EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA
Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Artículos Valorados Críticamente

Prolongar el tratamiento con prednisona no disminuye las recaídas en el síndrome nefrótico corticosensible

Pérez González E[1], Balado Insunza N[2]
[1]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.
[2]Servicio de Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. Pontevedra. España.

Correspondencia: Elena Pérez González: pg.elena@gmail.com

Palabras clave en español: duración de la terapia; prednisona; síndrome nefrótico.
Palabras clave en inglés: duration of therapy; prednisone; nephrotic syndrome.

Fecha de recepción: 26 de mayo de 2025 • **Fecha de aceptación:** 9 de junio de 2025
Fecha de publicación del artículo: 25 de junio de 2025

Evid Pediatr. 2025;21:23.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Pérez González E, Balado Insunza N. Prolongar el tratamiento con prednisona no disminuye las recaídas en el síndrome nefrótico corticosensible. Evid Pediatr. 2025;21:23.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en
http://www.evidenciasenpediatria.es

Este artículo está disponible en: http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2025;21:23.
©2005-25 • ISSN: 1885-7388

Este es un artículo Open Access bajo la licencia
CC BY-NC-ND (Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas): https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

Prolongar el tratamiento con prednisona no disminuye las recaídas en el síndrome nefrótico corticosensible

Pérez González E[1], Balado Insunza N[2]
[1]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.
[2]Servicio de Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. Pontevedra. España.

Correspondencia: Elena Pérez González: pg.elena@gmail.com

Artículo original: Hahn D, Samuel SM, Willis NS, Craig JC, Hodson EM. Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children. Cochrane Database Syst Rev. 2024;22;(8):CD001533.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: los estudios demuestran que no existe ningún beneficio en prolongar el tratamiento con prednisona más allá de 2 o 3 meses en el primer episodio de síndrome nefrótico corticosensible y en la enfermedad intercurrente, no incrementando el riesgo de recaída. Estudios con muestras pequeñas de niños con enfermedad recurrente no han identificado diferencias en la eficacia utilizando dosis de inducción más bajas o duraciones más cortas de prednisona, aunque se requieren otros estudios para confirmar estos hallazgos.

Comentario de los revisores: esta actualización de una revisión sistemática previa sugiere la utilidad de regímenes más cortos de corticoides, tanto en la primera recaída como en recaídas posteriores en el síndrome nefrótico corticosensible. Queda por confirmar la utilidad de dosis más bajas de corticoides en recaída, así como comprobar la disminución de efectos secundarios directos e indirectos derivados del menor tiempo de tratamiento.

Palabras clave: duración de la terapia; prednisona; síndrome nefrótico.

Prolonged prednisone treatment does not reduce relapses in children with steroid-sensitive nephrotic syndrome

Authors' conclusions: studies showed that there is no benefit in prolonging prednisone treatment beyond two to three months in the first episode of steroid-sensitive nephrotic syndrome and intercurrent disease, with no increased risk of relapse. Small studies in children with relapsing disease have not identified differences in efficacy using lower induction doses or shorter durations of prednisone, although further studies are required to confirm these findings.

Reviewers' commentary: this is a systematic review that suggests the usefulness of shorter steroid regimens in both first and subsequent relapses in SSNS. The usefulness of lower doses of corticosteroids in relapse remains to be confirmed, as well as the decrease in direct and indirect side effects derived from the shorter treatment time.

Key words: duration of therapy; prednisone; nephrotic syndrome.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: valorar la evidencia disponible sobre los beneficios y riesgos de los tratamientos prolongados con corticoides en niños con síndrome nefrótico corticosensible (SNCS) en su episodio inicial de SNCS o con curso recurrente.

Diseño: revisión sistemática (RS) con metanálisis (MA).

Fuentes de datos: estudios seleccionados del "Registro Cochrane de Riñón y Trasplantes" hasta julio de 2024, a través de búsqueda sistemática utilizando términos relevantes para esta revisión, sin restricción de idioma, en bases de datos Central, Medline, Embase, registros de ensayos clínicos y actas de congresos.

Selección de estudios: actualización de la RS del año 2000, realizada por tres autores con revisión final por dos autores, donde se incluyeron estudios que cumplían los criterios de inclusión: ensayos clínicos (ECA) y cuasi ECA realizados con tratamiento con corticoides, en niños de 1 a 18 años durante su episodio inicial o posterior de SNCS. La evaluación del riesgo de sesgo se realizó mediante la herramienta de Higgins, 2022[1].

Extracción de datos: dos autores independientes se encargaron de la extracción de datos. Para los resultados dicotómicos (recaída o no recaída), se calculó el riesgo relativo (RR) con un intervalo de confianza del 95% (IC 95). Para evaluar los efectos del tratamiento se utilizaron escalas de medidas continuas (dosis total de corticoides), analizadas como diferencias de medias (DM) o diferencias de medias estandarizadas (DME).

Los datos de estudios cruzados se incluyeron en los MA si disponían de datos separados y eran analizados por intención de tratar. Los datos se combinaron utilizando el modelo de efectos aleatorios para datos dicotómicos y continuos. Se cuantificó la heterogeneidad estadística utilizando el estadístico I^2. Asimismo, se evaluaron los sesgos de publicación, se realizó un análisis de subgrupos y si un estudio difería de los demás se excluyó temporalmente para comprobar si su eliminación alteraba los resultados. La evidencia se evaluó utilizando las recomendaciones del *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE).

Resultados principales: se obtuvieron datos de 54 estudios, se excluyeron 10 y 4 se valoran en seguimiento; se incluyen un total de 4670 niños aleatorizados. 31 estudios se evaluaron como de bajo riesgo de sesgo de asignación aleatoria, 28 con bajo riesgo de sesgo de ocultación de la asignación, 27 estudios (menos del 50%) tuvieron un riesgo bajo de sesgo de pérdida (<10%) y 26 estudios tuvieron un riesgo bajo de sesgo de presentación selectiva de datos.

En estudios con bajo riesgo de sesgo de selección que evaluaron a niños en su episodio inicial de SNCS hay poca o ninguna diferencia en el número de niños con recaídas frecuentes al comparar 2 meses de prednisona con 3 meses o más: RR 0,96 (IC 95: 0,83 a 1,10; 755 niños, 5 estudios; I^2 = 0%, evidencia de alta certeza) o al comparar 3 meses con 5 a 7 meses: RR 0,99 (IC 95: 0,74 a 1,33; 376 niños, 3 estudios; I^2 = 35%, evidencia de alta certeza). En estudios con bajo riesgo de sesgo de selección, se observó poca o ninguna diferencia en el número de niños con alguna recaída a los 12 a 24 meses al comparar 2 meses de prednisona con 3 meses o más: RR 0,93 (IC 95: 0,81 a 1,06; 808 niños, 6 estudios; I^2 = 47%, evidencia de moderada certeza) o al comparar 3 meses con 5 a 7 meses de tratamiento: RR 0,88 (IC 95: 0,70 a 1,11), 377 niños, 3 estudios; I^2 = 53%, evidencia de baja certeza). Se observó poca o ninguna diferencia en los eventos adversos entre las diferentes duraciones del tratamiento.

En las recaídas, estudios que utilizaron dosis más bajas de prednisona en comparación con el tratamiento habitual no encontraron diferencia en el número de recaídas: RR 1,01 (IC 95: 0,85 a 1,20; 177 niños, 4 estudios; I^2 = 0%, evidencia de alta certeza).

Un estudio de 117 niños informó poca o ninguna diferencia entre 2 y 4 semanas de prednisona en días alternos después de la remisión con prednisona diaria.

Un estudio reciente, amplio y bien diseñado, encontró que la administración diaria de prednisona, en comparación con la prednisona en días alternos, en aquellos pacientes que ya estaban siendo tratados, o la ausencia de prednisona durante la infección viral no redujo el riesgo de recaída: 271 niños, 1 estudio, RR 0,9 (IC 95: 1,08 a 0,72; I^2 = 60,1%, evidencia de moderada certeza).

En el seguimiento de las recaídas hay pocos estudios que valoren los efectos adversos, observándose sobre todo hipertensión, alteraciones del carácter y apariencia cushingoide, aunque no hay resultados significativos de diferencias entre comparaciones.

Conclusión: en el primer episodio de SNCS no hay beneficio al prolongar el tratamiento con prednisona más de 2 o 3 meses. En enfermedad recurrente, alargar el tratamiento con prednisona más de 2 meses no disminuye las recaídas.

No se encuentran diferencias en el tiempo de respuesta de la recaída utilizando dosis de corticoides más bajas o duraciones más cortas, aunque se requieren estudios para confirmar estos últimos hallazgos.

La prednisona diaria en pacientes con procesos infecciosos intercurrentes, que ya están con tratamiento a días alternos, o no administrarla en dichos procesos, no reduce la posibilidad de recaída.

Conflicto de intereses: no existen.

Fuente de financiación: no consta.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: el tratamiento con corticoides en el síndrome nefrótico ha logrado disminuir la mortalidad al 3% en los niños. Sin embargo, no hay consenso sobre la pauta de corticosteroides más adecuada para mantener la remisión. Aunque la mayoría de los niños responden a dicho tratamiento, existen potenciales efectos adversos graves, como obesidad, talla baja, hipertensión, diabetes *mellitus*, osteoporosis, cataratas, glaucoma y trastornos del comportamiento a largo plazo[2-4].

Validez o rigor científico: la población y los criterios de inclusión y exclusión están bien definidos, comparándose diferentes duraciones y dosis totales de fármaco. Se indican los estudios excluidos y se evalúa la evidencia según recomendaciones GRADE. Se utilizaron ECA en distintos idiomas y, en caso de discrepancias, se utilizaron datos de la fuente primaria. La extracción de datos se obtuvo a partir de una búsqueda exhaustiva en bases de datos, así como de otras fuentes no publicadas, tratando de evitar sesgo de publicación. La validez interna se comprobó mediante una revisión por pares, evaluándose el riesgo de sesgo con formularios estandarizados y la heterogeneidad. Se evaluaron las pérdidas de seguimiento y se hicieron análisis de los estudios con bajo riesgo de sesgo.

Importancia clínica: en episodio inicial de SNCS, en estudios con bajo riesgo de sesgo hay poca diferencia en el número de niños con recaídas frecuentes al comparar 2 meses de prednisona con 3 meses o más o al comparar 3 meses con 5 a 7 meses de tratamiento. En las recaídas a los 12 y 24 meses, no hay diferencia al comparar 2 meses de prednisona con 3 meses o más o al comparar 3 meses con 5 a 7 meses de tratamiento. Aunque en este MA no se ha podido evaluar la relación coste-beneficio con suficiente nivel de evidencia ni los efectos a largo plazo de los corticoides, acortar el tiempo de tratamiento puede disminuir dichos efectos sin aumentar el número de recaídas posteriores en 12-24 meses, lo que supone un beneficio importante para los pacientes.

Aplicabilidad en la práctica clínica: teniendo en cuenta estos resultados no está justificado prolongar los tratamientos, algo que concuerda con los protocolos clínicos más actualizados[5]. Esto, además, disminuye el coste sanitario directo e indirecto del tratamiento. Se precisa la realización de estudios más amplios para confirmar si dosis más bajas de prednisona son tan efectivas para lograr y mantener la remisión como los regímenes actuales[6]. No hay evidencia clara sobre los efectos adversos.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Higgins JP, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, *et al.* Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones, versión 6.3. Cochrane; 2022 [en línea] [consultado el 06/06/2025]. Disponible en https://training.cochrane.org/handbook/archive/v6.4/
2. Maniar A, Gipson D, Brady T, Srivastava T, Selewski D, Greenbaum L, *et al.* Growth in children with nephrotic syndrome: a post hoc analysis of the NEPTUNE study. Multicenter Study. Pediatr Nephrol. 2024; 39:2691-2701.
3. Zhu Y, Chen J, Zhang Y, Wang X, Wang J. Immunosuppressive agents for frequently relapsing/steroid-dependent nephrotic syndrome in children: a systematic review and network meta-analysis. Front Immunol. 2024;23: 15:1310032.
4. Krishna GM, Dabas A, Mantan M, Kumar M A, Goswami B.Adrenocortical suppression in children with nephrotic syndrome treated with corticosteroids. Pediatr Nephrol. 2024;39:1817-24.
5. Trautmann A, Boyer O, Hodson E, Bagga A, Gipson D, Samuel S, *et al.* IPNA clinical practice recommendations for the diagnosis and management of children with steroid-sensitive nephrotic syndrome. Pediatr Nephrol. 2023;38:877-919.
6. Mohamad K, Zainal H, Abdul Rahim N, Tengku Hussain T. Timing of relapse as a key indicator of steroid-sparing requirements in childhood idiopathic nephrotic syndrome. Multicenter Study J Nephrol. 2024;37:2551-59.