

ÁREA TEMÁTICA

03 Vasculitis

024 DOLOR SILENTE, DIAGNÓSTICO RUIDOSO: UNA CARA INUSUAL DE LA VASCULITIS

Paula Antonella Aquino Vignola¹, Tomás Gabriel Insrán Coronel¹, Verónica Clotilde Rodríguez Rodríguez¹, María Belén Torres Caballero¹, Rudy Rancell Rolón Ramírez¹, Miguel Ángel Valdés Faría¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Asunción, Paraguay

Introducción: La calcifilaxis, complicación grave y poco frecuente de la enfermedad renal crónica (ERC), puede manifestarse con lesiones cutáneas dolorosas y necrosis tisular, siendo potencialmente mortal. Su forma genital, aún más rara, plantea un desafío diagnóstico. Presentamos el caso de un paciente con ERC y miocardiopatía dilatada, con dolor peneano como manifestación inicial de una vasculitis sistémica con severa repercusión cutánea.

Caso clínico: Paciente masculino, 27 años, con antecedente de hipertensión arterial, miocardiopatía dilatada con fracción de eyección (FE) del 18%, e insuficiencia cardíaca congestiva grado IV. En hemodiálisis trisemanal por ERC estadio V. Cuadro de dolor urente en región peneana de 2 meses de evolución, con escasa respuesta a analgésicos comunes. Se agrega lesión ampollosa pretibial derecha, que progresa a úlcera dolorosa. Una semana antes del ingreso, el dolor genital se intensifica, lo que motiva la consulta. Al examen físico, se evidencia glándula cianótica, con úlceras que comprometen más del 60% del tejido, sin secreción purulenta. Además, se constata lesión ulcerada y costrosa en pierna derecha. Laboratorios iniciales: leucocitosis (GB: 14.880), PCR elevada, función renal alterada con creatinina de 9.16 mg/dL y urea 98 mg/dL, anemia leve. Se inicia antibioticoterapia de amplio espectro. Se presenta a equipo de urología quienes realizan postectomía con biopsia de glándula, sin complicaciones. Se realiza ecodoppler donde se descarta trombosis, pero confirma hipoperfusión peneana. Se descarta origen infeccioso genital. Es realizada una biopsia de piel a nivel del miembro inferior afecto, donde se informa calcifilaxis y necrosis epidérmica. En el contexto de sospecha de vasculitis, se solicitan estudios inmunológicos, que informan ANCA-MPO posi-

vo confirmando el diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA con compromiso cutáneo, en conjunto con el servicio de Reumatología se plantea estudios de extensión con TACAR y eventual inicio de metilprednisolona en bolos. La evolución incluye control de la cardiopatía de base, control metabólico, estabilidad hemodinámica y mejoría progresiva tras tratamiento empírico.

Conclusión: Este caso pone de manifiesto lo complicado que puede ser el diagnóstico y tratamiento de un paciente joven con enfermedad renal crónica avanzada, que además presenta calcifilaxis cutánea y signos que sugieren vasculitis asociada a ANCA. Aunque la combinación de estas dos condiciones no es común, es crucial adoptar un enfoque multidisciplinario que sea urgente y adaptado a las necesidades del paciente, debido a la alta tasa de morbilidad y mortalidad, así como a la necesidad de equilibrar los tratamientos inmunosupresores con el riesgo de infecciones y el contexto de disfunción multiorgánica.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

025 VASCULITIS URTICARIAL: SERIE DE CASOS CLÍNICOS

Raquel Aranda¹, Rosalba Riveros², Mauricio Fleitas², Marcos Vázquez¹

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

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

Introducción: La vasculitis urticarial (UV) es una condición poco frecuente que puede pasar desapercibida al confundirse con urticarias comunes. Se manifiesta con habones persistentes por más de 24 horas, dolorosos o con ardor, y que dejan manchas residuales. En algunos casos se acompaña de otras lesiones como púrpura, livedo o ampollas. Puede aparecer de forma aislada o asociada a enfermedades autoinmunes, infecciones o medicamentos. Cuando hay hipocomplementemia, el riesgo de compromiso sistémico aumenta. El diagnóstico se basa en la biopsia cutánea y su manejo depende del contexto clínico.

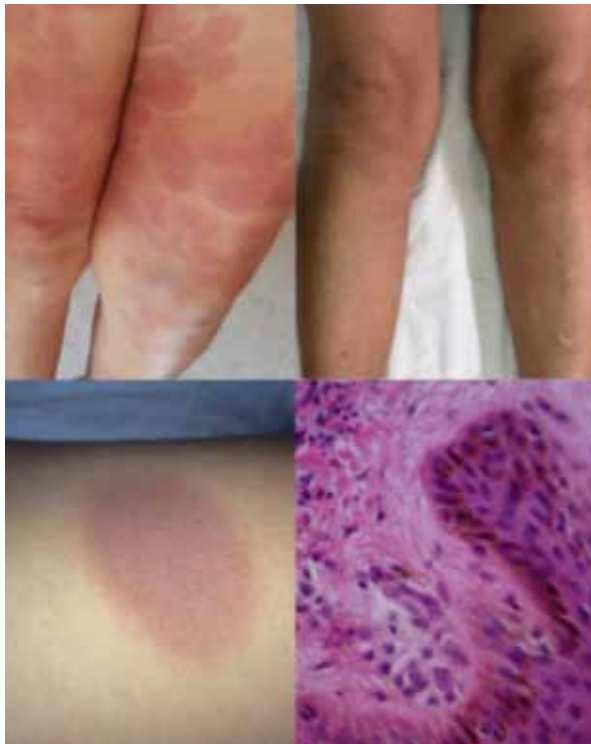


Figura 1 En las primeras 2 imágenes podemos observar a la paciente del caso D, con las lesiones antes y después del tratamiento. En las imágenes inferiores, el tipo de lesión del paciente del caso C, y su anatomía patológica: células inflamatorias en la pared vascular y alrededor de la misma, así como fibrina en la pared vascular y leucocitoclasia desproporcionada para la cantidad de neutrófilos.

Tabla 1 Características clínicas y diagnósticas de los casos de vasculitis urticariforme.

Caso	Sexo	Edad (años)	Enf. autoinmune asociada	Relación con UV	Biopsia	Tratamiento	Evolución
A	F	32	SSj	Posterior a SSj	UV (05/2025)	AZA + HCQ + PDN	Remisión
B	F	43	LES	Posterior a LES	UV (04/2025)	MTX + AZA + BLYS + PDN	Remisión
C	M	49	No	—	Vasculitis leucocitoclástica	Antihistamínicos + PDN	Remisión
D	F	50	AR	AR 1 año antes de UV	UV vs Sweet	MTX	Remisión
E	F	28	LES	Posterior a LES	UV	AZA	Remisión

Abreviaturas: F: femenino; M: masculino; UV: vasculitis urticariforme; SSj: síndrome de Sjögren; LES: lupus eritematoso sistémico; AR: artritis reumatoide; HCQ: hidroxiquina; PDN: prednisona; AZA: azatioprina; MTX: metotrexato; BLYS: Belimumab.

Caso clínico: Se describen cinco pacientes diagnosticados con UV en un centro de referencia. Cuatro eran mujeres, uno varón, con edades entre 28 y 50 años. Cuatro pacientes ya tenían enfermedades autoinmunes al momento del diagnóstico de UV (Lupus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Sjögren, Artritis Reumatoide), mientras que el paciente de sexo masculino no es portador de enfermedad autoinmune. Todos contaban con biopsia compatible con vasculitis leucocitoclástica o urticariforme.

ca o urticariforme. Se utilizaron distintos tratamientos como corticoides, inmunosupresores (azatioprina, metotrexato). Todos evolucionaron favorablemente.

Conclusión: La UV debe considerarse en pacientes con urticarias persistentes, especialmente si hay dolor o pigmentación residual. La biopsia es fundamental para confirmar el diagnóstico. Puede ser la primera manifestación de una enfermedad autoinmune o desarrollarse luego, lo que resalta la importancia del seguimiento.

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

026 RETO CLÍNICO. ARTERITIS DE TAKAYASU Y AFECTACIÓN DIGITAL

Alicia Quiñonez¹, Raquel Aranda¹, Laura Martínez¹, Yanira Yinde¹, Karin Baumann¹

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

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis que compromete predominantemente la aorta y sus principales ramas, generando procesos inflamatorios que pueden conducir a la estenosis, oclusión vascular y formación de aneurismas, de etiología desconocida. Predomina en mujeres entre la segunda y cuarta década de la vida.

Caso clínico: Paciente de 37 años, femenina, dedicada a las labores domésticas, sin patología de base y sin planificación reproductiva futura, sin intención de gestación. Cuadro de 8 días de dolor, ardor y cambio de coloración fijo de los dedos 3ro al 5to de la mano izquierda. Al examen físico, llama la atención cambio de coloración a nivel de IFD 3ra a 5ta de mano izquierda, sin alteración del pulso radial. La analítica, ANA, anti-DNA, anticuerpos para SAF, ANCA p y c, Scl70, anticentrómero, crioglobulinas y serologías virales retornan negativas. Orina simple normal y proteinuria en rango. Presenta posteriormente cambios ligeros de coloración del 1ro y 2do dedos de la misma mano. La ecodoppler de MSII informa a nivel de la arteria radial en porción distal, pared vascular con un engrosamiento circunferencial parietal que condiciona disminución del calibre de la luz sugerente de un proceso inflamatorio vascular. Ecocardiografía normal. Ante sospecha de enfermedad de Takayasu se inicia tratamiento con vasodilatadores, AAS, metilprednisolona quedando posteriormente con prednisona 1mg/kg/día que se desciende gradualmente hasta suspender. Recibe además ciclofosfamida y mantenimiento con metotrexato. Presenta recuperación total de coloración de los dedos. En angioTAC de control que se realiza al 4to mes no se observan alteraciones vasculares.

Conclusión: El diagnóstico precoz es fundamental para evitar la progresión de la enfermedad y minimizar el impacto sobre el lecho vascular. Desde el punto de vista terapéutico, los corticoides constituyen la piedra angular en el tratamiento inicial, pudiendo en escenarios de mayor severidad utilizar la ciclofosfamida y mantenimiento con metotrexate, azatioprina u otros. El rituximab y el Tocilizumab han demostrado eficacia en casos refractarios.

Conflicto de Intereses: No presentan los autores conflicto de Intereses.

027 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VASCULITIS INTERNADOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Aramí Centurión¹, Mauricio Fleitas¹, Verónica Rotela¹, Arnaldo Aldama¹, Beatriz Di Martino², Belén Goiburu³

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

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Docencia e Investigación, San Lorenzo, Paraguay.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Anatomía Patológica, San Lorenzo, Paraguay.

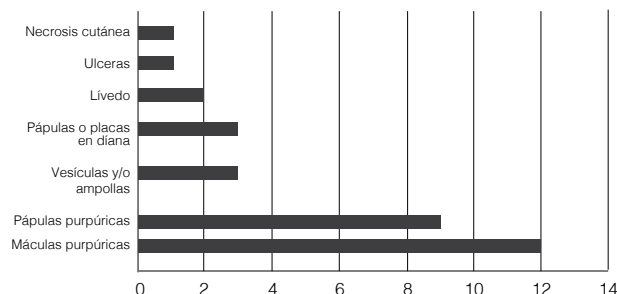
Introducción: Las vasculitis están caracterizadas por la inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos. Se clasifican según el tamaño del vaso afecto: grandes, medianos y pequeños. La presentación clínica es variable, desde síntomas inespecíficos hasta graves, incluyendo cutáneo. La biopsia de lesiones cutáneas sigue siendo el método diagnóstico más confiable. El tratamiento depende del subtipo, la severidad y el compromiso sistémico. Los corticoides constituyen la piedra angular, frecuentemente en combinación con inmunosupresores.

Objetivo: Describir las características clínicas, histopatológicas y terapéuticas de los pacientes con diagnóstico de vasculitis en un centro de referencia.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, corte transversal, retrospectivo. El muestreo fue no probabilístico, casos consecutivos. La población incluida fue pacientes de cualquier edad y sexo, diagnosticados con vasculitis por anatomía patológica, internados en un centro de referencia desde mayo de 2023 a mayo del 2025. La recolección y procesamiento fue a través de Microsoft Excel 365®. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, procedencia, enfermedades de base, cuadro clínico, anatomía patológica, etiología, tratamiento empleado.

Resultados: Se estudiaron 20 pacientes con diagnóstico histopatológico de vasculitis internados en un centro de referencia. La mitad era de sexo masculino y la otra mitad sexo femenino (50% n=10). La mayor procedencia de los pacientes fue de Gran Asunción (35%, n=7). El promedio de edad fue de 36,15 ± 18,6 años. El 70% (n=14) presentó al menos una comorbilidad y el grupo de comorbilidades más frecuentemente encontrado fueron las collagenopatías (45%, n=9). Dentro de las collagenopatías, el lupus eritematoso sistémico (LES) fue el más frecuente, (40%, n=8). En cuanto a las manifestaciones cutáneas, las más frecuentes fueron las máculas purpúricas (60%, n=12), seguido de pápulas purpúricas, vesículas o ampollas, pápulas o placas en diana, lúvido, úlceras y necrosis. Figura 1.

La vasculitis de pequeños vasos fue la más frecuente (85%, n=17), luego la de pequeños y medianos vasos (mixta) (15%, n=3). No se encontraron casos de vasculitis de mediano vaso solamente o gran vaso. Entre las de pequeños vasos, la vasculitis leucocitoclástica fue la más frecuente (88,2%, n=15/17), hubo un caso de urticaria vasculitis y de vasculitis primaria tipo poliangeitis microscópica (5,9%, n=1). Entre las vasculitis leucocitoclástica (n=15), la más frecuentemente encontrada fue la secundaria a collagenopatías, seguida con frecuencia similar por la idiopática y secundaria a



Fuente: Datos de fichas clínicas del archivo del Servicio de Dermatología de un centro de referencia.

Figura 1 Manifestaciones cutáneas en pacientes con diagnóstico histológico de vasculitis (n=20).

Tabla 1 Causas atribuidas según grupo etiológico en pacientes con diagnóstico histológico de vasculitis (n=20).

Grupo etiológico	Nro. de casos	Causa	Nro. de pacientes
Collagenopatías	8	Lupus eritematoso sistémico	6
		Síndrome Antifosfolípido	1
		Síndrome de Sjogren	1
Infecciones	5	Estreptococo beta hemolítico del grupo A	1
		Lepra	1
		Leishmaniasis visceral	1
		Endocarditis sin germen aislado	1
Idiopática	5	Sin causa	5
Neoplásica	1	Leucemia mieloide crónica	1
Vasculitis primaria	1	Poliangeitis microscópica	1

Fuente: Datos de fichas clínicas del archivo del Servicio de Dermatología de un centro de referencia.

infecciones. El LES fue la colagenopatía más frecuentemente relacionada (30%, n=6). Tabla 1. El tratamiento más frecuente fue la corticoterapia (75% n=15), seguido de los antimicrobianos (10% n=2).

Conclusión: en dos años de estudio, se encontraron 20 pacientes con diagnóstico histopatológico de vasculitis. La manifestación clínica más frecuente fue en forma de máculas purpúricas. La de pequeños vasos fue la más frecuente, entre las cuales la leucocitoclástica predominó. La etiología atribuida más frecuente fue LES, seguida con frecuencia similar por la idiopática y la secundaria a infecciones. La terapéutica más utilizada fue la corticoterapia.

Conflicto de intereses: ninguno.

028 MÁS ALLÁ DE LA URTICARIA: EL VALOR DE LA BIOPSIA EN UNA VASCULITIS OCULTA

Braulio Mauricio Fleitas Goiriz¹, Aramí María Centurión Villalba¹, Verónica Rotela Fisch¹, Liz Marlene Flor Gonzalez¹, Belén Goiburu Chenú², Arnaldo Benjamín Feliciano Aldama Caballero¹

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

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Docencia e Investigación, San Lorenzo, Paraguay.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Anatomía Patológica, San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: La urticaria vasculítica (UV) es una entidad clínico-patológica infrecuente causada por inflamación de vasos de pequeño calibre, con manifestaciones cutáneas urticariformes persistentes (>24-48 h), que pueden dejar pigmentación residual. Puede ser idiopática o asociarse a enfermedades autoinmunes, infecciones o fármacos. En algunos casos, se acompaña de afectación sistémica. Se clasifica según los niveles séricos de complemento en formas normocomplementémica e hipocomplementémica, esta última relacionada con autoanticuerpos anti-C1q, mayor compromiso sistémico y fuerte asociación con enfermedades del tejido conectivo, especialmente el lupus eritematoso sistémico (LES).

Caso clínico: Femenino de 31 años, con antecedentes de LES e hipotiroidismo, en tratamiento con prednisona 20 mg/d, hidroxiclороquina 200 mg/d, azatioprina 50 mg/d y levotiroxina 50 mcg/d. Consulta por fiebre >38 °C, astenia, diarrea líquida y odinofagia de 7 días. Fue evaluada previamente y tratada con amoxicilina-clavulánico por presunta faringoamigdalitis bacteriana. Ante el agravamiento del cuadro, se interna, siendo evaluada por Dermatología por la presencia de lesiones

cutáneas de un mes de evolución en rostro, cuello, escote, hombros y brazos, pruriginosas, agravadas por exposición solar, que se habían iniciado antes del cuadro respiratorio y del uso de antibióticos. Examen físico: placas eritematoedematosas, algunas erosionadas con costras hemáticas, otras en diana con centro hipocrómico, aisladas o confluentes, de bordes irregulares y límites netos en cara, cuello y raíces de miembros superiores. En mucosa yugal, aftas dolorosas. Laboratorio: Hb 10,8 g/dL, Hto 33,5%, GB 1340/uL, Nt 45%, Pla 90.000/uL, PCR 2,8 mg/L, ANA 1:1280, anti-DNA 1:320, C3 19 mg/dL, C4 3 mg/dL, anticardiolipina IgM/IgG negativas. Imágenes: ecografía: ascitis; TACAR: derrame pleural bilateral; ecocardiograma: sin alteraciones. Diagnósticos diferenciales considerados: LES en actividad, lupus cutáneo agudo/subagudo, eritema multiforme y faringoamigdalitis. Se realizó biopsia cutánea con punch N.º 4, cuyo informe fue vasculitis leucocitoclástica compatible con urticaria vasculítica hipocomplementémica, en el contexto clínico e inmunológico de la paciente. Tratamiento: bolos de metilprednisolona por 3 días y antibioticoterapia de amplio espectro. Evolucionó con mejoría clínica y laboratorio, recibiendo el alta con seguimiento por Reumatología.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de considerar la urticaria vasculítica hipocomplementémica en pacientes con LES que presentan lesiones urticariformes persistentes y signos de afectación sistémica. La presencia de hipocomplementemia, actividad serológica (ANA, anti-DNA), citopenias y serositis sugiere una reactivación lúpica con manifestaciones cutáneas atípicas. La biopsia cutánea resultó clave para orientar el diagnóstico y guiar el tratamiento oportuno.

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

029 VASCULITIS ASOCIADA A ANCA-C

Daisy Leticia Jiménez Bogado¹, Gloria Raquel Llanes de Luraschi¹, Paula Aquino Vignola¹, María Belén Torres Caballero¹, Erika Chamorro¹, Eduardo Enrique Vega Gill¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Tercera Cátedra de Clínica Médica y Semiología Médica, San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) constituyen un grupo de enfermedades autoinmunes que afectan predominantemente a vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre. Entre estas se incluyen la granulomatosis con poliangeítis, la poliangeítis microscópica y la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis, cada una con características clínicas y patológicas particulares.

Caso clínico: Paciente femenina de 68 años portadora de trastorno depresivo mayor, e hipertensión arterial, acude por cuadro de 2 meses de evolución de tos seca episódica más cefalea de intensidad moderada, acompañada de otalgia y sensación febril, se agregó al cuadro episodio de epistaxis, por lo que acude. Recibe antibioticoterapia empírica ante sospecha de neumonía por TAC de tórax con infiltrado en vidrio esmerilado bilateral con nódulos sólidos compatible con proceso infeccioso, con piperacilina tazobactam, posteriormente presenta alteración del nivel de conciencia a expensas de bradialia y poca respuesta a estímulos verbales. Ante nueva sintomatología, se agrega vancomicina cubriendo foco pulmonar y meníngeo probable. Previamente se realiza punción de LCR que retorna no patológico, se realiza RNM de encéfalo donde se observaron micro infartos lacunares de apariencia secuear, más lesiones isquémicas protuberanciales. Se solicitó panel viral en LCR y cultivo que retorna negativo, así mismo se solicita perfil reumatológico ante imágenes cerebrales y pulmonares ANA negativo 1:80, C3 y C4 en rango, antiDNA negativo 1:10, anti RO y anti LA negativos, ANCA C Y P que retornan positivo y negativo, respectivamente. Por lo que inicia bolos de metilprednisolona con poca mejoría y empeoramiento de la función renal, es evaluada por reumatología quienes sugieren iniciar inmunoglobulina, el cual no inicia por falta de éste, produciéndose empeoramiento del estado clínico de la paciente produciéndose finalmente su óbito.

Conclusión: Este caso subraya la complejidad y el pronóstico variable de las vasculitis asociadas a ANCA. Aunque los avances terapéuticos han mejorado significativamente la supervivencia, con tasas de remisión superiores al 80% a los cinco años, la mortalidad en el primer año puede alcanzar el 11%, siendo las infecciones y las complicaciones del tratamiento inmunosupresor causas frecuentes de muerte. Además, la afectación del sistema nervioso central y pulmonar, como en este caso, se asocia con un peor pronóstico. La presencia de factores como edad avanzada, insuficiencia renal y compromiso multiorgánico incrementa el riesgo de mortalidad

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

030 OJO ROJO PERSISTENTE: ESCLERITIS COMO DEBUT DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS

Sebastián Alderete¹, Nelly Colman¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Central, Paraguay.

Introducción: La escleritis es una inflamación ocular caracterizada por vasculitis de los vasos esclerales. Se manifiesta con ojo rojo y dolor, que puede ser intenso. En casos graves, compromete la agudeza visual y puede causar otras complicaciones oculares. Un porcentaje significativo se asocia a enfermedades sistémicas como artritis reumatoide, granulomatosis con poliangeítis u otras vasculitis sistémicas, con menor frecuencia al síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico y otras entidades autoinmunes. La granulomatosis con poliangeítis corresponde al grupo de vasculitis mediadas por anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Se caracteriza por vasculitis de vasos de pequeños, con afectación sistémica, principalmente renal y pulmonar. En sus formas localizadas se menciona la afección ocular (escleritis entre otros), oído medio e interno, vías aéreas superiores, traqueobronquial y cutánea. Las formas localizadas en muchas ocasiones pasan desapercibidas, hasta que se asocian al compromiso de otros órganos.

Caso clínico: Paciente masculino de 54 años, consulta 7 meses antes por ojo rojo y doloroso bilateral en oftalmología, se realiza diagnóstico de escleritis bilateral y se trata con medicación local, el cuadro mejora en 3 semanas. Hace 2 meses se repite el cuadro en ojo izquierdo (unilateral), sin mejoría con el tratamiento local y por lo que es remitido a Reumatología. EF: presenta hipertensión arterial (HTA) coincidente con el inicio de la escleritis, refiere además sensación de taponamiento en oído derecho, niega síntomas respiratorios altos o bajos, dermatológicos, gastrointestinales. En el aspecto genitourinario, hiperplasia prostática benigna y un episodio de infección urinaria hace 6 meses. Laboratorio: Hb 14, Hto 42, VCM 90, N 57, L 39, Pqt 317000, U 44, Cr 1.23, PCR: negativo, OS: proteína++; sangre ++; hematíes 10-12 p/c, cep 0-2. VHBsAg negativo, HIV negativo, VDRL negativo. Proteinuria 24 hs: 1624 mg, ANCA C superior a 200 (> 10), TAC de tórax normal, TAC de senoparanasales: senos etmoidales levemente ocupados. Se realiza diagnóstico de Granulomatosis con poliangeítis con afectación ocular (escleritis) y renal (síndrome nefrítico). Se inicia metilprednisolona 500 mg IV por 3 días y ciclofosfamida 1g endovenoso/mensual. Al momento de la reevaluación posterior a la primera dosis de ciclofosfamida, remisión de la sintomatología ocular y auditiva.

Conclusión: El caso presentado resalta la importancia de considerar las manifestaciones oculares inflamatorias como posible forma de debut de una enfermedad sistémica autoinmune como las vasculitis asociadas a ANCA. Su reconocimiento oportuno permite un diagnóstico precoz y un manejo interdisciplinario adecuado, clave para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico del paciente.

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

031 ENTRE DOS FUEGOS": HEMORRAGIA ALVEOLAR Y PROBABLE ASPERGILOSIS PULMONAR EN GESTANTE CON VASCULITIS ANCA-P Y ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Carmen Montiel¹, Gilda Méndez¹, Luis Barrios
Invernizzi¹, Wilma Rodríguez¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas,
Primera Cátedra de Clínica Médica, San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: La vasculitis asociada a ANCA (antineutrophil cytoplasmic antibody), especialmente la forma p-ANCA, representa un reto diagnóstico cuando se presenta con compromiso multiorgánico. En contextos especiales como el embarazo, la enfermedad renal crónica terminal y las inmunosupresiones previas, se incrementan los riesgos de complicaciones infecciosas graves, tales como la aspergilosis pulmonar, que pueden simular recaídas o manifestaciones severas de la propia vasculitis.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 28 años, procedente de Ypané, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica en hemodiálisis diaria y diagnóstico de vasculitis ANCA p con compromiso renal, tratada con dos dosis de rituximab (última cuatro meses antes del ingreso) y prednisona 35 mg/día. Gestante de 19 semanas al momento del evento. Acude a urgencias por hemoptisis aislada de 12 horas de evolución y fatiga. Se encontraba hemodinámicamente estable, sin fiebre ni requerimiento de oxígeno. Laboratorio inicial con hemoglobina 8.7 g/dL, plaquetas 80.000, sin leucocitosis. Radiografía de tórax, sin infiltrados. Se decide ingreso para estudio y vigilancia. Durante la internación, presenta dos picos febriles, hemocultivos y urocultivos negativos. El ecocardiograma reporta hipertrofia ventricular izquierda, disfunción diastólica y derrame pericárdico leve. La fibrobroncoscopia realizada al sexto día confirma hemorragia alveolar. Se detecta galactomanano sérico positivo. Dado el contexto clínico y la inmunosupresión previa, se establece diagnóstico de probable aspergilosis pulmonar, se espera antifúngico debido a estabilidad clínica, se envía segundo juego de galactomanano, PCR para Aspergillus y micobacterias en BAL. Se decide traslado a terapia intensiva ante posibilidad de intubación orotraqueal y para iniciar tratamiento con inmunoglobulina humana (30 g/día por 5 días) como alternativa terapéutica frente a la inmunosupresión convencional, considerando el embarazo y el riesgo infeccioso.

Conclusión: El presente caso resalta los desafíos diagnósticos y terapéuticos en pacientes con vasculitis ANCA p en contexto de embarazo, enfermedad renal crónica y tratamiento inmunosupresor reciente. La coexistencia de hemorragia alveolar y probable infección fúngica pulmonar plantea dilemas clínicos significativos, especialmente respecto al uso de inmunosupresores. El abordaje multidisciplinario fue clave para mantener vitalidad materno-fetal y para optimizar el tratamiento. Este caso ilustra la necesidad de estrategias individualizadas en escenarios de alta complejidad clínica.

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

032 MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS Y CUTÁNEAS EN UN PACIENTE CON ASTENIA Y FIEBRE: REPORTE DE CASO

Nicolás Pereira¹, Pablo Torres¹, Elvio Bueno¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas,
Hospital de Clínicas, Posgrado en Medicina Interna, San Lorenzo,
Paraguay.

Introducción: Las vasculitis asociadas a ANCA son enfermedades autoinmunes raras que causan daño vascular sistémico. La particularidad del caso fue la disociación observada entre la biopsia de piel y la evolución clínica del paciente, que presentó un compromiso sistémico grave.

Caso clínico: Masculino de 66 años, hipertenso. Consultó por cuadro iniciado tres meses previos, comenzando con tos productiva que luego se tornó seca. Posteriormente, presentó disfonía, pérdida auditiva, debilidad progresiva en extremidades inferiores y astenia. Un mes antes de la consulta, notó edema en las piernas, que empeoraba conforme avanzaba el día. A esto se sumó fiebre intermitente, de hasta 38.2 °C. Un día antes de la consulta, aparecieron lesiones purpúricas en ambas extremidades inferiores. Los análisis mostraron leucocitosis, anemia y elevación del factor reumatoide. Se solicitó ANCA-MPO: Positivo 17,5 U/mL. Barrido tomográfico informó áreas de infiltrado en vidrio deslustrado, bandas fibroatelectásicas bibasales y bronquiectasias de tracción en pulmones; además, informó riñón izquierdo atrófico por litiasis ureteral. La biopsia de piel mostró enfermedad vascular oclusiva sin inflamación significativa, y la electromiografía evidenció mononeuropatía mixta desmielinizante. Además, se solicitó perfil SAF, cuyo resultado estaba pendiente de retorno. Estos hallazgos permitieron el diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA-P. El tratamiento incluyó hidrocortisona, metilprednisolona y

ciclofosfamida. Además, se administraron medicamentos antihipertensivos y diuréticos. Neurológicamente, el paciente mostró mejoría parcial, pero persistieron secuelas. Las lesiones purpúricas mejoraron y no aparecieron nuevas lesiones.

Conclusión: La identificación temprana de la vasculitis asociada a ANCA-P y el inicio rápido del tratamiento inmunosupresor fueron cruciales para evitar un mayor deterioro. La mononeuropatía múltiple severa es una manifestación infrecuente de la vasculitis asociada a ANCA-P. Este caso destaca la importancia de un manejo multidisciplinario y de establecer seguimiento con estos pacientes.

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