

ÁREA TEMÁTICA

02 Lupus

013 SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE POSTERIOR A RITUXIMAB EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Claudia Coronel¹, Teresa Chavez², Alejandra Olmedo³, Gladys Garay³, Gonzalo Aranda⁴, Astrid Paats¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

²Hospital General de Villa Elisa, Servicio de Reumatología, Villa Elisa, Paraguay.

³Universidad Nacional de Asunción, Hospital de Clínicas, Segunda Cátedra de Clínica Médica, San Lorenzo, Paraguay.

⁴Universidad Nacional de Asunción, Hospital de Clínicas, Departamento de Neurología, San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) se caracteriza por síntomas neurológicos agudos y hallazgos típicos en neuroimagen. Aunque clásicamente se vincula con hipertensión, disfunción renal y terapias inmunosupresoras, también puede presentarse en pacientes sin estos factores.

Caso clínico: Mujer de 21 años con diagnóstico de LES desde 2022, con clínica de artritis, rash malar, leucopenia, anticuerpo antiDNA positivo y complementos consumidos. Inició tratamiento con metotrexato, hidroxicloroquina y prednisona, luego abandonó seguimiento por un año y medio. Al retomar controles y reiniciada la medicación habitual, se agregó leflunomida, y ante artritis refractaria se decidió tratar con Rituximab. Se administró 1g el 23/09/24 y 1g el 07/10/24. Acudió a Urgencias en fecha 18/11/2024 por cuadro de aproximadamente 3 semanas de evolución de sensación febril, pérdida de peso de 3 kg, y artralgias inflamatorias con tumefacción en manos y rodillas. Familiares refirieron que inicio de síntomas coincidió en forma aproximada con la segunda infusión de Rituximab. A las 24 horas del ingreso, presentó cefalea frontal intensa con irradiación a región cervical posterior, persistente, acompañada de náuseas y somnolencia. Al cuarto día de internación presentó convulsiones tónico-clónicas generalizadas con auras visuales en 2 oportunidades, luego de las cuales quedó con deterioro importante del sensorio (Glasgow 9/15). En el sexto día de internación, presentó convulsiones en 4 oportunidades. Recibió difenilhidantoína y luego se agregó levetiracetam. En todo momento la paciente se mantuvo normotensa. Se descartaron cuadros infecciosos, principalmente

Tabla 1 Estudios de la paciente durante la internación.

Laboratorios de rutina	Hb 11,2, GB 2040, N 70%, L 33%, plaquetas 192000 PCR 98,9 mg/dl antiDNA (+) 1:1280, C3 41,1 mg/dl, C4 5,84 mg/dl Cr 0,7 mg/dl, proteinuria 293 mg/24hs OS: L 0-5/campo, H 0-5/campo
Radiografía de tórax	No se observa infiltrados ni derrame pleural
HMC X 2	Negativo a los 5 días
Parvovirus B19 PCR	Negativo
HIV	Negativo
RK 39	Negativo
Estudios en LCR	Leucocitos 0/campo, hematíes 0/campo, proteínas 42mg/dl, glucosa 42mg/dl. Cultivo para bacterias (-) Panel viral y bacteriano en LCR (-) Virus JC (-) Genexpert (-)

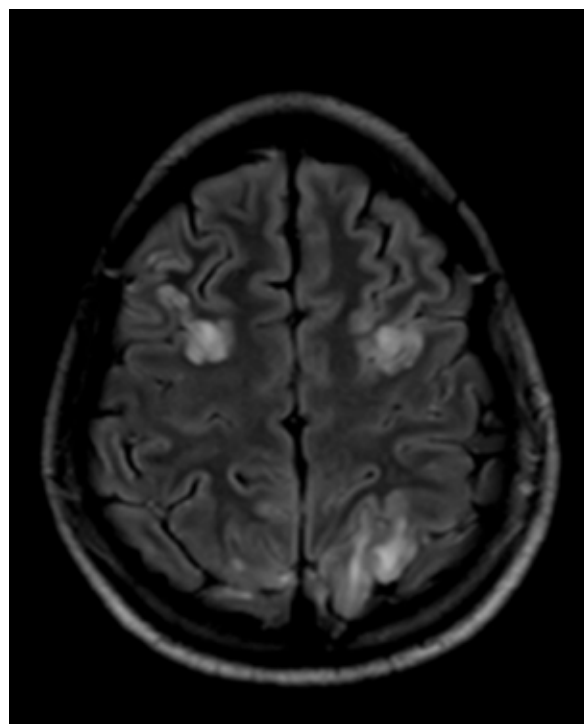


Figura 1 RMN de encéfalo: imágenes hiperintensas parcheadas y confluentes en T2/FLAIR en regiones cortico-subcortical y biparieto-occipitales, sin restricción en secuencias de difusión e hiperintensas en ADC, compatibles con edema vasogénico, y en menor medida se observó afección bifrontal parasagital, interpretándose como PRES

foco meníngeo o encefálico. Durante toda la internación la paciente se mantuvo afebril. Los estudios realizados en la internación se detallan en la tabla 1.

Así mismo, se planteó que los síntomas podían deberse a un cuadro de LES neuropsiquiátrico, en contexto de la alta actividad de la enfermedad. Neuroimágenes: RMN de encéfalo (25/11/24): imágenes hiperintensas parcheadas y confluentes en T2/FLAIR en regiones cortico-subcortical y biparieto-occipitales, sin restricción en secuencias de difusión e hiperintensas en ADC, compatibles con edema vasogénico, y en menor medida se observó afección bifrontal parasagital, interpretándose como PRES (Figura 1). El electroencefalograma (26/11/24) informó un foco patológico occipital. Habiéndose descartado un foco infeccioso y en el contexto de la alta actividad de la enfermedad, se administraron pulsos de metilprednisolona (1g/día por 3 días). La paciente presentó mejoría gradual del sensorio y de la cefalea, y fue dada de alta 8 días después. A 6 meses del alta, la paciente no volvió a presentar convulsiones, nueva RMN de encéfalo (05/2025) no presenta lesiones. Con el descenso gradual de corticoides, presentó nuevo brote articular y actualmente se encuentra en planes de iniciar Belimumab.

Conclusiones: El PRES puede presentarse posterior a la administración de Rituximab, de manera inmediata o como una complicación tardía hasta 4 semanas posterior a una segunda infusión, así como en el contexto de alta actividad del LES, incluso en ausencia de factores de riesgo clásicos como la hipertensión arterial y la enfermedad renal.

Conflictos de interés: Los autores del trabajo no presentan conflicto de interés.

014 ENCEFALITIS LÍMBICA COMO MANIFESTACIÓN INUSUAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE UN CASO

Raquel Aranda¹, Geraldino Godoy², Isabel Acosta¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Neurología, Asunción, Paraguay.

Introducción: La encefalitis límbica es un síndrome clínico caracterizado por compromiso subagudo de la memoria, síntomas psiquiátricos y convulsiones con disfunción en estructuras temporolímbicas. Puede verse en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico, formando parte del espectro neuropsiquiátrico de la enfermedad, en donde esta entidad sólo se observa en el 1 % de los casos. El rango etario es bastante variable pudiendo verse en jóvenes y adultos mayores. El diagnóstico se sustenta en la sintomatología clínica, anticuerpos específicos anti-NMDA, anti-ribosomal P,

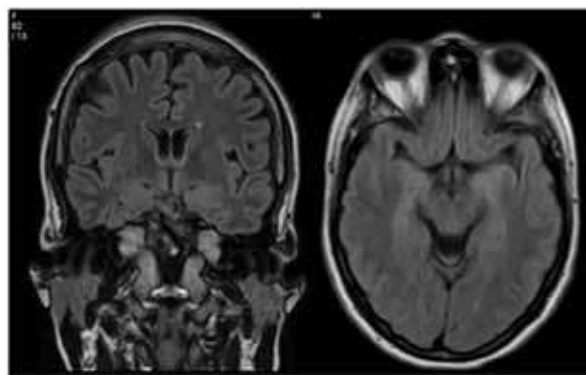


Figura 1 Imagen de la RMN sin contraste en donde se observa hiperintensidad en FLAIR en la región temporomesial.

estudios de imagen como electroencefalograma y resonancia magnética nuclear.

Caso clínico: Mujer de 27 años con diagnóstico de LES con ANA+, anti-DNA+, disminución de C3 y C4 en sangre y nefritis lúpica, tratada con ciclofosfamida como inducción y micofenolato de mantenimiento, con escasa respuesta, por lo que la paciente ingresa a terapia sustitutiva renal. En los últimos meses, presentó convulsiones recurrentes y alteraciones transitorias de la memoria, por lo que es evaluada por neurología. Ante la sospecha clínica de un compromiso neurológico de la enfermedad de base, y descartando causas metabólicas, infecciosas del cuadro, se solicitó electroencefalograma que evidenció actividad paroxística con puntas y ondas agudas en regiones temporales, de predominio izquierdo; y RMN en donde se observó aumento difuso del FLAIR en regiones temporomesiales, sin pérdida de volumen ni restricción en difusión, compatible con encefalitis límbica, figura 1. No se realizó determinación de anticuerpos por falta de disponibilidad. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida mensual y anticomiciales, con buena respuesta clínica y ausencia de nuevas crisis convulsivas al tercer mes seguimiento.

Conclusión: La encefalitis límbica es una manifestación neurológica infrecuente del NPSLE. La ausencia de marcadores específicos no debe retrasar el inicio del tratamiento si el contexto clínico y los hallazgos imagenológicos son sugerentes. La terapéutica temprana es clave para prevenir secuelas neurológicas.

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

015 TORMENTA AUTOINMUNE EN EL PUERPERIO: REPORTE DE AFECTACIÓN ORGÁNICA GRAVE EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica y multisistémica, de curso impredecible, con mayor prevalencia en mujeres en edad fértil. El puerperio puede actuar como desencadenante o agravante de su presentación clínica. La nefritis lúpica es una de sus manifestaciones más graves. Por su parte, la afectación retiniana constituye una manifestación rara y severa que compromete el pronóstico visual. Su diagnóstico y tratamiento oportuno son fundamentales para preservar la función orgánica y evitar complicaciones irreversibles.

Caso clínico: Paciente femenina de 19 años, puérpera de 40 días, con antecedente de cesárea complicada por sepsis puerperal, preeclampsia e hipertensión secundaria, con diagnóstico reciente de LES con compromiso de serosas y nefritis lúpica. Al ingreso, con hipertensión arterial con una PA 160/110 mmHg, FC 129 lpm, y Glasgow 13/15. Durante la hospitalización, desarrolló una crisis comicial única, estudios de TC craneal sin signos de evento agudo, LCR con cultivos negativos, seguida de pérdida de agudeza visual bilateral. El fondo de ojo reveló tortuosidad vascular, microhemorragias dispersas, exudados algodinosos y edema macular, por lo que se interpretó el cuadro como afectación retiniana lúpica. No se pudo realizar OCT macular por limitaciones técnicas.

Laboratorialmente, ANA 1:1280 (patrón nucleolar homogéneo), anti-DNA positivo 1:2560 y C3 y C4 consumidos. Se inició metilprednisolona en pulsos por 3 días y ciclofosfamida según protocolo NIH. La paciente presentó mejoría clínica progresiva, con recuperación neurológica, mejoría de la función renal y recuperación de la agudeza visual.

Conclusión: Este caso ilustra cómo el puerperio puede desencadenar una forma grave de LES de reciente diagnóstico con afectación multiorgánica en una mujer joven. La coexistencia de nefritis lúpica, poliserositis, crisis comicial y retinopatía lúpica con pérdida visual evidencia la complejidad de estas presentaciones y el alto grado de actividad inflamatoria. La afectación ocular, aunque infrecuente, debe ser valorada precozmente, ya que puede constituir una manifestación de enfermedad severa. El abordaje multidisciplinario y la terapia inmunosupresora temprana fueron determinantes en la recuperación clínica y funcional de la paciente.

Declaración de conflictos de interés: Declaramos no tener conflictos de intereses.

016 UN ROSTRO INFLAMADO Y UN ESCOTE ERITEMATOSO

Braulio Mauricio Fleitas Goiriz¹, Rosalba Elizabeth Riveros Rivarola¹, María Eulalia Daiub Franco¹, Claudia Nataly Duarte Fariña¹, Judith Nelsi Montiel Centurión¹, Arnaldo Benjamín Feliciano Aldama Caballero¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Cátedra de Dermatología, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: El lupus eritematoso cutáneo presenta formas clínicas diversas, dentro de las cuales el lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECSA) y el lupus tímido (LT) se consideran variantes independientes. La coexistencia de ambas entidades es poco frecuente y puede dificultar el diagnóstico clínico, especialmente ante presentaciones atípicas. En este contexto, la biopsia cutánea cobra un rol central como herramienta confirmatoria.

Caso Clínico: Paciente femenina de 69 años, con antecedentes de artrosis (meloxicam), ex tabaquista, colecistectomizada, dos gestas y un aborto espontáneo a las 13 semanas, anticoagulada por tromboembolismo pulmonar. Consulta por asimetría facial de 4 meses de evolución, de inicio insidioso, luego de siete sesiones de radiofrecuencia facial con fines estéticos. Asintomática a nivel sistémico. Se indica fotoprotección, corticoides tópicos y derivación a reumatología por sospecha de lupus tímido. La paciente abandona el seguimiento. Un año después reconsulta por persistencia y progresión del edema facial, con edema bipalpebral derecho. Refiere mejorías parciales con tratamiento sintomático, pero con recaídas. En los últimos días agrega lesiones eritematosas pruriginosas en región clavicular izquierda, posteriores a exposición solar sin fotoprotección. Examen físico: edema facial asimétrico (predominio derecho), y placas infiltradas eritematosas con bordes irregulares en escote. Ecografía de partes blandas: edema subcutáneo difuso sin colecciones. Laboratorio: glucemia 152 mg/dL, HbA1c 6.4%, CT 247 mg/dL, LDL 177 mg/dL; resto normal. Se indica biopsia de lesiones faciales y en escote; la paciente accede solo a esta última. El informe histopatológico revela dermatitis liquenoide con mucinosis dérmica no folicular, compatible con LECSA. Por la distribución clínica, la fotosensibilidad, la infiltración facial sin descamación y el contexto progresivo, se plantea la coexistencia probable de LECSA y lupus tímido.

Conclusión: Este caso resalta el papel diagnóstico de la biopsia cutánea frente a manifestaciones cutáneas crónicas y atípicas, donde la clínica aislada puede ser insuficiente. Además, se plantea la radiofrecuen-

cia como posible factor desencadenante o modulador de autoinmunidad cutánea. La identificación precoz de formas solapadas de lupus cutáneo requiere un enfoque interdisciplinario, y debe considerarse en pacientes con lesiones persistentes, fotosensibilidad y antecedentes de exposición térmica localizada.

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

017 AMPOLLAS EN EL TERRENO DE LA AUTOINMUNIDAD.

Claudia Nataly Duarte Fariña¹, Braulio Mauricio Fleitas Goiriz¹, Rosalba Elizabeth Riveros Rivarola¹, Arnaldo Benjamín Aldama Caballero¹, Pedro Daniel Delgadillo²

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra y Servicio de Dermatología, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay.

²Investigador Independiente.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico ampolloso (BSLE) es un trastorno ampolloso autoinmune infrecuente que generalmente se manifiesta como una erupción vesiculoampollosa aguda en un paciente con lupus eritematoso sistémico (LES) conocido. Aparecen vesículas tensas y ampollas en la piel de aspecto normal o eritematoso. A menudo están presentes máculas de color rojo sin bullas suprayacentes. Aproximadamente una cuarta parte puede desarrollar placas urticariales. Posee predilección por áreas fotoexpuestas, no siendo ésta excluyente. En la mayoría, el desarrollo no está relacionado con la actividad del LES. Sin embargo, se ha propuesto una asociación con nefritis lúpica activa.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 25 años, en seguimiento por reumatólogo por dolores articulares crónicos post Chikungunya. En su seguimiento y evolución positiviza marcadores con ANA 1: 5120, Anti DNA 1:1280, C3 y C4 consumidos, anemia normocítica normocrómica moderada y cumple criterios para LES en actividad con toque renal, con requerimiento de bolos de metilprednisolona, ciclofosfamida, inmunoglobulina en dos oportunidades y metotrexate. Al reintrogatorio, presentaba cuadro de 1 año de dermatosis rojas pruriginosas en todo el cuerpo que aparecían por brotes y curaban dejando cicatrices e hiperpigmentación residual. Dos días posteriores a segundo bolo de ciclofosfamida, presenta exacerbación de lesiones dolorosas, con extensas placas eritematopurpúricas, algunas de aspecto urticariforme y con ampollas tensas de contenido serofibrinoso en superficie, que asientan en tronco y extremidades (Fig 1), afectando además mucosa oral y genital. Se toma biopsia de piel bajo



Figura 1 Extensas placas eritematopurpúricas, algunas de aspecto urticariforme y con ampollas tensas de contenido serofibrinoso en superficie, que asientan en tronco y extremidades.

presunción diagnóstica de Vasculitis ampollar versus LES ampolloso versus Farmacodermia versus Herpes simple diseminado en contexto de inmunosupresión. La histopatología retorna: despegamiento epidérmico y formación de ampolla subepidérmica, conteniendo abundantes polimorfonucleares. En dermis superficial se identifican cambios de vasculitis leucocitoclástica, con frecuente extravasación hemática. Compatible con lupus eritematoso sistémico ampolloso. No se envía inmunofluorescencia por falta de medios.

Se realizó manejo conjunto con tratante con resolución temporal de lesiones en piel y seguimiento estricto, con brotes recurrentes, en planes de Rituximab.

Conclusión: El diagnóstico diferencial de las ampollas en pacientes con LES es amplio y dificultoso. Se precisa una evaluación cuidadosa para confirmar el diagnóstico y descartar causas infecciosas o farmacológicas en el contexto de un paciente generalmente polimedicado e inmunodeprimido. Un infiltrado neutrofilico en la dermis superficial es un hallazgo característico del BSLE, y un papel patogénico para los neutrófilos reclutados puede explicar la eficacia de la dapsona como fármaco de primera línea, que, en el caso de nuestra paciente, no pudo ser utilizada por la presencia de anemia y enfermedad inestable, donde se valorará el uso off-label de rituximab. En el delicado equilibrio del sistema inmune, a veces, una sola ampolla es el reflejo visible de una tormenta inmunológica silenciosa.

Conflictos de Interés: ninguno.

018 VASCULITIS REVELADORA: MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN HOMBRE

Cecilia Isabel Vera Sandoval¹, Marian Beatriz Valdovino Espinola¹, Fernando Augusto Came Fernandez¹, Maria Ester González Delvalle¹, Magui Viviana Ullon

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta múltiples sistemas. Entre sus manifestaciones, la vasculitis representa una complicación significativa, observándose en hasta el 50 % de los casos, dependiendo de la población estudiada. La vasculitis asociada al LES puede ser cutánea o visceral, siendo la cutánea más frecuente, con lesiones como púrpura palpable, úlceras o nódulos. Su diagnóstico se basa en la clínica, estudios inmunológicos e histopatológicos, y su tratamiento depende de la gravedad y extensión del compromiso orgánico.

Caso clínico: Paciente masculino de 44 años, con antecedentes de asma intermitente y alergia a AINES, consulta por artralgias en ambas rodillas de cinco días de evolución, seguidas por la aparición de lesiones purpúricas en miembros inferiores con progresión cefálica. Al ingreso se constatan lesiones purpúricas rojo-violáceas en ambas piernas y pies, con edema en tobillo derecho y lesiones similares, aunque escasas, en abdomen y miembros superiores. Los estudios de laboratorio mostraron: PCR 24 mg/L, ANA 1:160 (patrón citoplasmático granular), anti- dsDNA 1:160, C3 124,8/90, C4 10,3/12,0, ANCA negativos, con una puntuación EULAR/ACR mayor a 10. Se descartó infección viral. Se instauró tratamiento con prednisona 0,5 mg/kg/día dosis descendente e hidroxicloroquina 5 mg/kg/día. La biopsia de piel evidenció vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos con necrosis epidérmica superficial. El paciente se encuentra actualmente estable, sin uso de corticoides, en tratamiento inmunosupresor y seguimiento ambulatorio.

Conclusión: El caso resalta la importancia de considerar el LES como diagnóstico diferencial ante un cuadro de vasculitis cutánea, incluso en ausencia de compromiso sistémico evidente. El reconocimiento temprano y tratamiento adecuado permiten evitar complicaciones graves y asegurar una mejor calidad de vida al paciente. La biopsia cutánea y los estudios inmunológicos resultan esenciales para confirmar el diagnóstico y guiar el manejo terapéutico.

Conflicto de interés: No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores.

019LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
ENMASCARADO POR ENDOCARDITIS
INFECCIOSA

Introducción: Introducción: El síndrome antifosfolípido es una entidad autoinmune sistémica que se manifiesta principalmente a través de eventos trombóticos y complicaciones obstétricas. Su diagnóstico se sustenta en la identificación de anticuerpos antifosfolípidos específicos, en el contexto de manifestaciones clínicas características.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 27 años portador de LES, en tratamiento regular con hidroxicloroquina y prednisona, que acude por cuadro de 2 semanas de evolución de sensación febril acompañada de escalofríos más lesión eritematosa purulenta en región interescapular, ingresa al servicio de urgencias con signos de shock séptico a punto de partida de piel y partes blandas más hemiparesia izquierda acompañada de fotofobia, se realiza TAC de cráneo y se constata lesión compatible con absceso cerebral. Se realiza ecocardiografía que informa vegetación valvular aórtica y absceso paravalvular, por lo que ingresa a cirugía cardíaca para recambio valvular, se inició antibioticoterapia empírica, previa toma de hemocultivos, con vancomicina gentamicina y rifampicina, posteriormente retorna cultivo positivo a *S. Aureus* meticilino resistente; durante la internación presentó episodio de asimetría de miembros inferiores a expensas de edema, más dificultad respiratoria de inicio brusco, se realiza ecografía doppler venoso donde se descarta TVP, más angioTC donde se descarta TEP, por lo que se realizó ecocardiografía de control donde se constata derrame pericárdico severo, por lo que se realizó ventana pericárdica. Durante la internación, presentó nuevo episodio de hemiparesia izquierda por lo que se realizó nueva TAC de cráneo donde hematoma intraparenquimatoso frontoparietal derecho con efecto masa. Ante ACV hemorrágico de nueva aparición, se solicita perfil SAF de los cuales retorna positivo B2 glicoproteína y cardiolipina IgG, el mismo se encontraba con LES en actividad, con ANA y antiDNA positivos y C3 y C4 consumidos. El paciente inicia anticoagulación, completa antibioticoterapia por 6 semanas y es dado de alta.

Conclusión: El síndrome antifosfolípido representa una complicación importante en pacientes con lupus eritematoso sistémico, con implicancias tanto diagnósticas como pronósticas. La presencia de anticuerpos antifosfolípidos no siempre conlleva manifestaciones

clínicas, lo que subraya la necesidad de una evaluación integral y personalizada. Reconocer su comportamiento clínico permite optimizar estrategias terapéuticas y prevenir eventos trombóticos severos.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés y se responsabilizan de contenido vertido.

020 MACHINE LEARNING PARA LA PREDICCIÓN DE BACTERIURIA SEGÚN FACTORES CLÍNICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Clyde Mirlene Parodi¹, Patricia Analía Maldonado¹, Gladys Raquel Velazquez¹, Leticia Carolina Mendieta², Astrid Paats Nicora¹, Evelyn Jhoanna Leiva¹, Juana Medarda Ortellado de Canese¹, Oliver Isaías Medina Recalde², Santiago Gómez-Guerrero², Christian E. Schaerer², Yurilis Fuentes³, Guillermo Pons Estel³, Francisco Vicente Santa-Cruz Segovia¹, María Eugenia Acosta⁴, Isabel Acosta Colman¹

¹Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, Campus de la UNA, San Lorenzo, Paraguay.

²Facultad Politécnica, Universidad Nacional de Asunción, Campus de la UNA, San Lorenzo, Paraguay.

³Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, Campus de la UNA, San Lorenzo, Paraguay.

⁴Grupo Latinoamericano de Estudio del Lupus (GLADEL)

Introducción: Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que incrementa la susceptibilidad a infecciones, incluyendo las urinarias, por alteraciones inmunológicas y uso de inmunosupresores. La bacteriuria, detectada por urocultivo positivo, es frecuente en estos pacientes, aunque no siempre se acompaña de síntomas. Existen pocos estudios sobre factores que contribuyan a predecir su aparición. En los últimos años se han aplicado diversas técnicas de machine learning o aprendizaje estadístico para identificar factores asociados y desarrollar modelos predictivos personalizados de estas complicaciones.

Objetivo: Identificar factores clínicos asociados a la presencia de urocultivo positivo en pacientes con y sin LES, y desarrollar un modelo predictivo con técnicas de Machine Learning para estimar el riesgo de bacteriuria.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo y longitudinal (marzo 2024 - junio 2025) en la Unidad de Lupus de Reumatología de un centro de referencia, incluyendo pacientes con LES y controles sanos pareados por edad y sexo. Cada participante completó

Tabla 1 Análisis multivariado por regresión logística de factores de riesgo, tanto relacionados como no relacionados con el lupus, asociados a la presencia de urocultivo positivo.

Variable	OR	CI	LR χ^2	p-valor
Lupus	0,74	0,23 – 2,37	0,2637	0,60759
Menopausia	0,61	0,40 – 0,93	5,36664	0,02053
Sexualmente activo	1,27	0,72 – 2,21	0,68362	0,40834
Estreñimiento crónico	1,2	0,57 – 2,54	0,22433	0,63576
Frecuencia urinaria baja	1,68	0,65 – 4,31	1,1587	0,28173
Baja ingesta de líquidos	1,57	0,84 – 2,94	1,96529	0,16095
Incontinencia urinaria	1,38	0,37 – 5,16	0,22679	0,63391
Sondaje vesical previo	1,93	0,40 – 9,34	0,66408	0,41512
Infección vaginal	1,74	0,65 – 4,67	1,19569	0,27418
Antibioticoterapia últimos 6 meses	4,64	2,73 – 7,86	32,41892	1,2427E-08
Embarazo	1,52	0,16 – 14,63	0,13083	0,71757
Litiasis renal	12,83	2,23 – 73,98	8,15468	0,0043
Enfermedad renal crónica	2,37	0,56 – 10,14	1,36128	0,24332
Diabetes	0,89	0,21 – 3,84	0,02362	0,87786
Anomalías anatómicas del tracto urinario	0,27	0,06 – 1,22	2,90589	0,08826
Glucocorticoides	0,73	0,37 – 1,43	0,84118	0,35906
Cáncer	0	0,00 – 0,00	921,89801	0
Leucopenia	0,56	0,14 – 2,30	0,63783	0,4245
Inmunosupresores	2,02	0,82 – 5,02	2,3118	0,1284

Tabla 2 Desempeño comparativo de cuatro modelos de clasificación supervisada en la predicción de urocultivos positivos.

Modelo	Puntaje F1	Precisión	Sensibilidad	Área bajo la curva (AUC)	p-valor (Chi ²)
XGBoost	0,386503	0,276316	0,642857	0,713178	0,001168711
RandomForest	0,396040	0,292683	0,612245	0,716152	0,000174308
SVM	0,412371	0,310881	0,612245	0,698523	4,07311E-06
Regresión logística	0,416667	0,331325	0,561224	0,724976	1,59783E-06

2-3 visitas, donde se aplicó un cuestionario sobre factores de riesgo de bacteriuria (i.e. menopausia, estreñimiento, antecedentes ginecológicos, etc.). En los pacientes con LES, se recolectaron además datos terapéuticos (i.e. inmunosupresores y glucocorticoides). En cada visita se obtuvo una muestra de orina siguiendo un protocolo estandarizado de procesamiento en el laboratorio de dicho centro. Se realizó un estudio de asociación entre la presencia de bacteriuria y diversos factores de riesgos a través de la regresión logística multivariante y otros modelos predictivos supervisados de tipo machine learning.

Resultados: Se incluyeron 309 adultos: 220 con LES (86,8 % mujeres) y 89 controles (78,7 % mujeres), con un total de 623 visitas clínicas registradas. Se obtuvieron 36 urocultivos positivos (11,6 %): 30 en pacientes con LES (83,3 %) y 6 en controles (16,7 %), el 11,1 % presentó síntomas urinarios. En el análisis multivariado, la litiasis renal (OR: 12,83; IC95%: 2,23–73,98; p = 0,0043) y la antibioticoterapia reciente (OR: 4,64; IC95%: 2,73–7,86; p < 0,0001) se asociaron a mayor riesgo de bacteriuria. La menopausia se comportó como un factor protector (OR: 0,61; IC95%: 0,40–0,93; p = 0,0205). El diagnóstico de LES (OR: 0,74;

p = 0,6076), el uso de inmunosupresores (OR: 2,02; p = 0,1284) y glucocorticoides (OR: 0,73; p = 0,3590) no mostraron asociación significativa, ver Tabla 1. La *Escherichia coli* fue el germen más frecuentemente aislado (n = 22). Los cuatro modelos supervisados evaluados (regresión logística, Random Forest, XG-Boost y SVM) mostraron un ajuste global significativo (p < 0,01), siendo la regresión logística la de mejor desempeño (Puntaje F1 0,4167; precisión 0,3313; sensibilidad 0,5612; AUC 0,7249), ver Tabla 2.

Conclusiones: El aprendizaje estadístico permitió desarrollar un modelo predictivo para estimar el riesgo de bacteriuria (urocultivo positivo) en pacientes con y sin LES, integrando factores clínicos adicionales y facilitando decisiones médicas personalizadas orientadas a la prevención de complicaciones infecciosas.

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiación: Este trabajo es cofinanciado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) con apoyo del FEEI.

021 EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SU ASOCIACIÓN CON LA ACTIVIDAD CLÍNICA, INFECCIONES Y HOSPITALIZACIONES DURANTE LOS PRIMEROS TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO

Astrid Paats^{1,2}, Gilda Méndez¹, Lourdes Paredes¹, Marcos Vazquez^{1,2}, Jonathan Losanto^{1,2}, Patricia Langjahr^{1,3}, Yanira Yinde¹, Diana Hernandez², Romina Nieto², Romina Quintana², Guillermo Pons Estel², Bernardo Pons- Estel², Isabel Acosta Colmán^{1,2}

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Paraguay.

²Grupo Latinoamericano de investigación en Lupus (GLADEL).

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Químicas, Paraguay.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica multisistémica, que puede afectar la calidad de vida del paciente. El LupusQoL es un cuestionario diseñado para evaluar el impacto del LES en diversas áreas del bienestar. La calidad de vida de estos pacientes puede verse afectada por las infecciones, hospitalizaciones y también por la actividad clínica.

Objetivos: Determinar la calidad de vida de los pacientes paraguayos con diagnóstico de LES que forman parte de una cohorte multicéntrica. Identificar la

correlación entre la actividad, valorada por el SLEDAI-2K y la significancia de las infecciones y hospitalizaciones con la calidad de vida medida por el cuestionario LupusQoL durante el periodo de seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo que incluyó a 61 pacientes con LES paraguayos seguidos por tres años de seguimiento en un hospital de referencia. Se registraron 186 visitas. Se analizaron los puntajes por dominios del LupusQoL (físico, emocional, imagen corporal, dolor, planificación, fatiga, relaciones íntimas, carga) cuyos puntajes van de 0 a 100 y se correlacionaron con el SLEDAI-2K, usando la correlación de Spearman. Se compararon, también, los puntajes por dominio entre pacientes con y sin infecciones y hospitalizaciones, utilizando la prueba de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de p < 0.05.

Resultados: Se analizaron los datos de 186 mediciones de los 61 pacientes incluidos. El valor de la media de los puntajes más altos de calidad de vida se observó en los dominios físico y emocional, mientras que los más bajos se registraron en los dominios sobre la imagen corporal y planificación. En cuanto al valor del SLEDAI-2K fue de 5,04 ± 5,23.

Tabla 1 Dominios de Lupus QoL, significancia y correlación con las variables (n= 61) - 186 visitas.

Dominio Lupus QoL	Valor de la media de los puntajes de cada dominio de todas las vistas	Rho de Spearman	Valor de p de SLEDAI	Valor de p infecciones	Valor de p en hospitalizaciones
Físico	83,14±18,17	-0,388	0,0000000435	0,0001	0,0001
Emocional	81,06±21,93	-0,386	0,0000000528	0,001	0,005
Imagen Corporal	59,88±28,83	-0,332	0,00000354	0,02	0,004
Dolor	77,40±27,31	-0,235	0,00123	0,14	0,012
Planificación	61,58±30,51	-0,281	0,00010	0,005	0,026
Fatiga	69,58±29,28	-0,270	0,00018	0,095	0,006
Relaciones Íntimas	68,71±30,07	-0,242	0,00089	0,005	0,002
Carga	71,97±26,26	-0,286	0,000077	0,11	0,016

Se halló una correlación negativa y significativa entre los puntajes de LupusQoL y el índice SLEDAI-K2 en todos los dominios, que indica que una mayor actividad de la enfermedad se asocia con menor calidad de vida. Además, se encontró diferencia estadísticamente significativa en casi todos los dominios del LupusQoL (excepto dolor y carga) e infecciones y en todos los dominios del cuestionario y hospitalizaciones.

Conclusiones: Se observó que la actividad clínica del LES medida con el SLEDAI-2K se asocia inversamente con los puntajes de calidad de vida medias con el

LupusQol. Además, se vio diferencia estadísticamente significativa en casi todos los dominios y las infecciones adquiridas y en todos los dominios y las hospitalizaciones.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflicto de interés.

022 PERFILES INMUNOLÓGICOS Y BIOMARCADORES MOLECULARES EN LUPUS SISTÉMICO: RELACIÓN CON AFECTACIÓN DE ÓRGANOS BLANCO

María Belén Aquino Insfrán^{1,3}, Astrid Paats², Sonia Cabrera², Gabriela Avila², María Eugenia Acosta⁴, María Teresa Martínez², Osmar Centurió², Isabel Acosta Colman²

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Maestría en Enfermedades Autoinmunes, San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

³Universidad María Auxiliadora, Facultad de Medicina, Núcleo de Innovación Médica. Mariano Roque Alonso, Paraguay.

⁴Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: Los biomarcadores en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) son una herramienta útil en el diagnóstico y seguimiento, la relación de estos con fenotipos específicos de la enfermedad permitiría su utilización como indicadores tempranos de riesgo de manifestaciones sistémicas.

Objetivo: Describir la asociación entre los diferentes fenotipos clínicos de LES y biomarcadores moleculares.

Métodos: Estudio observacional transversal de asociación cruzada, prospectivo. Se incluyeron en este estudio 100 pacientes con diagnóstico de LES. Se utilizaron datos clínicos y laboratoriales correspondientes a biomarcadores, interleucina-6 y moléculas de adhesión.

Resultados: En la muestra estudiada (n=100), la mayoría de los participantes fueron mujeres, representando el 86% (n=86) del total, los hombres constituyeron el 14% (n=14). La edad de los 100 participantes osciló entre 18 y 76 años, con una media de 34,6 años (DE = 12,85). De los 100 sujetos estudiados se analizaron 74 pacientes con manifestaciones sistémicas de lupus, evaluando la asociación entre perfiles clínicos (renal, cardiovascular y hematológico) y biomarcadores alterados (homocisteína y TGF-β) (Tabla 1). La afectación renal fue significativamente menos frecuente en pacientes con homocisteína alterada, evidenciando un efecto protector (OR=0,277; IC95%: 0,088–0,876;

Tabla 1 Frecuencia de manifestaciones clínicas (n:100).

Manifestaciones clínicas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Manifestaciones extraarticulares	97	97%
Vasculitis	8	8%
Afectación articular	79	79%
Afectación pulmonar	18	18%
Afectación cardiovascular	15	15%
Afectación hematológica	45	45%
Afectación cutánea	44	44%
Afectación renal	58	58%
Afectación ocular	4	4%
Afectación del sistema nervioso	12	12%
Síndrome antifosfolípido	7	7%
Síndrome seco	14	14%

Tabla 2 Asociaciones entre manifestaciones clínicas con biomarcadores (n: 74).

Biomarcador	Manifestación	% Alterado / No alterado	Valor de p	OR	IC 95%
TGF-β	Cardiovascular	100% / 0%	0,005	TGF-β no alterada: OR = 0,73	0,628 – 0,848
	Renal	47,1% / 52,9%	0,293	—	—
	Hematológica	23,5% / 76,5%	0,132	—	—
	Articular	82,4% / 17,6%	0,759	—	—
	Cutánea	29,4% / 70,6%	0,119	—	—
Homocisteína	Cardiovascular	11,1% / 88,9%	0,607	—	—
	Renal	83,3% / 16,7%	0,013	No alterada: OR = 1,387	1,083 – 1,776
				Alterada: OR = 0,277	0,088 – 0,876
	Hematológica	61,1% / 38,9%	0,029	Alterada: OR = 0,410	0,180 – 0,936
	Articular	83,3% / 16,7%	0,662	—	—
IL-6	Cutánea	55,6% / 44,4%	0,347	—	—
	Cardiovascular	7,7% / 92,3%	0,464	—	—
	Renal	53,8% / 46,2%	0,753	—	—
	Hematológica	46,2% / 53,8%	0,583	—	—
	Articular	76,9% / 23,1%	0,736	—	—
	Cutánea	53,8% / 46,2%	0,556	—	—

p=0,013). Respecto al perfil cardiovascular, se observó que ningún paciente con TGF-β no alterado presentó afectación, indicando una posible asociación protectora (p=0,044). En contraste, la homocisteína alterada se asoció con un mayor riesgo de compromiso hematológico, con una frecuencia de afectación del 61,1% frente al 32,1% en pacientes sin alteración (OR=3,317; IC95%: 1,103–9,978; p=0,029), sin embargo, se analizaron en forma individual los tipos de manifestaciones hematológicas sin encontrarse en forma particular ninguna asociación (Tabla 2).

Conclusiones: El estudio consiste en un observacional transversal de asociación cruzada que podría conducir a estudios prospectivos posteriores. Debido a que sólo 74 de los pacientes incluidos presentaron manifestaciones clínicas y análisis laboratoriales existen limitaciones. Por ejemplo, mientras que la literatura establece un mayor riesgo de daño renal y cardiovascular en pacientes con niveles elevados de homocisteína,

en nuestro análisis encontramos un efecto protector para alteración renal, lo que podría estar alterado por el efecto de otras variables no analizadas como tratamientos inmunosupresores u otras terapéuticas. El efecto protector del TGF- β normal contra las complicaciones cardiovasculares concuerda con su papel en los procesos inflamatorios, aunque faltan más investigaciones para confirmarlo. Sería recomendable realizar otros estudios longitudinales a fin de establecer la importancia clínica de estos marcadores.

Declaración de conflictos de interés: Este proyecto es cofinanciado por el Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT) con apoyo de FEEI. No existen otros conflictos de interés.

023 REGISTRO BELLES: REGISTRO DE LA RESPUESTA Y DE LOS EFECTOS ADVERSOS DEL BELIMUMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Claudia Coronel¹, Alicia Quiñonez¹, Marcelo Barrios², Carolina Vazquez², Yanira Yinde¹, Astrid Paats¹, Isabel Acosta Colman¹.

¹Universidad Nacional de Asunción, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

² Universidad Nacional de Asunción, Hospital de Clínicas, Departamento de Nefrología, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica que requiere diagnóstico y tratamiento precoz. Actualmente la terapéutica incluye al Belimumab, un anticuerpo monoclonal anti-BLyS, que demostró eficacia en combinación con inmunosupresores estándar para el tratamiento del LES activo. Además, está indicado en combinación con terapias inmunosupresoras estándar para el tratamiento de pacientes adultos con nefritis lúpica activa.

Objetivo: Registrar la respuesta y los eventos adversos del Belimumab en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico.

Métodos: Estudio observacional prospectivo longitudinal, con seguimiento a la semana 0, 12, y 24 de tratamiento; de pacientes adultos en seguimiento en un centro de referencia con diagnóstico de LES (EULAR/ACR 2019) en los que se inició tratamiento con Belimumab en el periodo de tiempo comprendido entre noviembre del 2023 a octubre del 2024. Se excluyeron fichas incompletas, y pacientes que recibieron de forma irregular el tratamiento. En cada visita se realizó un registro de variables sociodemográficas, clínicas (i.e. actividad

Tabla 1 Características sociodemográficas y clínicas.

Variables	Frecuencias (%)	Medias (DE)
EDAD (años)	—	30,5 $\pm$ 8,2
Procedencia	Asunción 1/17 (5,8%)	—
	Gran Asunción 6/17 (35,2%)	—
	Interior del País 10/17 (58,8%)	—
Tiempo desde el diagnóstico (años)	—	10,1 $\pm$ 4,0
Nefritis Lúpica (16/17)	Activa 12/16 (75%)	—
	No activa 4/16 (25%)	—
Otros Fenotipos	Cutáneo 13/17 (76,4%)	—
	Articular 14/17 (82,3%)	—
	Hematológico 9/17 (52,9%)	—
	Neurológico 1/17 (5,8%)	—
Variables Serológicas	Anti DNAdc 15/17 (88,2%)	—
	Anticuerpos anti fosfolípidos	POSITIVO 5/17 (29,4%)
		NEGATIVO 9/17 (52,9%)
		SIN DATOS 3/17 (17,6%)
	C3; C4	CONSUMIDOS 10/17 (58,8%)
		NO CONSUMIDOS 7/17 (41,1%)
Proteinuria semana 0 >500 MG/24HS	9/17 (52%)	—
SLEDAI-2k, sem 0	Actividad leve, score 1-5: 4/17 (23,5%)	—
	Actividad moderada, score 6-10: 6/17 (35,2%)	—
	Actividad alta, score >10: 6/17 (35,2%)	—
	Actividad muy alta, score >20: 1/17 (5,8%)	—

Tabla 2 Evolución a la semana 0, 12, y 24 de tratamiento.

Variables	Semana 0	Semana 12 (n:17)	Semana 24 (n:14)
Anti DNA positivo	15/17 (88%)	11/17 (64%)	10/14 (71%)
Titulación Anti DNA	1:10 (2/17)	1:10 (6/17)	1:10 (4/14)
	1:20 (2/17)	1:20 (1/17)	1:20 (3/14)
	1:40 (2/17)	1:40 (4/17)	1:40 (2/14)
	1:80 (6/17)	1:80 (3/17)	1:80 (3/14)
	1:160 (2/17)	1:160 (2/17)	1:160 (1/14)
	1:320 (2/17)	1:320 (1/17)	1:320 (1/14)
	1:1280 (1/17)	-	-
Complementos Consumidos (C3; C4)	10/17 (58,8%)	8/17 (47%)	4/14 (28%)
Proteinuria (mg/24hs)	1492,1	1372,8	1225,6
SLEDAI 2k	10,8 $\pm$ 5,4	6,8 $\pm$ 3,4	6,9 $\pm$ 4,9

de la enfermedad (SLEDAI 2K); número de brotes de nefritis lúpica (NL) definido por valor de proteinuria de 24 horas, sedimento compatible, disminución de la tasa de filtrado glomerular; y eventos adversos), y serológicas (i.e niveles de Anti-DNAdc, y niveles de complementos). Se hallaron medias y desvíos estándar de las variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes de las cualitativas. Para realizar las diferencias entre medias se utilizó la prueba T de Student utilizando el sistema operativo SPSS versión 30.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes, 15 de sexo femenino, de edades comprendidas entre 18 a 50 años. La totalidad de los pacientes completó 12 semanas de tratamiento, y 14 llegaron a las 24 semanas. Las demás características clínicas de los pacientes se presentan en la tabla 1. Se registraron 2 brotes de NL dentro de las 24 semanas de tratamiento. La evolución de la enfermedad desde el inicio del tratamiento se valora en la tabla 2. Se evidenciaron eventos adversos infecciosos en 70,5% pacientes, de los cuales 41,6% fueron infecciones de vía aérea superior, 16% infecciones de piel y partes blandas, 16% cistitis, 16% gastroenteritis viral, se registró un caso de cada uno de los siguientes: Herpes Zoster, infección odontológica, neumonía intrahospitalaria, y dengue. Se registró 17.6% casos de leucopenia, siendo el único trastorno hematológico. Otros eventos adversos fueron un aborto espontáneo, una angina estable, y un sangrado uterino anormal. Se calculó la T de Student para medidas pareadas comparando los puntajes en el score SLEDAI-2k, obteniendo como resultado p: 0,027 semana 0 vs 12; y p: 0,043 semana 0 vs 24.

Conclusiones: Se observó una disminución de la actividad de la enfermedad durante el seguimiento, con diferencias estadísticamente significativas entre el inicio de tratamiento y las semanas 12 y 24. Además, se registraron principalmente eventos adversos infecciosos leves. Estos hallazgos iniciales aportan información local valiosa, lo que resultará útil como base para futuras investigaciones.

Conflictos de interés: ninguno.