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, D. BUSTOS JIMENEZ<sup>1</sup>, M. BALTASAR LÓPEZ<sup>1</sup>, M. PADRÓN ROMERO<sup>1</sup>, D. CARRO HERRERO<sup>1</sup>, N. MORELL ALBA<sup>1</sup>, TA. BARZALLO CISNEROS<sup>1</sup>, FJ. AHUJADO HORMIGOS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO)

**Introducción:** La enfermedad de cambios mínimos (ECM) representa el 10-20% del síndrome nefrótico en adultos, las formas que son corticoddependientes o con múltiples recaídas representan un reto importante en el plan terapéutico; en los últimos años, el rituximab ha emergido como una importante alternativa terapéutica, sin embargo, aún está en estudio las posibles pautas de administración. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia clínica, evolución y complicaciones del uso de rituximab en una sola dosis en pacientes con ECM tratados en nuestro centro.

**Material y método:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el Hospital Universitario de Toledo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico histológico confirmado de ECM, con corticoddependencia o  $\geq 2$  recaídas en los últimos 12 meses, tratados con una dosis de rituximab de 375 mg entre noviembre de 2019 y abril de 2025, con un seguimiento mínimo de tres meses. Se excluyeron pacientes con glomerulopatías secundarias o seguimiento incompleto. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas, evaluando la respuesta clínica, la evolución del tratamiento inmunosupresor y la presencia de efectos adversos.

**Resultados:** Con muestra de 5 pacientes, con edad media de 34 años (DE  $\pm 16,4$ ); 80% eran varones. Todos eran corticoddependientes y habían recibido previamente tacrolimus; uno también con ciclofosfamida. La mediana de Cr basal fue de 0.9 mg/dL (DE  $\pm 0,25$ ) y la mediana de proteinuria fue de 2160 mg/24h (rango: 800–6800mg/24h). A los 3 meses post-rituximab, el 100% de los pacientes suspendió corticoides, sin recaídas ni efectos adversos. A pesar del tamaño muestral limitado, estos resultados respaldan el uso de rituximab en dosis única como alternativa terapéutica efectiva y segura, sin embargo, se requieren estudios con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos.

**Conclusiones:** En esta serie de casos, rituximab mostró una eficacia notable en inducir remisión clínica y analítica sostenida en pacientes con ECM corticoddependiente o con recaídas frecuentes. Se logró una retirada completa de corticoides, sin recaídas ni efectos adversos. A pesar del tamaño muestral limitado, estos resultados respaldan el uso de rituximab en dosis única como alternativa terapéutica efectiva y segura, sin embargo, se requieren estudios con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos.

## 232 PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE NEFROPATÍA POR IgG4 EN UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA

DP. DAINELYS PÉREZ ESPINEIRA<sup>1</sup>, RM. ROSA MIQUEL RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, MC. MARIA ANGELES COBO CASO<sup>1</sup>, PD. PATRICIA DELGADO MALLÉN<sup>1</sup>, SE. SARA ESTUPIÑÁN TORRES<sup>1</sup>, NS. NURIA SÁNCHEZ DORTA<sup>1</sup>, LP. LOURDES PÉREZ TAMAJÓN<sup>1</sup>, CR. CRISTINA RAMOS DE ASCANIO<sup>1</sup>, AC. ALEJANDRO CASTRO LÓPEZ<sup>1</sup>, DH. DOMINGO HERNÁNDEZ MARRERO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA/ESPAÑA)

**Introducción:** La enfermedad relacionada con IgG4 (ERIG4) es una patología fibroinflamatória poco frecuente caracterizada por afectación multiorgánica. La manifestación renal más frecuente y característica es la nefritis tubulointersticial que cursa con insuficiencia renal aguda o crónica.

Cuando se presenta con proteinuria, el hallazgo histológico principal es la nefropatía membranosa. También pueden cursar con fibrosis retroperitoneal y masas renales. Es característico el aumento de la IgG4 sérica, y puede objetivarse hipocomplementemia, aumento de IgE así como anomalías radiológicas y manifestaciones extrarrenales.

**Objetivo:** Describir la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución de los casos de ERIG4 en nuestro centro (n=4).

**Material y métodos:** Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), antecedentes personales, presentación clínica, parámetros analíticos incluidos niveles de IgG4, pruebas de imagen, biopsia renal, tratamiento y evolución.

**Resultados:** La mediana de edad al debut fue de 68.5 años (52-79). La mayoría eran varones (3/1). La insuficiencia renal subaguda fue la forma de presentación más frecuente; en un caso además con síndrome nefrótico y sedimento activo. Disponíamos de niveles de IgG4 en el debut de 3 pacientes (todos > 135 mg/dl).

Otros hallazgos: Eosinofilia (2 casos); hipocomplementemia (1).

La biopsia renal (realizada en 3 casos) mostró una nefropatía intersticial rica en células plasmáticas positivas para IgG4. En uno de los pacientes no se realizó por ser monorrena.

Manifestaciones extrarrenales: Pancreática (2 casos); glandular (1 caso), hallazgos radiológicos sugestivos (1 caso, en paciente no biopsiada); en el resto, afectación renal aislada.

Todos los pacientes se trataron con corticoides. Tres presentaron recaída, tratadas con rituximab (1), azatioprina (1) y otra con reinicio de corticoides.

Todos tuvieron respuesta al tratamiento con descenso de niveles de IgG4.

**Conclusión:** La presentación de esta entidad es heterogénea; en nuestra serie la afectación más frecuente fue la renal aislada. La nefropatía por IgG4 es una entidad rara y supone un reto diagnóstico.

[Ver tabla](#)

## 233 EXPERIENCIA UNICÉNTRICA CON AVACOPÁN EN EL TRATAMIENTO DE LAS VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA

M. VARELA ATIENZA<sup>1</sup>, V. RODAEV<sup>1</sup>, M. LAIÑO PIÑERO<sup>2</sup>, CT. BONETA IRIGOYEN<sup>1</sup>, A. ELÍAS FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, FJ. GIL SAENZ<sup>2</sup>, J. MANRIQUE ESCOLA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (PAMPLONA), <sup>2</sup>REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (PAMPLONA), <sup>3</sup>PEDIATRÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (PAMPLONA)

**Introducción:** Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) con afectación renal destacan por su mal pronóstico a nivel renal y global. Avacopán es un fármaco que actúa como antagonista selectivo del receptor C5a, anafilotoxina clave en la patogénesis de la enfermedad.

**Material y métodos:** Se presenta la experiencia de 6 pacientes con VAA que recibieron avacopán (al debut o recidiva de la enfermedad) en nuestro centro entre mayo de 2023 y marzo de 2025.

**Resultados:** De los pacientes incluidos 4 fueron ANCA-MPO+ (uno doble positivo AntiMBO) y 2 ANCA-PR3+. La media de edad fue de  $59 \pm 20$  años, teniendo uno de los pacientes 16 años. 5 eran varones y 1 era una mujer. Avacopán se inició en 4 pacientes como parte del tratamiento de inducción (en 3 de ellos con el objetivo de minimizar la dosis de glucocorticoides y en otro por la severidad del cuadro). En 1 paciente se comenzó por recaída de la enfermedad a pesar de estar en tratamiento con micofenolato. En 1 paciente se inició con GFR <15ml/min (hemodiálisis) por recidiva de hemorragia pulmonar y contraindicación para el uso de glucocorticoides. Todos los pacientes recibieron inducción con bolus de metilprednisolona seguido de prednisona oral, con una dosis total media de  $2344 \pm 694$ mg (con una dosis mínima de 1517,5 mg y una dosis máxima de 3540mg), y 2 requirieron también recambio plasmático. 5 de los 6 pacientes asociaron rituximab (3 de ellos en combinación con ciclofosfamida en bolus) y 1 recibió únicamente ciclofosfamida en bolus. El eGFR al debut de la enfermedad fue de  $37,5 \pm 27$  ml/min y el CAC de  $812 \pm 506,5$  mg/gr. Las manifestaciones extrarrenales estaban presentes en 4 pacientes, siendo la hemorragia pulmonar la más frecuente (presente en 3 pacientes). La mediana de duración del tratamiento con avacopán fue de 26 semanas (con un mínimo de 4 semanas y un máximo de 92 semanas). La prednisona se logró suspender en el 100% de los pacientes y durante el periodo de seguimiento no se registraron brotes de la enfermedad VAA ni se notificaron efectos adversos relacionados con la medicación.

**Conclusión:** La experiencia en nuestro centro con el uso avacopán en el tratamiento de las VAA muestra resultados prometedores, con ausencia de recaídas de la enfermedad y con una buena tolerancia y seguridad

## 234 BIOPSIA RENAL PARA RETIRADA DE TRATAMIENTO EN NEFRITIS LÚPICA

M. SÁEZ MORALES<sup>1</sup>, O. GARCÍA URIARTE<sup>1</sup>, I. FERNÁNDEZ ESPINOSA<sup>1</sup>, S. SÁNCHEZ BLANCO<sup>1</sup>, A. MOLINA ORTEGA<sup>1</sup>, A. ALUSTIZA GARCÍA<sup>1</sup>, O. CARMONA LORUSSO<sup>1</sup>, A. BEDIA RABA<sup>1</sup>, S. CAMINO RAMOS<sup>1</sup>, R. BERZAL RICO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA. OSAKIDETZA (VITORIA GASTEIZ/ESPAÑA), <sup>2</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA. OSAKIDETZA (VITORIA GASTEIZ/ESPAÑA)

**Introducción:** La biopsia renal es el gold estándar para el diagnóstico y establecer el pronóstico de la Nefritis Lúpica (NL). La Rebiopsia Previa a Retirada (BPR) del Tratamiento Inmunosupresor de Mantenimiento (TIM), puede ser útil para guiar el tratamiento en pacientes en remisión clínica a largo plazo. Publicaciones previas han demostrado que la suspensión del TIM en pacientes sin actividad histológica minimizaría brotes de NL subsiguientes.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, longitudinal, observacional y ambispectivo para analizar los datos de la BPR con el objetivo de guiar la suspensión del TIM. Durante el año 2024, se realizó BPR a pacientes diagnosticadas de NL (clase III,IV con/sin clase V), tras Terapia de Inducción y tratamiento de mantenimiento durante al menos 3 años, con Remisión Clínica Completa (RCC) definida por proteinuria <500mg/día y eGFR normal o  $\leq 10\%$  inferior al previo al brote o con eGFR  $\geq 10\%$  inferior al basal (Remisión Parcial), pero estable más de 12 meses y sin clínica extrarrenal. Se decidía suspensión del TIM sólo con Índices de Actividad (IA) = 0.

**Resultados:** Se rebiopsiaron 9 pacientes, todas mujeres. Media de edad, 44,67 años.

La media del IA de la primera biopsia fue de 10,78, y del índice de cronicidad (IC) de 1,33. Los tratamientos de Inducción consistieron en Ciclofosfamida (pauta Eurolupus) o Micofenolato y pulsos de Metilprednisolona y el TIM en Micofenolato.

En el momento de la rebiopsia, todas las pacientes tenían proteinuria < 0.5gramos y presentaban un eGFR estable desde al menos un año (en 4 pacientes el eGFR era >10-20% inferior respecto al basal). Todas presentaban respuesta serológica con ausencia de hipocomplementemia y solo tres seguían teniendo antiDNA positivo, pero títulos estables.

La rebiopsia se realizó a los 66 meses del diagnóstico: tres de nueve pacientes seguían presentando Actividad y el IC había aumentado de 1,33 a 2,69.

Se realizó una retirada progresiva del TIM en las 6 pacientes con IA=0 sin que hasta el momento ninguna haya presentado nuevos brotes de NL.

En el análisis ROC ni la negatividad de antiDNA ni los niveles de proteinuria que marcan la definición de RCC eran útiles para predecir la remisión histológica.

**Conclusión:** En manos expertas, la rebiopsia es una práctica segura y útil para guiar el tratamiento para valorar la persistencia de Actividad antes de la retirada del TIM, por su valor en la predicción de brotes, y la evolución del Índice de cronicidad, como predictor de progresión de ERC.

## 235 ANÁLISIS DE LAS BIOPSIAS RENALES EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GLOMERULARES: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 10 AÑOS

MJ. RIVERA CASTILLO<sup>1</sup>, E. JIMÉNEZ MAYOR<sup>1</sup>, MM. ACOSTA ROJAS<sup>1</sup>, MC. PERDOMO GALINDO<sup>1</sup>, JP. MARÍN ÁLVAREZ<sup>1</sup>, PJ. LABRADOR GÓMEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCANTARA (ESPAÑA)

**Introducción:** Las enfermedades glomerulares son una causa frecuente de enfermedad renal crónica, especialmente en la población joven. Su diagnóstico temprano es esencial para prevenir la progresión a estadios avanzados. La biopsia renal es la herramienta diagnóstica fundamental para identificar patrones histológicos, lo que permite una clasificación precisa y una mejor toma de decisiones clínicas. El estudio de las biopsias sigue siendo importante en el diagnóstico de las glomerulopatías.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional de las biopsias renales realizadas entre enero de 2015 y diciembre de 2024 en un hospital español. Se analizaron variables demográficas, clínicas, función renal (FGe), motivo de la biopsia, complicaciones y diagnóstico histológico. Todas las biopsias se realizaron sobre riñón nativo.

**Resultados:** Se realizaron 274 biopsias renales (media: 27.4/año). La edad media fue 57.9 ± 17.9 años (rango: 14–87), con el 67.2 % de los pacientes siendo varones. El filtrado glomerular estimado (FGe) medio fue 52 ± 36 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, con el 63.2 % de los pacientes presentando función renal reducida (< 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>). El 54 % de los pacientes eran hipertensos y el 23 % diabéticos. La muestra fue adecuada en el 92.7 % de los casos. Se registraron complicaciones inmediatas en el 2.7 % de los casos, que incluyeron 7 hematomas renales y 1 retención urinaria aguda.

En cuanto a los diagnósticos histológicos, los más frecuentes variaron según el grupo etario. En pacientes menores de 18 años, los diagnósticos más comunes fueron nefritis lúpica (33 %), nefropatía IgA (20 %) y glomerulonefritis extracapilar (20 %). Entre los 19 y 45 años, la nefropatía IgA (21.1 %) fue el diagnóstico más prevalente, seguida de la nefritis lúpica (19.3 %) y las podocitopatías (10.6 %). En el grupo de 46 a 65 años, predominó la glomerulonefritis membranosa (14.6 %) y la nefropatía IgA (13.6 %). En los mayores de 65 años, la glomerulonefritis extracapilar fue más frecuente, especialmente en pacientes mayores de 80 años (36.4 %).

**Conclusiones:** La biopsia renal continúa siendo una herramienta diagnóstica crucial en el estudio de las glomerulopatías. La nefropatía IgA fue más común en adultos jóvenes, mientras que en los mayores de 65 años prevaleció la glomerulonefritis extracapilar. Las complicaciones fueron raras, y la calidad de las muestras fue alta, destacando la seguridad y efectividad de esta técnica.

## 236 RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO ACTUAL DE LA GLOMERULONEFRITIS FIBRILAR: ¿QUÉ NOS MUESTRA LA PRÁCTICA CLÍNICA?

DS. ROLDÁN PONCE<sup>1</sup>, C. CASES CORONA<sup>1</sup>, E. LÓPEZ MELERO<sup>1</sup>, A. MENDEZ ABREU<sup>1</sup>, A. REY<sup>1</sup>, S. LÓPEZ SAN ROMÁN<sup>1</sup>, S. QUICAÑA<sup>1</sup>, E. GALLEGOS<sup>1</sup>, A. TATO<sup>1</sup>, E. GRUSS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (MADRID)

**Introducción:** La glomerulonefritis fibrilar (GNF) es una enfermedad glomerular rara y progresiva para la que actualmente no hay terapias aprobadas. Alrededor del 50 % de los pacientes progresan a enfermedad renal terminal (ERT), y hasta un tercio presenta recurrencia postrasplante. En la última década, el uso de rituximab ha aumentado considerablemente, respaldado por datos positivos en estudios observacionales y revisiones retrospectivas.

El objetivo de este estudio fue evaluar si el tratamiento con rituximab retrasa la progresión a ERT y la necesidad de terapia renal sustitutiva (TRS).

**Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico histológico de GNF en nuestro centro entre enero de 2010 y diciembre de 2024. Se compararon la supervivencia global y renal entre pacientes tratados con rituximab y aquellos que no lo recibieron. Además, se analizaron parámetros analíticos como evolución de la creatinina sérica, microhematuria y proteinuria.

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes: 8 recibieron rituximab y 6 fueron tratados con otros inmunosupresores o no recibieron tratamiento. Cuatro pacientes progresaron a ERT con inicio de TRS, de los cuales solo uno había sido tratado con rituximab. No se observaron diferencias en la supervivencia global entre los grupos.

Los pacientes tratados presentaron niveles iniciales de creatinina significativamente más bajos que los no tratados (1.34 vs 2.8 mg/dL; p<0.001). Sin embargo, no se evidenciaron cambios significativos en la progresión de la enfermedad renal a los 12, 18 y 24 meses.

Respecto a la microhematuria, se observó una reducción significativa durante los primeros seis meses en los pacientes tratados (-65.9 hematíes/campo; p=0.02). En contraste, los no tratados mostraron un aumento inicial (112.2 hematíes/campo; p=0.018). Este efecto diferencial se fue atenuando con el tiempo y no fue significativo más allá de los seis meses.

No se hallaron efectos significativos de rituximab sobre la proteinuria, ni interacciones relevantes entre el seguimiento y la ausencia de tratamiento.

**Conclusiones:** Aunque se observó una menor necesidad de TRS entre los pacientes tratados con rituximab, no se encontraron diferencias significativas en la evolución de la enfermedad renal, la proteinuria ni la microhematuria a largo plazo. La falta de significación estadística podría estar relacionada con el tamaño reducido de la muestra. Son necesarios estudios más amplios para confirmar el posible beneficio de rituximab en la GNF.

## 237 TÍTULOS DE ANCA PARA EL DIAGNÓSTICO DE VASCULITIS. ¿PODEMOS GUIARNOS DE ELLOS PARA EVITAR UNA BIOPSIA?

DS. ROLDÁN PONCE<sup>1</sup>, A. MENDEZ ABREU<sup>1</sup>, E. LÓPEZ MELERO<sup>1</sup>, C. CASES CORONA<sup>1</sup>, A. REY<sup>1</sup>, S. LÓPEZ SAN ROMÁN<sup>1</sup>, S. QUICAÑA<sup>1</sup>, A. TATO<sup>1</sup>, E. GALLEGOS<sup>1</sup>, E. GRUSS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (MADRID)

**Introducción:** La vasculitis asociada a ANCA (VAA) es una enfermedad autoinmune rara que afecta con frecuencia al riñón. La detección precoz del compromiso renal y la predicción de la respuesta terapéutica siguen siendo desafíos clínicos. Este estudio tuvo como objetivo evaluar si los títulos de ANCA permiten predecir el grado de afectación histológica renal, la necesidad de terapia renal sustitutiva (TRS) y su posible utilidad para orientar el tratamiento sin requerir biopsia.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de biopsias renales con diagnóstico histológico de VAA entre 1998 y 2023 en nuestro centro. Se recogieron datos clínicos, serológicos, histológicos, tratamiento y evolución de los pacientes. Se analizaron los títulos de ANCA en relación con los hallazgos histológicos, así como su asociación con parámetros clínicos como microhematuria, puntuación BVAS y necesidad de TRS tanto al inicio como al final del seguimiento.

**Resultados:** El estudio incluyó 79 biopsias renales con diagnóstico de vasculitis ANCA (64 MPO, 11 PR3 y 4 negativos). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los títulos de ANCA y el porcentaje de glomérulos normales ni con el grado de fibrosis intersticial o atrofia tubular, aunque los valores fueron más altos en los grupos con mayor daño renal. Tampoco se observaron correlaciones significativas con microhematuria o BVAS inicial. Los pacientes que requirieron TRS o que no respondieron al tratamiento mostraron títulos más altos, pero sin alcanzar significación estadística.

El análisis de la curva ROC reveló una capacidad de discriminación moderada del título de ANCA para predecir TRS aguda (AUC = 0,650; IC 95%: 0,512–0,788; p = 0,055) y un mejor rendimiento para predecir TRS crónica (AUC = 0,720; IC 95%: 0,577–0,863; p = 0,005). Un punto de corte >187 U/ml mostró una sensibilidad del 50% y una especificidad del 91,5%, lo que sugiere asociación con daño renal persistente, aunque con valor clínico limitado. Todos los pacientes recibieron tratamiento individualizado según hallazgos histológicos y guías clínicas.

**Conclusión:** En esta cohorte, los títulos de ANCA no se asociaron significativamente con daño histológico renal ni con parámetros clínicos como microhematuria o BVAS.

A pesar de mostrar cierta capacidad para predecir TRS crónica, los títulos de ANCA no son suficientes para sustituir la biopsia renal como herramienta para guiar el tratamiento individualizado.

## 238 NEFROPATÍA IgA: RESULTADOS DE LA COHORTE DEL ÁREA DE SALUD DE ÁLAVA ENTRE LOS AÑOS 2012-2024

A. BEDIA RABA<sup>1</sup>, R. BERZAL RICO<sup>1</sup>, I. FERNANDEZ ESPINOSA<sup>1</sup>, M. SAEZ MORALES<sup>1</sup>, MP. RODRIGUEZ DAVIS<sup>1</sup>, S. SANCHEZ BLANCO<sup>1</sup>, A. MOLINA ORTEGA<sup>1</sup>, A. ALLUSTIZA GARCIA<sup>1</sup>, S. CAMINO RAMOS<sup>1</sup>, O. GARCIA URIARTE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA (VITORIA-GASTEIZ)

**Introducción:** La Nefropatía IgA (NIGA) es la forma más prevalente de las glomerulonefritis primarias y la principal causa de enfermedad renal crónica terminal (ERCT) por patología glomerular. El panorama terapéutico de la NIGA está experimentando una importante transformación con la llegada de nuevos tratamientos que están demostrando resultados interesantes frente a las más limitadas posibilidades terapéuticas previas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, longitudinal, observacional y retrospectivo para analizar los datos y evolución pacientes diagnosticados de NIGA por biopsia renal entre los años 2012-2024, tras excluir los casos de fracaso renal agudo con hematuria macroscópica, síndrome nefrótico con depósitos lantánicos de IgA y glomerulonefritis postinfecciosa IgA dominante.

Se decidió biopsia y tratamiento antiinflamatorio-inmunosupresor, con corticoides o micofenolato, en pacientes con persistencia de proteinuria superior a 1 gr/gr cr a pesar de bloqueo del sistema renina-angiotensina ± iSLGT2. Se utilizaron los criterios anatómo-patológicos MEST-C de la clasificación Oxford 2016.

**Resultados:** Se analizaron 38 casos de NIGA con una media de seguimiento de 4,7 años (10 años-6 meses). 37,5% eran mujeres, 45% hipertensos y 17,5% diabéticos. La creatinina media basal fue 1,43mg/dl (eGFR 57,13 mL/min) y la albuminuria media basal 1561 mg/gr cr. Veinticuatro pacientes recibieron corticoides (64,86%) y cinco Micofenolato (13,5%).

Con respecto al evolutivo del filtrado (FGE), dos pacientes (5,26%) desarrollaron ERC estadio 5 y siete (18,4%) estadio 4 (cuatro de ellos partían ya de este estadio). Se objetivó un descenso de la proteinuria, de manera que al final de su seguimiento, el 73,68% alcanzó albuminurias menores de 500 mg/gr cr (el 82,14% de los mismos en rango de albuminuria leve) y el 73,68% de los pacientes evolucionaron a ausencia de hematuria o hematuria leve (3-10 htíes/campo).

La caída del FGE se apreciaba mejor a partir de los 12 meses de seguimiento, habiéndose instaurado en los primeros meses el tratamiento antiinflamatorio-inmunosupresor. Sin embargo, no pudo demostrarse que esta terapia influyese positivamente en la evolución. Una reducción de la albuminuria de forma precoz reflejaba una tendencia a la mejoría del FGE.

Valorando los datos histológicos se objetivó una peor evolución del FGE, a partir de los 12 meses, en pacientes con esclerosis segmentaria, sin hallarse significación pronóstica con el resto de los criterios anatómo-patológicos de la clasificación Oxford.

**Conclusiones:** En nuestra serie y durante este periodo de seguimiento, entre los criterios MEST-C de la clasificación Oxford, solo la esclerosis segmentaria tenía impacto en la peor evolución del FGE, que se apreciaba a partir de los 12 meses del seguimiento, sin poder sin embargo demostrarse un efecto positivo del tratamiento instaurado. En NIGA son precisos periodos de seguimiento más largos.

# Resúmenes

## Glomerulopatías e inmunopatología

### 239 RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO DE UNA COHORTE CON NEFROPATÍA IgA, UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

M. SORIANO GUILLÉN<sup>1</sup>, I. VÁZQUEZ RASO<sup>1</sup>, M. BOTELLA BARRIOPEDRO<sup>2</sup>, B. RIVAS BECERRA<sup>1</sup>, C. VEGA CABRERA<sup>1</sup>, GM. FERNÁNDEZ JUÁREZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL QUIRONSALUD A CORUÑA (A CORUÑA)

**Introducción:** La nefropatía por IgA, es la glomerulopatía primaria más frecuente a nivel mundial. Clínicamente, puede manifestarse con hematuria macroscópica recurrente, hematuria microscópica persistente, proteinuria de grado variable e, incluso, deterioro progresivo de la función renal. El diagnóstico de confirmación precisa de la realización de biopsia renal que objetivará el depósito dominante o codominante de IgA en el mesangio glomerular, la evolución clínica es heterogénea. Los indicadores de mal pronóstico comprenden proteinuria sostenida >1g/día, hipertensión arterial (HTA), filtrado glomerular reducido y fibrosis tubulointerstitial histológica.

**Materiales y métodos:** Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados entre 2016 y 2024 de nefropatía IgA mediante biopsia renal, incluyendo 41 pacientes. Se analizó la tasa de recaída y remisión en función de diversas variables: creatinina sérica, proteinuria, la presencia o no de hematuria, hipertensión arterial e infección, tratamiento empleado y la clasificación anatomopatológica Oxford (MEST-C).

Se realizó además un estudio de regresión logística con las variables sexo, edad, creatinina, proteinuria, hematuria, infección previa y HTA. Se emplearon dos métodos: introducción forzada de todas las variables y por pasos hacia adelante con la prueba de Wald.

**Resultados:** Observamos mayor recaída en pacientes de mayor edad, con valores de creatinina y proteinuria más elevados a la presentación del proceso. Ninguna de las relaciones encontradas alcanzó la significación estadística.

Respecto a los datos anatomopatológicos, se observó una tendencia general a riesgo de recaída con mayor puntuación en cada ítem recogido en la escala MEST-C, no obteniendo significación estadística.

En cuanto a los tratamientos empleados, se observó mayor tasa de remisión en pacientes tratados con esteroides y menor tasa de recaída en paciente tratados con ISGLT2, aunque no se obtuvo la significación estadística.

**Conclusiones:** Las tendencias observadas en nuestra muestra son consistentes con la evidencia actual sobre nefropatía por IgA. La falta de significación estadística podría deberse al tamaño muestral limitado, que resalta la necesidad de estudios con mayor potencia. Asimismo, se requiere identificar nuevos factores pronósticos y biomarcadores que contribuyan a una mejor caracterización y estratificación del riesgo en la nefropatía IgA.

### 240 RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES EN PACIENTES CON NEFROPATÍA POR CAMBIOS MÍNIMOS

Y. HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ<sup>1</sup>, S. CALDES RUIZSÁNCHEZ<sup>1</sup>, Y. AMEZKITA ORJUELA<sup>1</sup>, R. DÍAZ MANCIBO<sup>1</sup>, G. CARREÑO CORNEJO<sup>1</sup>, V. MERCADO VALDIVIA<sup>1</sup>, G. LEDESMA SANCHEZ<sup>1</sup>, A. GALLEGOS VILLALOBOS<sup>1</sup>, R. ECHARRI CARRILLO<sup>1</sup>, A. CIRUGEDA GARCIA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL INFANTA SOFÍA (MADRID)

**Introducción:** La nefropatía por cambios mínimos (NCM) en adultos representa el 10%- 15% de los casos de síndrome nefrótico. Puede presentarse de forma idiopática o estar asociada a medicamentos, neoplasias, infecciones o enfermedades autoinmunes. El tratamiento de primera línea es corticoides, la tasa de remisión es del 65%- 85% en un periodo medio de 8 a 16 semanas. El 30% al 60% de los pacientes experimentan recaídas después de la remisión inicial; el 25% se vuelven corticodependientes, y entre el 10% y el 20% desarrollan recaídas frecuentes o se hacen corticorresistentes.

**Objetivo general:** Evaluar la respuesta al tratamiento corticoide en pacientes diagnosticados con NCM. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo observacional, pacientes ≥18 años con diagnóstico histológico de NCM periodo 1-Enero -2010 a 31 de diciembre de 2024; Criterios de inclusión: Diagnóstico de NCM por biopsia renal. Tratamiento inicial con pauta estándar de corticoides Seguimiento mínimo 6 meses; Criterios de exclusión: Glomerulopatía secundaria; Variables: Datos demográficos (edad, sexo, HTA, diabetes, función renal basal) Clínica al debut, función renal, proteína/Cr, proteínas orina 24 h, dosis de corticoides, respuesta al tratamiento; Definiciones: Remisión completa Proteinuria < 0,3 g/día o proteína/Cr 0,3 g/g. Albuminemia > 3,0 g/dL Recaída proteinuria > 3.5 g/día o 3,5 g/g.

**Resultados:** Tabla 1.

**Conclusiones:** De los 25 pacientes con biopsia compatible con nefropatía con cambios mínimos (NCM), 18 fueron tratados con corticoides y seguidos en nuestro hospital. De estos, 15 (83%) lograron una remisión completa en un promedio de 28 ± 18 días (4 a 6 semanas), mientras que 3 (17%) fueron corticorresistentes; Entre los 15 pacientes que respondieron inicialmente al tratamiento, 5 (33%) presentaron recaídas: 1 respondió nuevamente a corticoides, 3 se volvieron corticodependientes y 1 corticorresistente; De los 3 pacientes corticorresistentes, 2 no respondieron a otros tratamientos inmunosupresores y evolucionaron a diálisis crónica; Los pacientes corticodependientes requirieron tratamiento prolongado con corticoides en comparación con aquellos que no recayeron, lo que resalta la necesidad de optimizar el manejo terapéutico en este subgrupo. Tres de los pacientes corticodependientes recibieron tratamiento con Rituximab con excelente respuesta.

Tabla 1. Resultados.

SEXO (n, %)	M 5 (28%)
EDAD años, mediana y rango min-max	59,5 (21-85)
HTA (n, %)	8 (44%)
SD_NEFROTICO (n, %)	14 (100%)
Colesterol (mg/dl)	351 (+/- 113)
ALBUMINA SERICA (mg/dl)	1,66 (+/- 0,51)
Creatinina serica (mg/dl)	1,26 (+/- 0,82)
Proteína/Creatinina (mg/g)	9,83 (+/- 4,24)
Proteínas Orina 24h (g/24h)	8 (+/- 4,3)
Tratamiento con diuréticos (n, %)	14 (77%)
Tratamiento con antiproteínicos (n, %)	12 (67%)
Dosis de corticoides (mg/día)	66 (+/- 10,8)
Respuesta corticoides (n, %)	15 (83%)
Tiempo medio de respuesta (días)	28 (+/-18)
Tiempo medio con corticoides (días) en los pacientes sin recaídas	197 (+/-55)
Tiempo tratamiento con Corticoides (días) en los pacientes corticodependientes	666 (+/- 382)
CORTICORRESISTENTES	3 (16,7%)
Pacientes RECAIDAS	5 (33,3%)
Pacientes CORTICODEPENDIENTES	4 (26,7%)
Dosis de Prednisona en recaída de los corticodependientes	5-10 mg
Tratamiento anticancinourinicos (n)	4
Tratamiento rituximab (n)	2
Remisión completa actual (n)	14
Dialisis aguda (n)	4
Dialisis cronica (n)	2

### 241 ESTUDIO EVOLUTIVO DE LAS GLOMERULONEFRITIS EN CASTILLA LA MANCHA EN EL PERIODO 2019-2024. COMPARACIÓN CON REGISTRO HISTORICO GLOMANCHA (1994-2008)

D. REGIDOR RODRIGUEZ<sup>1</sup>, AM. ROMERA SEGORBE<sup>2</sup>, ML. ILLESCAS FERNANDEZ BERMEJO<sup>3</sup>, S. TALLÓN LOBO<sup>4</sup>, B. RINCÓN RUIZ<sup>5</sup>, E. LOPEZ RUBIO<sup>6</sup>, M. MONROY CONDOR<sup>7</sup>, N. MORELL ALBA<sup>1</sup>, C. HERRAIZ CORREDOR<sup>1</sup>, IG. ARENAS MONCALAENO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (CIUDAD REAL/ESPAÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (GUADALAJARA/ESPAÑA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL CUENCA (CUENCA/ESPAÑA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DEL PRADO (TALAVERA/ESPAÑA), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DEL PRADO (TALAVERA/ESPAÑA)

**Introducción:** La biopsia sigue siendo el principal método para diagnosticar pacientes con hematuria, proteinuria e insuficiencia renal inexplicadas. Por ello la importancia de los registros de biopsia renal. En el 2016 se publicó el registro de biopsias renales de Castilla la Mancha (CIM) GLOMANCHA. En el reciente grupo creado en CIM de estudio glomerular, hemos realizado estudio retrospectivo de las biopsias de los últimos 6 años y mostramos su comparación de esta cohorte moderna, con la previa GLOMANCHA.

**Métodos:** Se desarrolló registro de biopsias (2019-2024), de todos los hospitales biopsiadores de CIM con datos demográficos, características clínicas, laboratorio y diagnóstico clínico y patológico. Obtuvimos aprobación del CElm Toledo para la creación del registro multicéntrico. Realizamos comparación de la cohorte GLOMANCHA con la cohorte actual seleccionando iguales variables. Excluimos biopsias sin afectación glomerular, trasplante renal y pediátricas.

**Resultados:** Desde enero de 2019 a septiembre de 2024, se identificaron 790 biopsias de hospitales biopsiadores de CIM. De estas, seleccionamos patologías glomerulares analizadas en la cohorte GLOMANCHA antigua. Total de 489 pacientes.

En la cohorte actual, la IgA fue la glomerulonefritis más prevalente seguida de vasculitis y de glomerulosclerosis focal y segmentaria. La nefritis lúpica fue la más prevalente en la cohorte GLOMANCHA, estando en la cohorte actual entre los diagnósticos menos prevalentes. (VER TABLA). El síndrome clínico en la biopsia más prevalente fue el Nefrítico(28,6%). Entre los pacientes con anomalías urinarias asintomáticas, la IgA(29,5%) fue la más frecuente. El fallo renal agudo predominó en pacientes con Vasculitis(25,3%) y síndrome nefrótico en la membranosa(27,4%).

**Conclusiones:** La patología glomerular más biopsiada en la cohorte actual CIM fue la IgA similar a registro nacional. La mayor prevalencia de la cohorte GLOMANCHA fue la Nefropatía Lúpica. La existencia de objetivos terapéuticos mas exigentes y terapias actuales, podrán explicar la menor presencia de nefritis lúpica en nuestra muestra. Precisaríamos más estudios.

Tabla 1.

	COHORTE GLOMANCHA (1994-2008)	COHORTE GLOMANCHA (2019-2024)
N	943	489
PREVALENTE EN LA BIOPSIA	N. LUPICA (21.7%)	N. IgA (25.4%)
CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA POBLACIÓN BIOPSIADA		
Sexo (varón)	59%	58.9%
Edad (años)	48 (05.18)	50 (05.17)
Función renal (ml/min)	50.3	50
Proteinuria (g/día)	3.4	2.3
DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (%)		
Nefropatía lúpica	23.7	12.7
Focal y Segmentaria	19	16.6
Membranosa	18.8	15.1
Vasculitis	16.5	17.4
IgA	14.6	25.4
Cambios Mínimos	9%	12.1

### 242 NEFROPATÍA "FULL HOUSE" NO LÚPICA: ¿UNA ENTIDAD EMERGENTE?

NL. ÁVILA MOLINA<sup>1</sup>, D. REGIDOR RODRIGUEZ<sup>2</sup>, MA. FERNÁNDEZ ROJO<sup>3</sup>, MM. BALTASAR LOPEZ<sup>4</sup>, K. PALMERO KLEIN<sup>5</sup>, D. BUSTOS JIMENEZ<sup>6</sup>, AA. ASTROÑA ROJAS<sup>7</sup>, N. MORELL ALBA<sup>1</sup>, TA. BARZALLO CISNEROS<sup>1</sup>, FJ. AHUJADO HORMIGOS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO/ESPAÑA)

**Introducción:** La inmunofluorescencia renal con patrón "full house" (IgG, IgA, IgM, C3 y C1q positivas) es clásica de la nefritis lúpica, pero puede observarse en pacientes sin evidencia clínica, ni serológica de lupus eritematoso sistémico. Estas formas no lúpicas suponen un desafío diagnóstico y terapéutico, ya que pueden asociarse a lesiones glomerulares activas y evolución desfavorable si no se tratan oportunamente. Por lo que, dada su rareza y la escasa evidencia disponible, buscamos aportar información que contribuya a una mejor comprensión de esta entidad.

**Objetivos:** Describir las características demográficas, clínicas, histológicas, inmunológicas, el tratamiento recibido y la evolución, de una cohorte de pacientes diagnosticados con nefropatía "full house" sin criterios diagnósticos de LES.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 4 pacientes atendidos en la consulta externa de Nefrología del Hospital Universitario de Toledo entre 2018 y 2025. Se incluyeron pacientes con biopsia renal que muestra patrón de inmunofluorescencia "full house" con ausencia de criterios clínicos o serológicos de lupus. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, histológicas, inmunológicas, tratamiento administrado y evolución renal. Los datos se almacenaron en una base de datos en Excel y se analizaron mediante el software SPSS.

**Resultados y conclusiones:** La edad media fue de 55 años; 75% eran hombres. Todos los pacientes presentaron proteinuria nefrótica al diagnóstico; solo uno de ellos mostró hematuria en el sedimento urinario. Entre los antecedentes relevantes se identificó infección previa por SARS-CoV-2, episodios recurrentes de amigdalitis. En uno de los casos se diagnosticó Linfoma de Manto una vez ya iniciado el tratamiento. La biopsia renal mostró patrón full house en inmunofluorescencia, con variabilidad morfológica (2 casos con glomerulonefritis membranosa, 1 con glomerulonefritis membranoproliferativa y 1 GN IgA). Ninguno cumplía criterios clínicos ni serológicos para LES. Todos recibieron tratamiento inmunosupresor (corticoides asociados a micofenolato y/o tacrólimus). Al sexto mes de seguimiento, cuatro pacientes alcanzaron remisión parcial, ninguno remisión completa).

**Conclusiones:** La nefropatía con patrón full-house no lúpica constituye un diagnóstico diferencial relevante frente a la nefritis lúpica clásica. En esta serie, el tratamiento inmunosupresor se asoció a una respuesta favorable en todos los casos. Este hallazgo refuerza su utilidad terapéutica, si bien requieren estudios prospectivos multicéntricos para establecer criterios diagnósticos y estrategias terapéuticas estandarizadas.

**243 DISTRIBUCIÓN ETIOLÓGICA DE LAS GLOMERULOPATIAS EN BIOPSIAS RENALES DE CASTILLA LA MANCHA (2019-2024)**

D. REGIDOR RODRIGUEZ<sup>1</sup>, AM. ROMERA SEGORBE<sup>2</sup>, E. LOPEZ RUBIO<sup>3</sup>, B. RINCON RUIZ<sup>4</sup>, S. TALLON LOBO<sup>5</sup>, ML. ILLESCAS FERNANDEZ-BERMEJO<sup>6</sup>, C. HERRAZA CORREDOR<sup>7</sup>, K. PALMERO KLEIN<sup>8</sup>, R. COX<sup>9</sup>, M. MONROY CONDORI<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO/ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (CIUDAD REAL/ESPAÑA); <sup>3</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA); <sup>4</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL CUENCA (CUENCA/ESPAÑA); <sup>5</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (GUADALAJARA/ESPAÑA); <sup>6</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (CIUDAD REAL/ESPAÑA); <sup>7</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DEL PRADO (TALAVERA/ESPAÑA)

**Introducción:** La enfermedad renal crónica (ERC) afecta aproximadamente al 10% de la población mundial y las glomerulopatías constituyen una de sus causas más importantes. La biopsia renal se ha convertido en uno de los pilares de la práctica nefrológica, ya que permite el diagnóstico definitivo de las glomerulopatías. En España, según el registro de la Sociedad Española Nefrología (SEN), la nefropatía por IgA es la glomerulopatía primaria más frecuente (14,5% de los casos). El objetivo de este estudio fue describir retrospectivamente la epidemiología y las características clínicas, bioquímicas e histopatológicas de las glomerulopatías en una cohorte multicéntrica de Castilla-La Mancha.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 790 pacientes con biopsia renal diagnóstica de glomerulopatía, atendidos en hospitales provinciales de Castilla-La Mancha entre 2019 y 2024. Se incluyeron casos de glomerulopatía primaria, secundaria o asociada a enfermedad sistémica (vasculitis, lupus, etc.). Se recopilaron datos clínicos, bioquímicos e histopatológicos de la biopsia. Excluímos biopsias sin afectación glomerular, trasplante renal y pediátricas.

**Resultados:** La edad media fue 53 años, con predominio masculino (61,5%). El 59,8% de los pacientes tenía hipertensión arterial, el 23,6% diabetes mellitus y el 11,9% presentaba diagnóstico de neoplasia previo a la biopsia. En el momento de la biopsia, las medias de la creatinina, aclaramiento de creatinina y proteinuria fueron de 2,2 mg/dL; 53,25 mL/min y 3,8 g/día respectivamente. La microscopia electrónica (ME) se utilizó en el 46,4% de las biopsias. Tras reevaluación histológica con/sin ME, el diagnóstico se modificó en 15,9% de los casos. Las glomerulopatías primarias constituyeron el 51,6% de la muestra. La nefropatía por IgA fue la más frecuente (15,8%), seguida de la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFyS, 10,4%) y la glomerulonefritis membranosa (9,5%). En el 8,7% de las biopsias existió afectación glomerular asociada a enfermedad hematológica (Amiloidosis 2,8%). De las enfermedades sistémicas, vasculitis representaron el 10,9% y la nefropatía lúpica el 7,9% de la cohorte.

**Conclusiones:** Este estudio multicéntrico regional pone de relieve la amplitud de las causas de enfermedad glomerular en nuestra población.

Nuestros resultados coinciden con series nacionales previas actuales en que la nefropatía por IgA, la GEFyS y la glomerulonefritis membranosa son las glomerulopatías primarias más prevalentes. Destacamos el valor diagnóstico de reevaluar las biopsias apoyados o no en técnicas de ME: en casi un 16% de los casos esta actitud reevaluatora con posibilidad de estudio ME permitió precisar el diagnóstico histológico.

El trabajo colaborativo del grupo glomerular de CIM ha facilitado la caracterización conjunta de esta cohorte, subrayando la importancia de la biopsia en nefrología, aportando información indispensable para orientar el tratamiento de las glomerulopatías.

**244 GLOMERULONEFRITIS FIBRILIAR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y TRATAMIENTO EN UN CENTRO TERCARIO ESPAÑOL**

ET. TATIS SÁENZ<sup>1</sup>, NR. RAMOS TERRADES<sup>2</sup>, SN. NUÑEZ DELGADO<sup>3</sup>, ML. LOPEZ MARTINEZ<sup>4</sup>, SB. BERMEJO GARCIA<sup>5</sup>, MG. GABALDON DOMINGUEZ<sup>6</sup>, NT. TOAPANTA GAIBOR<sup>7</sup>, JL. LEON ROMAN<sup>8</sup>, IA. AGRAZ PAMPLONA<sup>9</sup>, MS. SOLER ROMEO<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL VALL D'HEBRON (BARCELONA)  
**Introducción:** La Glomerulonefritis fibriliar (GNF) tiene un pronóstico desfavorable y carece de tratamiento establecido. En este estudio, describiremos las características clínico-patológicas, evolución y manejo en pacientes con GNF en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo de 13 pacientes diagnosticados con GNF mediante biopsia renal y DNAJB9 entre 2019 y 2024. Se recolectaron datos demográficos, de comorbilidades, de laboratorios, histopatológicos y tratamientos. Se definió remisión completa (proteinuria <500mg/día, función renal normal), remisión parcial (reducción >50% de proteinuria, <2g/día, función renal estable) y ausencia de remisión (sin remisión, progresión a enfermedad renal terminal (ESKD) o muerte). Se realizó una Cox univariada para valorar factores de riesgo de progresión a ESKD o muerte.

**Resultados:** La edad media fue de 61,4 años (69,2% hombres). Presentaron una proteinuria de 2318 mg/g (38% en rango nefrótico) y creatinina de 2.21 mg/dL. Hallazgos histopatológicos: glomeruloesclerosis global del 29%, el patrón membranoproliferativo (61,6%) fue el más frecuente, seguido por el mesangial (30,8%) y el membranoso en 1 paciente (7,7%). La Hipoalbuminemia (3.5 g/d y creatinina >2.21 mg/dL mostraron tendencias no significativas (HR 6.65, p = 0.09; HR 5.08, p = 0.08). El 84,6% recibieron inmunosupresión: rituximab (RTX) (61,5%), RTX + micofenolato (7,7%), RTX seguido secuencialmente de ocrelizumab y obinituzumab (7,7%) y solo corticoides (7,7%). 30,8% alcanzaron remisión parcial, todos en el grupo de RTX exclusivo. El 38,4% progresaron a ESKD o muerte, principalmente en pacientes con patrón membranoproliferativo, mientras que el patrón mesangial presentó una evolución más benigna.

**Conclusión:** La GNF mostró progresión significativa y respuesta parcial al rituximab. La hipoalbuminemia predijo peor evolución, mientras que proteinuria y función renal mostraron tendencias importantes. Estudios prospectivos y cohortes más amplias son necesarios para validar estos hallazgos y optimizar el manejo.

Tabla 1.

Categoría	Detalle	N (%) o Descripción
Tratamiento Antiproteinúrico	Uso pacientes tratados	10/13 (76,9%)
	Combinación SGLT2 + iRAS	7/10 (70%)
	Solo SGLT2	2/10 (20%)
	Solo iRAS	1/10 (10%)
Inmunosupresión	Uso pacientes tratados	11/13 (84,6%)
	Monoterapia RTX sola	8/11 (72,7%)
	RTX + Micofenolato	1/11 (9,1%)
	Corticoides solos	1/11 (9,1%)
	Secuencia RTX + Corticoides + Obinituzumab	1/11 (9,1%)
	Sin inmunosupresión	2/13 (15,4%)
Remisión	Remisión parcial	4/13 (30,8%)
	Remisión parcial entre pacientes que recibieron RTX	3/8 (37,5%)
	Ausencia de remisión de proteinuria	9/13 (69,2%)
	Remisión completa	2/13 (15,4%)
Progresión/Defunción	Fallecidos	5/13 (38,5%)
	Progresión a ESKD o muerte de 10/13	10/13 (76,9%)
	Transplante sin remisión al seguir	3/3
	Tiempo medio a ESKD	2 años
	Fallecidos antes de iniciar el régimen (sin remisión estable)	1/13 (7,7%)
Defunción	Progresión a ESKD con manejo conservador	1/13 (7,7%)
	Fallecidos por comorbilidades	1/1
	Tiempo medio	2,3 años

Nota: SGLT2 = inhibidores de SGLT2; iRAS = inhibidores del sistema de renina-angiotensina-aldosterona; RTX = rituximab; ESKD = etapa de enfermedad renal terminal; ESKD = enfermedad renal terminal. Los pacientes eligieron el tratamiento dentro de cada subcategoría de forma conjunta.

**245 ALBUMINURIA Y NEFRITIS LÚPICA: LA AMENAZA OCULTA A LA SALUD CARDIOVASCULAR**

J.C. COLINA GARCÍA<sup>1</sup>, I. MARTÍN<sup>1</sup>, M. GALINDO<sup>2</sup>, E. MORALES<sup>3</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA); <sup>2</sup>REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA)

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune sistémica que puede asociar complicaciones como la nefritis lúpica (NL). Los criterios de remisión de la misma se basan en la reducción de la proteinuria. Sin embargo, las guías KDIGO reconocen que niveles moderados de albuminuria, incluso con función renal preservada, son perjudiciales para la salud cardiorenal.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, observacional y unicéntrico que incluyó a 91 pacientes con NL confirmada por biopsia. El objetivo principal del estudio fue determinar la prevalencia de albuminuria patológica en pacientes que alcanzaron respuesta renal completa (RRC). El objetivo secundario fue comparar las diferencias clínicas entre quienes presentaban albuminuria 30 (grupo 2) mg/g pese a alcanzar la RRC.

**Resultados:** El 80,5% de los pacientes que alcanzaron RRC presentaban albuminuria patológica [mediana de 126.17 (77.30 – 269.16) mg/g]. Tras intensificar las medidas antihipertensivas hubo una reducción del 24,7% al final del seguimiento [78 (38.5 – 201) meses]. Los antiproteínúricos más utilizados fueron IECA/ARA2 (77,9%), y ARM (19,5%). Comparando ambos grupos, la proteinuria fue más elevada tanto al debut (2,29 vs. 1,08 g/g; p < 0,001) como en la remisión (0,36 vs. 0,10 g/g; p < 0,001) en el grupo 2. Además, la persistencia de albuminuria patológica se asoció con un régimen antiproteínúrico más intensivo [número de antiproteínúricos 1 (1–3) vs. 1 (0–2); p = 0,001]. Esta medida consiguió una reducción del cociente proteína/creatinina urinaria (-0,15 g/g; p = 0,004) y de la RAC (-48,4 mg/g; p = 0,002). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en eventos cardiovasculares ni en mortalidad.

**Conclusiones:** La albuminuria patológica persiste en una elevada proporción de pacientes con NL a pesar de conseguir la RRC. Aunque los eventos cardiovasculares fueron poco frecuentes, nuestros hallazgos respaldan que la albuminuria debe considerarse como un marcador pronóstico modificable en la NL. La incorporación de la albuminuria en la definición de remisión renal podría orientar estrategias terapéuticas personalizadas en función del riesgo cardiovascular.

Ver figura

**246 TRATAMIENTO CON BELIMUMAB EN NEFRITIS LUPICA. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL**

M. RAMIREZ PEREZ<sup>1</sup>, MA. GARCIA PEREZ<sup>2</sup>, M. CINTRA CABRERA<sup>3</sup>, M. ALMENARA TEJEDERAS<sup>4</sup>, F. ALONSO GARCIA<sup>5</sup>, M. SALGUEIRA LAZO<sup>6</sup>, FJ. DE LA PRADA ALVAREZ<sup>7</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA/ESPAÑA)

**Introducción:** El belimumab (BLM), es un anticuerpo monoclonal humano soluble que inhibe el factor estimulador del linfocito B (Blys), y es el único fármaco biológico aprobado para el tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES).

La Terapia Multitarget añadiendo BLM de inicio al tratamiento estandar, mejora los resultados en el tratamiento de la Nefritis Lúpica (NL) en los Ensayos Clínicos.

**Materiales y métodos:** Presentamos nuestra experiencia clínica con el uso de BLM en 10 pacientes con NL biopsiada, 9 mujeres (90%) y 1 varón (10%), con edad media de 34 ± 11 años. El 50% presentaban un brote inicial y 50% una recaída de su NL. El patrón histológico en la biopsia renal fue Tipo III (62,5%) y Tipo IV (37,5%). El 100% tenían afectación extrarenal en el debut (articular, cutánea, y hematológica principalmente).

El tratamiento instaurado fue corticoides, Hidroxicloroquina, Micofenolato Mofetil y Belimumab. Se realizó un seguimiento a 12 meses desde el inicio del tratamiento.

**Resultados:** Se objetivó una mejoría de la función renal (Filtrado Glomerular, proteinuria y microhematuria), de los parámetros inflamatorios y serológicos (VSG, AntiDNA, C3,C4), y del SLEDAI-2K, aunque no se pudo suspender el tratamiento esteroideo en todos los pacientes. (ver tabla adjunta)

En dos pacientes hubo que retirar Micofenolato Mofetil por leucopenia. No se produjeron infecciones.

**Conclusiones:** En nuestra serie, en práctica clínica habitual, la adición de Belimumab al tratamiento estandar en la Nefritis Lúpica mejora la evolución de la misma, con buena tolerancia y sin efectos secundarios.

Tabla 1.

	INICIAL	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
FGe (mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	81,00	98,36	101,55	99,89	130,00
Hb (12-16 gr/dl)	11,45	12,15	11,59	11,82	13,18
Proteinuria/Cr (mg/g)	1564,27	657,36	543,67	289,33	273,5
Hematuria	38,64	8,18	6,91	3,44	5,5
VSG (0-20 mm/h)	59,5	30,45	26,56	20,38	8,5
Anti DNA (10-15 U/l)	236,36	135,64	110,11	61,44	49,07
C3 (82 -170 mg/dl)	55,36	72,64	88,3	93	102,17
C4 (12.0 -36.0 mg/dl)	5,12	13,45	15,79	17,29	18,87
SLEDAI-2K	28,27	8,82	5,4	3,38	2,83
PREDNISONA (mg/día)		8,41	5,5	3,89	3,33

## Resúmenes

## Glomerulopatías e inmunopatología

## 247 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON NEFROPATÍA POR IGA TRATADOS CON MICOFENOLATO MOFETILO EN LA PRÁCTICA REAL

ET. TATIS SÁENZ<sup>1</sup>, SN. NUÑEZ DELGADO<sup>1</sup>, FY. YANDIAN<sup>2</sup>, TA. ALVAREZ DEJUD<sup>1</sup>, NR. RAMOS TERRADES<sup>1</sup>, ML. LOPEZ MARTINEZ<sup>1</sup>, SB. BERMEJO GARCIA<sup>1</sup>, IA. AGRAZ PAMPLONA<sup>1</sup>, MG. GABALDON DOMINGUEZ<sup>1</sup>, MS. SOLER ROMEO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL VALL D' HEBRON (BARCELONA), <sup>2</sup>NEFROLOGIA. CLINICAL HOSPITAL (MONTEVIDEO, URUGUAY), <sup>3</sup>PATOLOGIA. HOSPITAL VALL D' HEBRON (BARCELONA)

**Objetivos:** La Nefropatía por IgA (IgAN) es la glomerulonefritis primaria más común, con hasta un 50% de pacientes desarrollando insuficiencia renal o falleciendo en 10 años. Este estudio evalúa la eficacia del micofenolato mofetilo o ácido micofenólico (MMF) en IgAN en poblaciones no chinas, donde la evidencia es limitada.

**Materiales y métodos:** Estudio multicéntrico (2 centros nefrología) retrospectivo con IgAN confirmada por biopsia renal y al menos 6 meses de seguimiento. Los pacientes se dividieron en tres grupos según el tratamiento recibido en los primeros 6 meses post-diagnóstico: (1) MMF, (2) Esteroides orales sin MMF, y (3) Tratamiento conservador. Se recopilaron datos al inicio y en seguimientos a los 3, 6, 12 meses, y anualmente hasta 5 años, evaluando cambios en la tasa de filtración glomerular estimada (eGFR), creatinina sérica, hematuria y proteinuria. Los eventos incluyeron eGFR <15, diálisis, trasplante, muerte o inicio de otro inmunosupresor.

**Resultados:** Se incluyeron 94 pacientes: 27 en MMF, 24 en esteroides y 43 en tratamiento conservador. Los grupos MMF y esteroides presentaban enfermedad más grave al inicio. Una peor función renal basal ( $p=0.01$ ), el grado de hematuria ( $p=0.008$ ), la enfermedad inflamatoria intestinal ( $p=0.001$ ) y el puntaje C ( $p=0.001$ ) predecían un peor pronóstico de la enfermedad. El grupo MMF mostró mayor reducción de hematuria (99.74% vs 51.46%,  $p=0.02$ ) y proteinuria (81.84% vs 68%,  $p=0.034$ ) comparado contra el tratamiento conservador. Sin embargo, el grupo conservador tuvo menor tasa de eventos ( $p=0.004$ ), probablemente por un mejor estado basal.

**Conclusión:** Los pacientes tratados con MMF, a pesar de tener enfermedad más grave, lograron mayor reducción de proteinuria y hematuria, pero presentaron más eventos. Se necesitan estudios adicionales para confirmar la utilidad del MMF en poblaciones no asiáticas.

Figura 1. Hematuria durante el seguimiento.

