

# Diagnóstico y manejo de lupus neuropsiquiátrico

Diana Berenice Guzmán-Morales,<sup>(1)</sup> Ramón de Jesús Velarde-Ayala<sup>(2)</sup>

*Diana.Berenice.Guzmor@gmail.com*

## RESUMEN

Este caso clínico presenta a una paciente de 23 años con síntomas neuropsiquiátricos iniciales de lupus eritematoso sistémico (LES), como alza térmica, disartria, debilidad muscular y labilidad emocional. El diagnóstico temprano es crucial, especialmente en pacientes jóvenes, y el enfoque multidisciplinario es esencial para optimizar el tratamiento.

La paciente ingresó con episodios convulsivos, signos vitales estables y una serie de síntomas clínicos que incluían pérdida de cabello y dolor en articulaciones. Tras realizar estudios, se evidenció necrosis hemorrágica de la glándula hipófisis y resultados positivos para anticuerpos típicos del LES. El diagnóstico inicial fue encefalitis autoinmune, pero tras evaluación más profunda, se concluyó que la paciente padecía LES neuropsiquiátrico, con complicaciones multisistémicas. Se inició tratamiento con metilprednisolona, ciclofosfamida, hidroxycloquina, y anticonvulsivantes, lo que resultó en mejoría progresiva.

El LES neuropsiquiátrico afecta entre el 30% y 56% de los pacientes, y su diagnóstico es de exclusión. Se destacó el uso de biomarcadores y terapias inmunosupresoras, como rituximab, para mejorar la remisión. La intervención temprana y el manejo multidisciplinario son fundamentales para prevenir complicaciones adicionales.

La detección temprana de complicaciones neuropsiquiátricas y el enfoque integral son cruciales para el pronóstico del LES. Se deben seguir investigando biomarcadores y terapias emergentes para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras claves:** *Lupus eritematoso sistémico, convulsiones, encefalitis autoinmune.*

## SUMMARY

This clinical case presents a 23-year-old patient with initial neuropsychiatric symptoms of systemic lupus erythematosus (SLE), such as fever, dysarthria, muscle weakness, and emotional lability. Early diagnosis is crucial, especially in young patients, and a multidisciplinary approach is essential to optimize treatment.

The patient presented with convulsive episodes, stable vital signs, and a series of clinical symptoms including hair loss and joint pain. Upon further investigation, hemorrhagic necrosis of the pituitary gland was observed, along with positive results for typical SLE antibodies. The initial diagnosis was autoimmune encephalitis, but after further evaluation, it was concluded that the patient had neuropsychiatric SLE with multisystem complications. Treatment with methylprednisolone, cyclophosphamide, hydroxychloroquine, and anticonvulsants was initiated, resulting in progressive improvement.

Neuropsychiatric SLE affects between 30% and 56% of patients, and its diagnosis is one of exclusion. The use of biomarkers and immunosuppressive therapies, such as Rituximab, was emphasized to improve remission. Early intervention and multidisciplinary management are crucial to prevent additional complications.

Early detection of neuropsychiatric complications and an integrated approach are essential for the prognosis of SLE. Further research into biomarkers and emerging therapies is needed to improve the quality of life of patients.

**Keywords:** *Systemic lupus erythematosus, seizures, autoimmune encephalitis*

<sup>(1)</sup> Médico pasante de servicio social del Hospital General “Dr. Daniel Gurria Urgell.” Villahermosa, Tabasco, México.

<sup>(2)</sup> Médico especialista jefe del comité de investigación del Hospital General “Dr. Daniel Gurria Urgell.” Villahermosa, Tabasco, México.

**LISTA DE ABREVIACIONES EMPLEADAS**

1. LES - Lupus Eritematoso Sistémico
2. SLE - Systemic Lupus Erythematosus
3. ANA - Anticuerpos Antinucleares
4. ADN - Ácido Desoxirribonucleico
5. NP - Neuropsiquiátrico
6. SLICC - Systemic Lupus International Collaborating Clinics
7. EULAR - European League Against Rheumatism
8. ACR - American College of Rheumatology
9. G - Gestaciones
10. P - Partos
11. C - Cesáreas
12. A - Abortos
13. lpm - Latidos por Minuto
14. rpm - Respiraciones por Minuto
15. °C - Centígrados
16. mmHg - Milímetros de Mercurio
17. CM - Centímetros
18. KG - Kilogramo
19. TAC - Tomografía Axial Computarizada
20. G - Gramos
21. BDNF - Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro
22. C3/C4 - Componentes 3 y 4 del Complemento

**INTRODUCCIÓN**

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica, autoinmune, de etiología desconocida, que afecta por lo menos al 0,1% de la población mundial, asociada a factores hereditarios, psicológicos, infecciones virales, embarazo, fármacos e incluso estrés.<sup>1</sup> Aunque típicamente comienza en mujeres en edad reproductiva, también puede presentarse en la infancia o adolescencia, siendo más frecuente en afroestadounidenses y asiáticos. Los síntomas pueden ser inespecíficos e incluir fiebre, fatiga, pérdida de peso, coágulos sanguíneos y pérdida de cabello, una característica clave para el diagnóstico es la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) en casi todos los pacientes con LES, así como otros anticuerpos como el anti-ADN bicatenario, el anticuerpo Smith y los anticuerpos antifosfolipídicos.<sup>2</sup> Las manifestaciones neuropsiquiátricas se presentan generalmente por el 56% de pacientes con esta enfermedad,<sup>3</sup> dependiendo de la heterogeneidad, la población, raza, duración, gravedad y seguimiento dado. Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran las alteraciones cognitivas (55 al 80%) cefalea (24-72%), trastornos de ánimo (14-57%), apoplejías (5-18%), convulsiones (6-51%), polineuropatía (3-28%), ansiedad (7-24%) y psicosis (8%). Dentro de las alteraciones psiquiátricas, destacan la depresión mayor, las alucinaciones auditivas y los trastornos de ansiedad, las convulsiones frecuentemente acompañan a

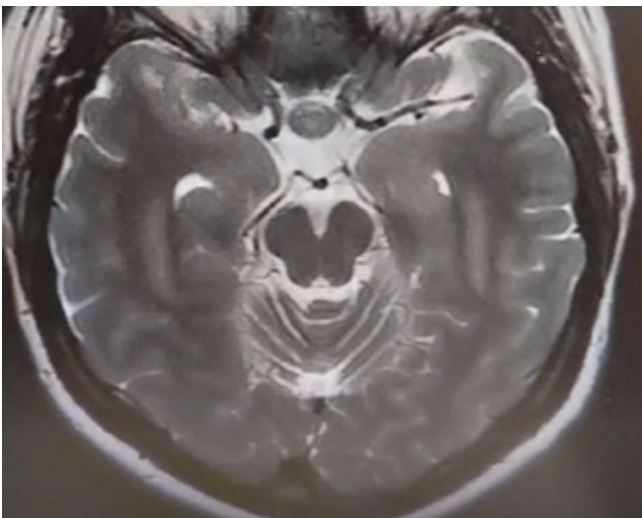
otras manifestaciones del LEG, pero pueden ocurrir como evento aislado, más frecuentes en jóvenes y asociadas con anticuerpos antifosfolipídicos como es el caso.<sup>1</sup> El LES neuropsiquiátrico (LES-NP) presenta diversas variantes o fenotipos clínicos, desde manifestaciones músculo-cutáneas hasta compromiso del sistema nervioso. Su curso clínico es impredecible, alternando entre periodos de exacerbación y remisión. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, sigue siendo una causa significativa de morbilidad y mortalidad debido a sus complicaciones multisistémicas,<sup>4</sup> su diagnóstico es de exclusión, siendo de gran utilidad los criterios SLICC 2012 Y EULAR ACR 2019,<sup>5,6</sup> además de los estudios de neuroimagen.<sup>7</sup> Este estudio señala la importancia de reconocer signos y síntomas diferenciales de la enfermedad para llevar a cabo los estudios de laboratorio y gabinete correspondientes para obtener un diagnóstico certero,<sup>8</sup> además de destacar las manifestaciones neuropsiquiátricas como síntomas iniciales de LES, discutir la relación entre estas y la disfunción inmunológica, además de definir estrategias terapéuticas iniciales y de mantenimiento en LES de inicio atípico.<sup>9</sup> El reconocimiento temprano de las manifestaciones neuropsiquiátricas es esencial, ya que estas pueden ser el primer indicio de LES, especialmente en pacientes jóvenes con sintomatología inexplicable.<sup>10</sup> La integración de un enfoque multidisciplinario resulta fundamental para optimizar el diagnóstico y manejo.<sup>11</sup>

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 23 años de edad, estudiante, soltera sin antecedentes heredofamiliares de importancia, antecedentes crónicos degenerativos negados, historial ginecológico: OG 0P 0C 0A, antecedente de rinitis alérgica desde hace 4 años sin tratamiento, dermatosis no especificada desde hace 4 años en manejo con lociones tópicas no especificadas, infecciones urinarias de repetición constante, antecedente de pielonefritis con evolución de 2 meses, antecedentes quirúrgicos negados, traumatológicos negados, alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negados. Ingresó al servicio de urgencias presentando eventos convulsivos de tipo tónico clónico en 3 ocasiones sin relajamiento de esfínteres posterior a una donación sanguínea en otro hospital, signos vitales: Frecuencia cardíaca de 80 lpm, frecuencia respiratoria de 23 rpm, temperatura de 36.8°C, presión arterial de 117/68 mmhg, de complejión mesomorfa con una talla de 158 cm y peso de 60 kg, escala de Glasgow con 15 puntos, consciente, orientada en sus 3 esferas neurológicas, caída del cabello durante maniobra intencionada, pupilas isocóricas, sin presencia de eritema malar ni úlceras orales, a la auscultación cardiopulmonar con presencia de soplo sistólico, abdomen blando depresible sin datos de inflamación intestinal o distensión, arcos de movimientos pasivos y activos sin

alteraciones, articulaciones carpo y tobillo izquierdo dolorosas e inflamadas, fuerza motora flexores del cuello 4/5, resto 5/5 Daniels, sin edema en zona de declive.

Se realizaron estudios de laboratorio iniciales que revelaron anemia leve y trombocitopenia. De manera conjunta, se realizó de primera instancia una TAC simple de cráneo, la cual no mostró hallazgos significativos. Posteriormente, se realizó una resonancia magnética debido al estado epiléptico refractario que presentaba la paciente, en la cual se reporta necrosis hemorrágica de la glándula hipofisis en relación con una apoplejía hipofisiaria (Fig. 1). Posteriormente, se obtuvieron resultados positivos para anticuerpos ANA, anticuerpos antifosfolípidos y anti-ADN bicatenario consolidando el diagnóstico de LES con manifestaciones neuropsiquiátricas, hematológicas y articulares.

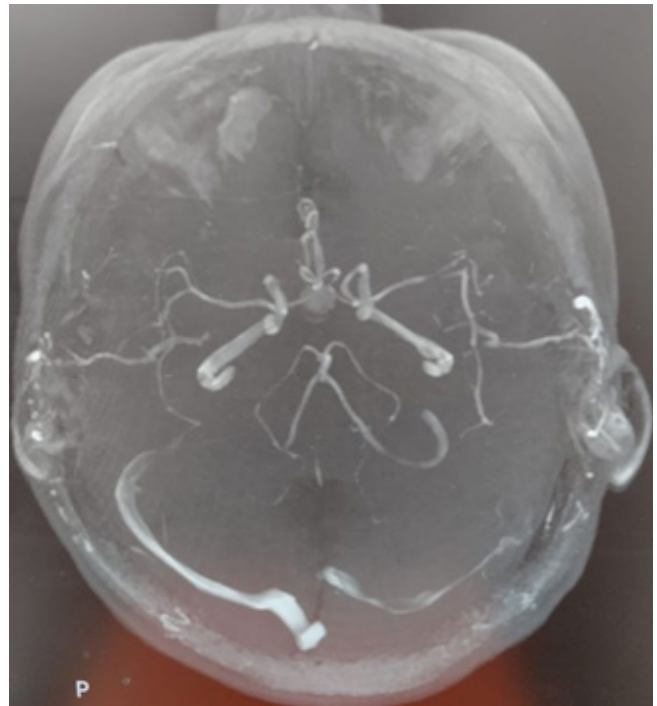


**Figura 1.** Resonancia magnética de cráneo en paciente con afectación de la glándula hipofisiaria acompañado de probables engrosamientos de la pared vascular utilizada para descartar encefalitis autoinmune.

Debido a la complejidad y las múltiples manifestaciones clínicas que integran el cuadro clínico de la paciente, se comenzó con múltiples sospechas diagnósticas, entre las cuales se consideraron infecciones como meningitis, además de causas metabólicas como hiponatremia severa. Sin embargo, debido a los hallazgos laboratoriales y el cuadro clínico, se argumentó un probable diagnóstico de encefalitis autoinmune, por lo que se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona y gammaglobulina intravenosa, lo cual resultó en una mejoría parcial.

Sin embargo, la paciente requirió manejo intensivo con

ciclofosfamida, prednisona en dosis altas, metotrexato e hidroxicloroquina, además de anticonvulsivantes como levetiracetam para controlar los eventos convulsivos. Se descartó el diagnóstico de encefalitis autoinmune debido a la no remisión del cuadro epiléptico y al aumento de la falla orgánica múltiple de la paciente, descartando dicho diagnóstico en apoyo a estudios de laboratorio y gabinete, ya que este se enfocaría más en manifestaciones neurológicas y no sistémicas. Por lo tanto, se integró un nuevo diagnóstico debido a la vasculitis por microlesiones que se observa en la resonancia magnética (Fig. 2), característica del lupus eritematoso sistémico neuropsiquiátrico.



**Figura 2.** Resonancia magnética con reconstrucción del polígono de Willis con microlesiones de la pared vascular dando como resultado vasculitis muy característica de lupus eritematoso sistémico.

Debido a las complicaciones que presentaba, la paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos para manejo de estado epiléptico refractario y falla orgánica múltiple. El manejo terapéutico se realizó con prednisona 50 mg cada 24 horas por las mañanas, metotrexato 2.5 mg (6 tabletas) una vez cada 7 días, hidroxicloroquina 200 mg cada 24 horas, 1 gramo de ciclofosfamida, levetiracetam 1.5 gramos vía oral cada 12 horas, valproato de magnesio 300 mg vía oral cada 8 horas y fenitoína 50 mg vía oral por la mañana, 50 mg por la tarde y 100 mg por la noche, respondiendo favorablemente al tratamiento.

La evolución clínica mostró estabilización progresiva tras dos semanas de tratamiento inmunosupresor, con extubación y traslado a piso hospitalario. En seguimiento ambulatorio, se ajustó la terapia inmunosupresora según respuesta clínica y resultados de laboratorio. La paciente recibió atención multidisciplinaria en colaboración entre neurología, reumatología y cuidados intensivos, lo cual permitió su estabilización y control mediante múltiples visitas por medio de la consulta externa.

### Consideraciones éticas

La paciente de la cual se obtiene la información para el caso clínico fue previamente informada y aprueba la realización de dicho estudio, por lo cual se cuenta con consentimiento informado por escrito para la realización de la investigación, publicación y divulgación del contenido clínico. Por la parte hospitalaria, el coordinador de enseñanza e investigación, junto con el jefe de investigación en el Hospital General “Dr. Daniel Gurría Urgell” ISSSTE, están informados acerca del caso y autorizan la realización de la investigación clínica para publicación y divulgación científica.

### DISCUSIÓN

En este caso se analizaron múltiples manifestaciones clínicas que presentó la paciente, entre las cuales destacan síntomas neuropsiquiátricos atípicos como fiebre, disartria, debilidad muscular, labilidad emocional y episodios convulsivos, lo que inicialmente dificultó el diagnóstico. Estos síntomas pueden ser comunes en diversas patologías, lo que retrasa el reconocimiento temprano del LES.<sup>1,2</sup>

Además de los síntomas neuropsiquiátricos, la paciente mostró manifestaciones hematológicas (anemia y trombocitopenia) y articulares (dolor e inflamación en las articulaciones), lo que indica un compromiso multisistémico típico del LES. Esta presentación contrastó con un diagnóstico inicial que se centraba más en la encefalitis autoinmune, siendo esta la primera sospecha diagnóstica. Sin embargo, se agregó un posible diagnóstico de LES debido al aumento de episodios convulsivos sin remisión al tratamiento, aumento de la falla orgánica múltiple y vasculitis por microlesiones observadas en la resonancia magnética (Fig.2), característicos del LES neuropsiquiátrico.

Debido a que la paciente al momento del ingreso no contaba con laboratorios que comprobaran la presencia de ANA, no fue posible utilizar de manera inmediata los criterios de la EULAR y ACR 2019 y del SLICC 2012, los cuales se emplean para apoyar el probable diagnóstico

de LES neuropsiquiátrico, ya que exigen como criterio la presencia de anticuerpos comprobados mediante estudios de laboratorio. Posteriormente, al contar con resultados positivos para anticuerpos anti-ADN bicatenario, anticuerpos antifosfolípidos y ANA, la EULAR y ACR 2019 y el SLICC 2012 proporcionan una tabla de criterios categóricos clínicos que, al analizarlos con nuestro caso, permiten observar que se cumplen dichos parámetros en la paciente, ya que también presentaba alteraciones clínicas como fiebre, convulsiones, alopecia y afección articular, cumpliendo así criterios para LES neuropsiquiátrico.<sup>5,6</sup>

La paciente fue tratada inicialmente con pulsos de metilprednisolona y gammaglobulina intravenosa, pero debido a la falta de mejoría, se intensificó el tratamiento con ciclofosfamida, metotrexato, prednisona, hidroxiclороquina y anticonvulsivantes. A pesar de la complejidad del cuadro clínico, la paciente respondió favorablemente después de dos semanas de tratamiento intensivo, mostrando estabilización progresiva.

A pesar de la mejora clínica, la paciente presentó un estado epiléptico refractario y falla orgánica múltiple, lo que llevó a su traslado a la unidad de cuidados intensivos. Esto resalta la gravedad del LES neuropsiquiátrico y la necesidad de un manejo intensivo especializado.

Este caso resalta la importancia de considerar el lupus eritematoso sistémico como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con síntomas neuropsiquiátricos inexplicables. Las manifestaciones iniciales del LES pueden ser fácilmente confundidas con otros trastornos neurológicos, lo que subraya la necesidad de una evaluación exhaustiva, incluyendo estudios de neuroimagen y análisis de biomarcadores.<sup>7,8</sup> El diagnóstico temprano y el tratamiento multidisciplinario son fundamentales para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico del paciente. El enfoque terapéutico adecuado y la monitorización intensiva fueron claves para la estabilización clínica, pero el pronóstico sigue siendo reservado debido a la naturaleza compleja y variable del LES neuropsiquiátrico. La investigación continua en biomarcadores y tratamientos emergentes es esencial para optimizar el manejo de estos pacientes y mejorar su calidad de vida a largo plazo.

El LES neuropsiquiátrico es una de las manifestaciones más desafiantes de la enfermedad, oscilando entre el 37% y el 95%, afectando con mayor prevalencia al 56% de los pacientes, según diferentes estudios.<sup>1,3</sup> Su presentación clínica puede variar desde síntomas leves como cefalea y alteraciones del estado de ánimo hasta convulsiones y psicosis severa, como en este caso. Las lesiones isquémicas en la resonancia magnética (Fig.2) relacionadas con anticuerpos

antifosfolípidos son hallazgos comunes en pacientes con LES neuropsiquiátrico, aunque no siempre se correlacionan con la gravedad clínica.

El diagnóstico de LES neuropsiquiátrico en este caso fue de exclusión, descartando infecciones y trastornos metabólicos como causas principales de los eventos neurológicos mediante estudios laboratoriales, en los cuales se encontraron positivos los anticuerpos (ANA, anti-ADN bicatenario y antifosfolípidos). Se concluyó que la paciente padecía LES neuropsiquiátrico, realizando una comparación con estudios recientes en los cuales se utilizan como herramienta de diagnóstico y clasificación de LES los biomarcadores específicos, como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y el complemento C3/C4, para mejorar la precisión diagnóstica. Sin embargo, no se tuvo al alcance en ese momento los recursos necesarios para la realización de dichos biomarcadores, por lo que se hizo uso de los anticuerpos como única alternativa laboratorial confirmatoria para nuestro diagnóstico.<sup>8,10</sup>

La terapia inmunosupresora sigue siendo la base del tratamiento en estos casos. También se propuso el uso temprano de rituximab en pacientes refractarios, lo cual ha mostrado mejorar significativamente las tasas de remisión.<sup>4</sup> Además, se destaca que la combinación de terapias dirigidas, como anticuerpos monoclonales e inmunoglobulina intravenosa, es efectiva en escenarios complicados como el estado epiléptico refractario observado en este caso.<sup>10</sup>

Es de suma importancia el análisis de múltiples casos de LES neuropsiquiátrico para optimizar los procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, ya que este es un trastorno que confunde a los profesionales de la salud debido a la complejidad y las múltiples manifestaciones clínicas que presentan dichos pacientes. De manera que este artículo ofrece una alternativa descriptiva en cuanto a la experiencia en diagnóstico y tratamiento oportuno para reducir posibles complicaciones basado en estudios referentes al tema, realizando un análisis comparativo entre el presente caso clínico y dos casos previamente reportados de LES neuropsiquiátrico. El primero corresponde a un paciente pediátrico de 15 años que presentó convulsiones tras un cuadro de fiebre, cefalea y vómito,<sup>12</sup> mientras que el segundo describe a una paciente afroamericana de 23 años con diagnóstico previo de LES, quien desarrolló alteraciones del estado mental y crisis convulsivas.<sup>13</sup>

En estos casos, las convulsiones tónico-clónicas representaron el síntoma inicial predominante, lo que resalta que las manifestaciones neuropsiquiátricas pueden constituir la primera manifestación clínica del LES, especialmente en pacientes jóvenes. Sin embargo, la evolución clínica difirió

significativamente. Mientras que el paciente pediátrico se mantuvo neurológicamente estable (Glasgow 15) y respondió favorablemente al tratamiento inmunosupresor temprano, nuestra paciente presentó un estado epiléptico refractario que evolucionó hacia falla orgánica múltiple, requiriendo ingreso a cuidados intensivos.

A diferencia de los casos comparados, en los cuales se logró una identificación rápida sin complicaciones sistémicas mayores, como en el paciente pediátrico<sup>12</sup>, o existía un diagnóstico previo de LES como en el caso de la paciente afroamericana<sup>13</sup>, en nuestro caso el diagnóstico se estableció durante el episodio agudo, lo que refuerza la importancia del LES como gran simulador clínico. De igual manera, se observaron manifestaciones sistémicas más marcadas, incluyendo afección hematológica (anemia y trombocitopenia), articular (artritis en carpo y tobillo), cardíaca (soplo sistólico) y neurológica (apoplejía hipofisaria y signos de vasculitis cerebral en RM).

En cuanto a los estudios complementarios, en todos los casos fue fundamental el perfil inmunológico, con positividad para ANA, anti-ADN bicatenario, y estudios de neuroimagen<sup>6,7</sup> si bien pueden ser normales como en el caso pediátrico, cuando son patológicos aportan evidencia clave, como ocurrió en nuestra paciente.

El tratamiento en los tres escenarios incluyó inmunosupresión de alta intensidad basada en metilprednisolona y ciclofosfamida. No obstante, en nuestro caso fue necesario implementar un esquema multimodal, que incluyó metotrexato, hidroxicloroquina y terapia anticonvulsiva combinada (levetiracetam, valproato y fenitoína), lo cual se tradujo en una mejoría progresiva con extubación y seguimiento multidisciplinario ambulatorio.

Este análisis comparativo evidencia que, aunque el LES neuropsiquiátrico puede presentarse inicialmente con síntomas similares, la evolución clínica, la severidad y el abordaje terapéutico pueden variar ampliamente según el contexto inmunológico, la presencia de manifestaciones sistémicas y el momento del diagnóstico. El reconocimiento temprano y el inicio oportuno del tratamiento inmunosupresor siguen siendo pilares fundamentales para mejorar el pronóstico y reducir las secuelas neurológicas.

Otro caso analizado corresponde a una paciente de 22 años que presentó psicosis como manifestación inicial del LES neuropsiquiátrico.<sup>14</sup> Este cuadro contrasta con el nuestro, en el cual las convulsiones fueron el síntoma cardinal. Ambos casos representan formas graves de LES neuropsiquiátrico, pero en espectros clínicos distintos, lo que pone en evidencia la gran heterogeneidad de esta condición. En ambas pacientes

se justificó el uso de ciclofosfamida y esteroides en altas dosis, aunque en nuestra paciente fue necesario prolongar e intensificar el tratamiento debido a la severidad clínica. En ambos contextos, la mejoría con manejo inmunosupresor reafirma la importancia del abordaje multidisciplinario, especialmente cuando existe afectación multiorgánica.

En conjunto, estos casos clínicos ilustran que las manifestaciones neuropsiquiátricas del LES pueden incluir desde psicosis, convulsiones aisladas, hasta estados epilépticos refractarios con compromiso multisistémico. El reconocimiento temprano, la valoración integral del paciente y la coordinación entre especialidades como neurología, reumatología, cuidados intensivos y psiquiatría son esenciales para reducir la morbimortalidad asociada al LES neuropsiquiátrico.

### CONCLUSIÓN

Este caso clínico subraya la importancia de un diagnóstico temprano y preciso en pacientes jóvenes con síntomas neuropsiquiátricos inexplicables, ya que el lupus eritematoso sistémico (LES) puede presentarse inicialmente con manifestaciones atípicas que dificultan su identificación. La paciente presentó un cuadro complejo, inicialmente diagnosticado como encefalitis autoinmune, pero, tras un análisis más profundo y estudios de laboratorio, se determinó que sufría de LES neuropsiquiátrico. Este tipo de manifestación afecta a un porcentaje significativo de los pacientes con LES y constituye un desafío diagnóstico debido a la amplia variedad de síntomas que puede presentar, desde convulsiones hasta alteraciones emocionales y hematológicas.

El enfoque terapéutico utilizado en este caso, que incluyó el uso de agentes inmunosupresores como prednisona, ciclofosfamida, metotrexato e hidroxiclороquina, junto con anticonvulsivos, resultó en una mejoría progresiva y estabilización de la paciente. Esta intervención temprana y agresiva, junto con la atención multidisciplinaria, fue clave para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico.

Se debe considerar el uso de agentes inmunosupresores de forma temprana, como el metotrexato, la ciclofosfamida y la prednisona, en dosis adecuadas según la respuesta clínica del paciente. La introducción de rituximab puede ser considerada en casos refractarios, ya que su uso ha mostrado beneficios en pacientes con LES neuropsiquiátrico que no responden a tratamientos convencionales.

La heterogeneidad del LES neuropsiquiátrico, incluso cuando el síntoma inicial es común (crisis convulsivas), requiere un

abordaje que considere no solo la presentación neurológica, sino también el contexto sistémico, la evolución clínica, los estudios de imagen y la presencia de autoanticuerpos específicos. La detección temprana y la intervención inmunosupresora adecuada son fundamentales para prevenir complicaciones neurológicas irreversibles.

El trabajo coordinado entre neurología, reumatología y cuidados intensivos, junto con un diagnóstico temprano, un tratamiento integral y una respuesta adecuada a las terapias, resulta crucial para mejorar el pronóstico de estos pacientes y reducir la morbimortalidad asociada a las formas graves del LES. Sin embargo, dada la naturaleza impredecible y grave de la enfermedad, es importante continuar investigando nuevas estrategias terapéuticas y biomarcadores para optimizar el manejo de estos pacientes en el futuro.

### REFERENCIAS

1. Valdivia A, Medina F, Saavedra MA, Cruz-Domínguez MP, Jara LJ. Manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus eritematoso generalizado. *Reumatol Clin* [Internet]. 2014;10(1):12–6 [citado 2025 Abr 12]. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-manifestaciones-neuropsiquiatricas-lupus-eritematoso-generalizado-articulo-S1699258X13000843>
2. Lupus (Español) [Internet]. *Rheumatology.org*. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://rheumatology.org/patients/lupus-espanol>
3. Arriola L, Gadea L, Harretche M, Testa F. Lupus eritematoso sistémico: manifestaciones neuropsiquiátricas. Revisión de la literatura y presentación de casos. *Rev Urug Med Interna* [Internet]. 2020;5(1):33–42 [citado 2025 Abr 12]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v5n1/2393-6797-rumi-5-01-33.pdf>
4. Sarwar S, Mohamed AS, Rogers S, Sarmast ST, Kataria S, Mohamed KH, et al. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: A 2021 update on diagnosis, management, and current challenges. *Cureus* [Internet]. 2021;13(9):e17969. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.17969>
5. Serra-García L, Barba PJ, Morgado-Carrasco D. FR-Criterios de clasificación 2019 del lupus eritematoso sistémico. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2022;113(3):310–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.04.021>
6. Cuéllar C. Actualización en los criterios diagnósticos de lupus eritematoso sistémico (LES). [Internet]. León: Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León (ICSCyL); 2021 [citado 2025 Abr 12]. Disponible en: <https://www.icscy.com/mileon/wp-content/uploads/2022/01/Dr-Cuellar-Actualizacion-criterios-LES-Oct21.pdf>
7. Zhang Y, Han H, Chu L. Neuropsychiatric lupus erythematosus: Future directions and challenges; A

- systematic review and survey. *Clinics (Sao Paulo)* [Internet]. 2020;75(e1515):e1515. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2020/e1515>
8. Yu H, Nagafuchi Y, Fujio K. Clinical and immunological biomarkers for systemic lupus erythematosus. *Biomolecules* [Internet]. 2021;11(7):928. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/biom11070928>
9. Giani T, Smith EM, Al-Abadi E, Armon K, Bailey K, Ciurtin C, et al. Neuropsychiatric involvement in juvenile-onset systemic lupus erythematosus: Data from the UK Juvenile-onset systemic lupus erythematosus cohort study. *Lupus* [Internet]. 2021;30(12):1955–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/09612033211045050>
10. Govoni M, Hanly JG. The management of neuropsychiatric lupus in the 21st century: still so many unmet needs? *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2020;59(Suppl5):v52–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keaa404>
11. Baisya R, Kumar Devarasetti P, Narayanan R, Rajasekhar L. Posterior reversible encephalopathy syndrome in juvenile lupus- a case series and literature review. *Lupus* [Internet]. 2022;31(5):606–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/09612033221088207>
12. Ortega-Álvarez SMD, Rubio-Pérez N, Yáñez-Pérez IV, de la O-Cavazos M. Lupus neuropsiquiátrico en edad pediátrica. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Medicina Universitaria* [Internet]. 2010 [citado el 15 de abril de 2025];12(47):125–30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-lupus-neuropsiquiatrico-edad-pediatica-reporte-X1665579610537437>
13. Syed A, Shaik S, Afshan R, Karam A, Hafeez W, Almansour S. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus (NPSLE): A case report and an overview of the diagnosis, treatment modalities, and prognosis. *Cureus* [Internet]. 2024;16(7):e65593. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.65593>
14. Kumar P, Kumar A, Thakur V, Sharma CB, Thomas A, Chatterjee S. Acute psychosis as the presenting manifestation of lupus. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2021;10(2):1050–3. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_1475\\_20](http://dx.doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1475_20)