

Características clínicas y autoanticuerpos en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico que acuden al Hospital Nacional. Periodo 2018 -2023

Clinical characteristics and frequency of autoantibodies in patients with Systemic Lupus Erythematosus who attend the National Hospital in the period 2018 -2023

Luis Fernando Sánchez¹, Dora Montiel-Jarolin¹, Magali Jarolin Montiel¹, Margarita Samudio¹

¹ Universidad Nacional de Itapúa. Encarnación, Paraguay.

² Hospital Nacional, Centro Médico Nacional, Departamento de Medicina Interna, Itauguá, Paraguay.

³ Universidad del Pacífico, Dirección de Investigación, Asunción, Paraguay.



Recibido: 07/02/2025

Aceptado: 03/09/2025

Publicado: 08/12/2025

Autor correspondiente

Dora Montiel-Jarolin
Hospital Nacional
Itauguá, Paraguay
dradoramontiel@hotmail.com

Editor Responsable

Iván Barrios, PhD¹
Universidad Nacional de Asunción
San Lorenzo, Paraguay

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Fuente de financiación

Los autores no recibieron apoyo financiero de entidades gubernamentales o instituciones para realizar esta investigación

Este artículo es publicado bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#).



RESUMEN

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por disfunción inmunológica y síntomas multisistémicos, incluyendo manifestaciones renales, dermatológicas, neuropsiquiátricas y cardiovasculares. Los biomarcadores son clave en el diagnóstico, evaluación y control de la enfermedad. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y autoanticuerpos en pacientes con LES hospitalizados en el Hospital Nacional entre 2018 a octubre de 2023. **Metodología:** Estudio observacional descriptivo transversal con asociación cruzada que incluyó pacientes con LES. Se analizaron características demográficas, clínicas, y la presencia de los anticuerpos (anti DNA, anti-Sm, anti-RNP, anti-Ro, anti-La, anti-Jo, factor reumatoide (FR), anti-p ribosomal, anti-histona, anticardiolipina y anticoagulante lúpico. Se utilizó estadística descriptiva y prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia de 0,05. **Resultados:** Se incluyeron 164 pacientes (87% mujeres) con una edad mediana de 29,6 y rango intercuartílico de 20 años. El 51,8% presentaba actividad severa de la enfermedad; las principales manifestaciones clínicas fueron alopecia (81,7%), artralgias (75,6%), cefalea (67,7%), eritema malar (58,5%), artritis (34,8%), en igual proporción (31,7%) nefritis y fiebre prolongada. Los principales autoanticuerpos fueron el anti DNA (60%), anti Ro (44%), anti Sm (32%) y FR (24%). Se observaron niveles bajos de C3 en 59% y C4 en 51,2%. Los autoanticuerpos anti DNA, anti RNP y anti-pribosomal se asociaron con nefritis; y el anti Sm con síndrome de Raynaud. **Conclusión:** Alopecia y artralgias fueron las manifestaciones más frecuentes. Anti-DNA, anti-Ro y anti-Sm destacaron como biomarcadores clave, con asociaciones relevantes que refuerzan su utilidad en el manejo del LES.

Palabras clave: Lupus eritematoso sistémico; auto anticuerpos; signos y síntomas; pruebas serológicas.

ABSTRACT

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disease characterized by immune system dysfunction and multisystem involvement, including renal, dermatologic, neuropsychiatric, and cardiovascular manifestations. Biomarkers play a key role in diagnosis, assessment, and disease management. **Objective:** To determine the clinical characteristics and autoantibodies in patients with SLE hospitalized at the National Hospital between 2018 and October 2023. **Methodology:** A cross-sectional, observational descriptive study with cross-association was conducted, including SLE patients hospitalized at the National Hospital. Demographic and clinical characteristics, along with the presence of autoantibodies (anti-DNA, anti-Sm, anti-RNP, anti-Ro, anti-La, anti-Jo, rheumatoid factor [RF], anti-p ribosomal, anti-histone, anticardiolipin, and lupus anticoagulant), were analyzed. Descriptive statistics and chi-square test were used, with a significance level of 0.05. **Results:** A total of 164 patients were included (87% female), with a median age of 29.6 years. Disease activity was severe in 51.8% of cases. The most common clinical manifestations were alopecia (81.7%), arthralgia (75.6%), headache (67.7%), malar rash (58.5%), arthritis (34.8%), nephritis and prolonged fever (31.7%). The most frequent autoantibodies were anti-DNA (60%), anti-Ro (44%), anti-Sm (32%), and RF (24%). Low levels of C3 and C4 were found in 59% and 51.2% of patients, respectively. Anti-DNA, anti-RNP, and anti-p ribosomal antibodies were associated with nephritis; anti-Sm with Raynaud's syndrome. **Conclusion:** Alopecia and arthralgia were the predominant clinical features. Anti-DNA, anti-Ro, and anti-Sm were the most frequent autoantibodies, with significant associations that underscore their importance in SLE management.

Keywords: Systemic lupus erythematosus; autoantibodies; signs and symptoms; serological tests.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica y autoinmune, cuya etiopatogenia aún no se conoce con precisión (1). Los pacientes con LES presentan manifestaciones clínicas muy variadas, que pueden ir desde formas leves con afectación de piel y articulaciones, hasta formas graves y potencialmente mortales que comprometen órganos vitales como los riñones o el sistema nervioso central (2–23).

Una característica distintiva del LES es la presencia de autoanticuerpos, los cuales se asocian a una amplia gama de manifestaciones clínicas (1–5). Los biomarcadores clínicos e inmunológicos desempeñan un papel clave en el diagnóstico, la evaluación de la actividad de la enfermedad y el seguimiento de los pacientes. Estos permiten comprender mejor la implicancia de los autoanticuerpos en una enfermedad compleja y difícil de predecir como el LES (6–20).

Dentro de los criterios actuales de clasificación del LES, se establece que la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) positivos en títulos $\geq 1:80$ en cualquier momento es un criterio de entrada obligatorio. Esto implica que los pacientes persistentemente negativos para ANA no pueden ser clasificados como LES, aunque se reconoce la existencia de un pequeño subgrupo con estas características (8).

Entre los autoanticuerpos más relevantes en LES se encuentran el anti-ADN de doble cadena y el anti-Sm, frecuentemente asociados con anticuerpos anti-U1RNP. Estos son específicos del LES y tienen un rol fundamental en la formación de complejos inmunes y en el proceso inflamatorio que afecta a órganos como

los riñones, la piel y el sistema nervioso central (8–13). El anti-ADN de doble cadena está presente en aproximadamente el 70 % de los pacientes, y su positividad suele aumentar durante los períodos de actividad de la enfermedad, particularmente en los casos de nefritis lúpica (6).

Por otra parte, el síndrome antifosfolípido (SAF) es otra enfermedad autoinmune y sistémica, caracterizada clínicamente por dos dominios principales: los eventos trombóticos (venosos y/o arteriales) y la morbilidad obstétrica. Las manifestaciones obstétricas incluyen pérdidas gestacionales recurrentes en el primer trimestre, muerte fetal, preeclampsia, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal (1–3). Estas complicaciones se asocian con la presencia persistente (detectada con al menos 12 semanas de intervalo) de anticuerpos antifosfolípidos: anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina (IgG/IgM) y/o anticuerpos anti-β2-glicoproteína I (IgG/IgM).

Los anticuerpos antifosfolípidos forman parte de los criterios diagnósticos del LES (8), y pueden encontrarse en aproximadamente el 40 % de los pacientes. En estos casos se habla de síndrome antifosfolípido secundario. No obstante, la presentación clínica completa del SAF es menos frecuente: se estima que solo alrededor del 15 % de los pacientes con LES desarrollan el síndrome de forma manifiesta (14).

El objetivo del estudio es determinar las características clínicas y la frecuencia de los autoanticuerpos y su relación con las manifestaciones clínicas en pacientes con LES hospitalizados en el Hospital Nacional entre enero de 2018 a octubre de 2023.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo de corte transversal con asociación cruzada de pacientes con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico hospitalizados en el Hospital Nacional en el periodo de enero 2018 al mes de octubre del año 2023. Se incluyeron los pacientes adultos con diagnóstico de LES que contaban con el dosaje de los diferentes autoanticuerpos. Se consideró LES según los criterios del conceso EULAR 2019 (the European League Against Rheumatism (EULAR)7. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico confirmado de LES sin dosaje de anticuerpos, pacientes con fichas incompletas. El tipo de muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos.

Se analizaron las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, situación laboral), características clínicas del LES, los autoanticuerpos (anti-DNA, anti-Sm, anti-RNP, anti-Ro, anti-La, anti-Jo, factor reumatoide, anti-ribosomal, anti-histona, anticardiolipina, anticoagulante lúpico).

La actividad de la enfermedad lúpica fue evaluada mediante el índice de actividad del lupus eritematoso sistémico SLEDAI-2K, calculado en el momento de la internación de los pacientes19. La clasificación del índice fue la siguiente: actividad leve (puntaje 2–4), moderada (puntaje 4–8) y severa (puntaje >8).

La determinación del anticuerpo antinuclear (ANA) se realizó por inmunofluorescencia indirecta utilizando el kit AESKUSLIDES®. Se consideró positivo un título igual o superior a una dilución 1:80.

El anticuerpo anti-ADN de doble cadena (anti-dsDNA) fue evaluado mediante inmunofluorescencia indirecta con el kit AESKUSLIDES®, estableciéndose un punto de corte en una dilución 1:10. Adicionalmente, se utilizó el método de inmunofluorescencia indirecta con el protozo Crithidia luciliae como sustrato para la detección específica del anti-dsDNA.

La cuantificación de los componentes del complemento C3 y C4 se llevó a cabo por el método turbidimétrico. Los valores de referencia considerados fueron: C3 entre 90 y 180 mg/dL, y C4 entre 10 y 40 mg/dL.

Los anticuerpos anti-antígenos nucleares extraíbles (ENA) fueron determinados mediante el método ELISA automatizado, utilizando reactivos de la marca ORGENTEC®. Se definieron los siguientes puntos de corte: resultado negativo con un índice <1,0 e índice positivo >1,0. Para los anticuerpos anti-Ro y anti-Sm se establecieron los siguientes puntos de corte: negativo <15 U/mL, indeterminado entre 15–25 U/mL, y positivo >25 U/mL.

Los anticuerpos, anticardiolipina (ACA) y anti-β2-glicoproteína I (aβ2GP1), fueron medidos mediante la técnica ELISA. El anticoagulante lúpico (LA) fue evaluado mediante ensayos funcionales de coagulación, utilizando dos pruebas de tamizaje

sensibles: el tiempo de veneno de víbora de Russell diluido (dRVVT) y el tiempo parcial de tromboplastina activado (TTPA) sensible a anticoagulante lúpico. Las pruebas se realizaron siguiendo las recomendaciones de ISTH (2009), BCSH (2012) y CLSI (2014). Los resultados se expresaron como razón normalizada (screen/confirm ratio, S/C) tanto para dRVVT como para SCT.

Se tomó como proporción esperada 50 % de positividad del anticuerpo anti DNA) y un error de 5 %. Para un nivel de confianza de 95 %, el tamaño mínimo a estudiar fue de 164 pacientes con LES.

Los datos se registraron en una planilla electrónica Microsoft EXCEL, posteriormente fueron analizadas con EPI INFO 7 (Atlanta- CDC). Se utilizó estadística descriptiva para la descripción de las variables.. Para establecer asociaciones entre las variables se utilizó la prueba de chi cuadrado, a un nivel de significancia de 0,05. La fuerza de la asociación fue expresada como odd ratio con su intervalo de confianza del 95 %.

El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Nacional de Itapuá. Se respetaron los principios básicos de la ética en investigación, formulados en la declaración de Helsinki que involucra a seres humanos. Se mantuvo la confidencialidad de los sujetos y no fue dado a conocer a terceros fuera de la investigación. Se solicitó autorización a las autoridades de la Institución para la realización de la investigación.

% de los pacientes (n=87) eran del departamento Central, tenían estudios secundarios 52 % (n=86), ama de casa 40 % (n=66) y estudiante (n=35). ([Tabla 1](#))

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 164 pacientes entre 13 a 87 años, con una edad mediana de 29,6 y rango intercuartílico de 20 años, mujeres 87 % (n=143). El 53

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON LES N=164

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	143	87,2
Masculino	21	12,8
Procedencia		
Departamento Central	87	53,0
Cordillera	22	13,4
Caaguazú	16	9,8
Paraguarí	11	6,7
San Pedro	7	4,3
Concepción	6	3,7
Resto del país	15	9,1
Nivel Educativo		
Primaria	42	25,6
Secundaria	86	52,4
Terciaria	36	22,0
Ocupación		
Ama de casa	66	40,0
Estudiante	35	21,3
Comerciante	9	5,5
Agricultor	5	3,0
Otras	49	29,9
Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	143	87,2
Masculino	21	12,8
Procedencia		
Departamento Central	87	53,0
Cordillera	22	13,4
Caaguazú	16	9,8
Paraguarí	11	6,7
San Pedro	7	4,3
Concepción	6	3,7
Resto del país	15	9,1
Nivel Educativo		
Primaria	42	25,6
Secundaria	86	52,4
Terciaria	36	22,0
Ocupación		
Ama de casa	66	40,0
Estudiante	35	21,3
Comerciante	9	5,5
Agricultor	5	3,0
Otras	49	29,9

La mayoría de los pacientes se encontraban con actividad severa (51,8 %), seguida de moderada (32,9 %) de la enfermedad. Las principales manifestaciones clínicas presentadas por los pacientes con LES fueron la

alopecia (81,7 %), artralgias (75,6 %), cefalea (67,7 %), eritema malar (58,5 %), artritis (34,8 %), en igual proporción (31,7 %) nefritis y fiebre prolongada. (Tabla 2)

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. N= 164

Características clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Índice de actividad lúpica		
Inactiva	4	2,4
Leve (2-4)	21	12,8
Moderada (4-8)	54	32,9
Severa (>8)	85	51,8
Manifestaciones clínicas		
Alopecia	134	81,7
Artralgias	124	75,6
Cefalea	111	67,7
Eritema malar	96	58,5
Artritis	57	34,8
Nefritis lúpica	52	31,7
Fiebre prolongada	52	31,7
Aftas	50	30,5
Lesiones cutáneas	45	27,4
Síndrome de Raynaud	44	26,8
Fiebre aguda	41	25,0
Miositis	31	18,9
Alteraciones visuales	19	11,6
Vasculitis	6	3,7
ACV isquémico	3	1,8
ACV hemorrágico	1	0,6

Los principales auto anticuerpos observados fueron el anti DNA en el 59,8 % (n=98), anti Ro 43,9 % (n=72), presentaron niveles bajos de C3 en un 59 % de los pacientes y C4 (51,2 %). El anticuerpo anticardiolipina

se determinó en 113 pacientes, 12 (10,6 %) fueron positivos, y el anticoagulante lúpico de 144 pacientes, 13 (9,7 %). Ningún paciente presentó al anticuerpo anti Jo. [Tabla 3](#)

TABLA 3. FRECUENCIA DE AUTO ANTICUERPOS Y COMPLEMENTO EN PACIENTES CON LES N = 164

Auto anticuerpos	Frecuencia	Porcentaje
Anti DNA	98	59,8
Anti Ro	72	43,9
Anti Sm	53	32,3
Factor reumatoide	39	23,8
Anti La	29	17,7
Anti RNP	39	23,8
Anti p ribosomal	22	13,4
Anti histona	16	9,8
Anti Centrómero	8	4,9
Anti SL70	4	2,4
C3 consumido	97	59,2
C4 consumido	84	51,2

Todos los anticuerpos analizados fueron estadísticamente significativos además son factores de

riesgo para complicaciones de la enfermedad como la nefritis lúpica y el síndrome de Raynaud. [\(Tabla 4\)](#)

TABLA 4. ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE AUTO ANTICUERPOS CON NEFRITIS LÚPICA Y SÍNDROME DE RAYNAUD. N= 164

Autoanticuerpos	Nefritis		Valor p	OR (IC95%)
	Si	No		
Anti-DNA			0,002	3,1 (1,5-6,5)
Positivo	40 (40.8%)	58 (59.2%)		
Negativo	12 (18.2%)	54 (81.8%)		
Anti RNP			0,009	2,6 (1,2-5,6)
Positivo	19 (48,7%)	20 (51,3%)		
Negativo	33 (26,4%)	92 (73,6%)		
Anti p ribosomal			0,048	2,5 (1,0-6,1)
Positivo	11 (50%)	11 (50%)		
Negativo	41 (28,9%)	101 (71,1%)		
Síndrome de Raynaud				
Anti Sm	Si	No	0,029	2,2 (1,1-4,5)
Positivo	20 (37,7%)	33 (62,3%)		
Negativo	24 (21,6%)	87 (78,4%)		

DISCUSIÓN

LES es una enfermedad autoinmune compleja, que se caracteriza por su capacidad de afectar a diversos órganos, por la producción de una variedad de autoanticuerpos, lo que determina las diferentes manifestaciones clínicas objetivadas durante la evolución de la enfermedad (16–20). En este estudio, se caracterizó a los pacientes con el diagnóstico de LES que acudieron al Hospital Nacional entre 2018 a octubre de 2023. Hubo predominancia del sexo femenino, la proporción de mujer:hombre fue de 7:1, como se reporta en la literatura (21). Los pacientes eran jóvenes con una mediana de 29,6 años, similar a lo reportado por Maloney et al. (22).

Las principales manifestaciones clínicas presentadas por los pacientes fueron la alopecia, artralgias, cefalea, eritema malar, artritis, nefritis y fiebre prolongada. La alopecia es una manifestación frecuente (45–60 %) y se asocia con actividad inflamatoria en el cuero cabelludo (20). El eritema malar fue una de las manifestaciones clínicas principales presentadas por las pacientes, se considera una manifestación clásica del LES y es un criterio diagnóstico, sugiere actividad de la enfermedad, se exacerba por la exposición al sol (2).

Artralgias y artritis son de las manifestaciones más frecuentes en LES (70–95 %) (20). La cefalea que se presenta entre 30–50 % de los pacientes puede presentarse como migraña o cefalea tensional, pero también puede ser un síntoma de compromiso neurológico en LES (20). Estos hallazgos son similares a lo reportado por Renée et al. (21).

La nefritis lúpica se observó en el 31,7 % de los pacientes. La prevalencia de nefritis lúpica es diferente de acuerdo a la raza y el origen étnico, así los africanos/caribeños y asiáticos/isleños del Pacífico presentan un riesgo mayor de desarrollar nefritis (35–80 %), los hispanos (30–50 %) y los caucásicos un riesgo menor (15–25 %) (23). Es una de las manifestaciones más severas de la enfermedad, se asocia con un mal pronóstico, el riñón puede afectarse en cualquier momento durante la evolución de la enfermedad, es más frecuente en las fases iniciales de la enfermedad, en los varones la afectación puede ser más severa (22). Los pacientes de raza negra con ancestros africanos presentan una enfermedad renal más agresiva, con actividad de la enfermedad más severa, presentan una menor respuesta al tratamiento y un peor pronóstico comparado con los pacientes blancos (23). La biopsia renal es esencial para el diagnóstico y seguimiento (22–23), pero no se realizó en estos pacientes por falta de disponibilidad en el Hospital Nacional.

La fiebre aguda como prolongada fue observada en nuestro estudio, puede ser un signo de actividad inflamatoria sistémica o estar asociada con infecciones secundarias debido a la inmunosupresión ya sea por el tratamiento o por la propia enfermedad. Es un síntoma inespecífico, la causa debe evaluarse según el contexto clínico, y con la presencia de biomarcadores de actividad lúpica (1,7,9). En 2019, la fiebre se incluyó dentro de los criterios de clasificación EULAR/ACR para el LES, por su mayor frecuencia en el lupus que en las enfermedades que lo simulan (4). El fenómeno de

Raynaud se presentó en el 26,8 % de los pacientes, puede presentarse hasta en el 50 % de los pacientes, se ha asociado con pacientes de mayor edad y con menor afectación renal (24).

El autoanticuerpo más frecuente en nuestro estudio fue el anticuerpo anti-DNA. Su frecuencia alta se podría explicar pues la mayoría de los pacientes presentaban actividad severa de la enfermedad. El título del anti-DNA fluctúa durante el curso de la enfermedad, puede negativizarse con el tratamiento y positivarse durante las recaídas, especialmente en pacientes con nefritis activa. Tiene una alta especificidad (96 %), pero una baja sensibilidad (52–70 %); sin embargo, los títulos del anticuerpo anti-DNA no siempre se correlacionan con una nefritis lúpica activa o con la actividad de la enfermedad (4–11).

La nefritis se asoció con la positividad del anticuerpo anti-DNA, anti-RNP y anti-p ribosomal. Los autoanticuerpos anti-DNA son característicos de la enfermedad, favorecen la formación de complejos inmunes circulantes que se depositan en los riñones, activan el proceso inflamatorio propiciando la disfunción renal (23).

El anticuerpo anti-Ro se observó en más del 40 %. Este anticuerpo se describe en el síndrome de Sjögren, lupus cutáneo subagudo, lupus neonatal; el bloqueo cardíaco congénito se puede presentar en hijos de madres con anticuerpo anti-Ro positivas, trombopenia y vasculitis (1,5). El anticuerpo anti-La se observó en casi el 20 %, su presencia en pacientes con lupus es de un 15 % aproximadamente y se lo asocia con lesiones cutáneas, artritis, serositis, fenómeno de Raynaud y miocarditis (1,3–8).

El anticuerpo anti-RNP fue positivo en un poco más del 20 %. Puede estar presente en el 50 % de los pacientes con LES y las manifestaciones clínicas asociadas con este anticuerpo son artritis, fenómeno de Raynaud, miositis, esclerodactilia y afectación pulmonar (11).

Los anticuerpos antifosfolípídicos fueron positivos en el 10 % de los pacientes. Su frecuencia en el lupus eritematoso sistémico (LES) es alrededor del 40 % (11). Su expresión clínica, el síndrome antifosfolípídico, se caracteriza por dos principales dominios: los eventos trombóticos, con trombosis venosa y/o arterial, y la morbilidad obstétrica, cuyas manifestaciones clínicas principales son la pérdida recurrente en el primer trimestre del embarazo, muerte fetal, preeclampsia, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal, asociadas con la presencia de anticuerpos antifosfolípídicos (anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina IgG/IgM y/o anticuerpos anti-β2-glicoproteína I IgG/IgM), realizadas con al menos 12 semanas de diferencia (11), pueden producir microangiopatía trombótica renal. En pacientes con

nefritis lúpica el pronóstico puede agravarse ante la presencia de anticuerpos antifosfolípídicos (6). En nuestro estudio, ningún paciente presentó eventos trombóticos ni morbilidad obstétrica.

El factor reumatoide fue positivo en más del 20 %. Este autoanticuerpo puede ser positivo en diversas enfermedades autoinmunes, no es específico del LES (1).

El anticuerpo p ribosomal fue positivo en el 13,4 %. Su frecuencia en pacientes con LES es del 10 % y se lo asocia con manifestaciones neuropsiquiátricas, LES infantil y con la actividad de la enfermedad (1,13).

El anticuerpo anti-histona fue positivo en el 10 % de los pacientes. Se detectan en aproximadamente el 75 % de los pacientes con lupus inducido por fármacos; también pueden estar presentes en pacientes con LES y no son patognomónicos; se observan en el 50 % de los pacientes con lupus y manifestaciones neuropsiquiátricas (14).

El anticuerpo anti-centrómero y el anticuerpo anti-Scl 70 se observaron en pocos pacientes, alrededor del 5 %. Su presencia en pacientes con LES es baja, se asocia con hipertensión pulmonar, nefropatía y manifestaciones neurológicas (1).

El anticuerpo anti-Sm forma parte de los criterios de clasificación del LES. Son específicos del lupus, su positividad está asociada con la actividad de la enfermedad y con la presencia de nefritis lúpica. Su presencia en pacientes con lupus puede indicar el desarrollo de nefritis lúpica, además altos títulos de anticuerpo anti-Sm fueron identificados como predictor de nefritis lúpica silente y pueden asociarse con un mal pronóstico. El anticuerpo anti-Sm podría encontrarse hasta en el 40 % de los pacientes con LES y se relaciona con el fenómeno de Raynaud, vasculitis, leucopenia, trombosis, nefropatía y las manifestaciones neurológicas (1,11).

El anticuerpo anti-Jo-1 no se detectó en nuestro estudio. No es característico del LES, está asociado con miositis idiopáticas inflamatorias, en particular con el síndrome antisintetasa. Su presencia en LES podría indicar un mayor riesgo de afectación pulmonar intersticial o miopatía inflamatoria (20).

Los anticuerpos analizados (anti-DNA, anti-Ro, anti-Sm, anti-RNP, anti-p ribosomal) son factores de riesgo para complicaciones de la enfermedad como la nefritis lúpica y el síndrome de Raynaud. Los autoanticuerpos pueden contribuir a mejorar el diagnóstico del lupus, favorecer la evaluación de los órganos afectados, informar sobre el control de la enfermedad y el curso clínico de la misma (11–20). Su identificación podría reconocer precozmente las afecciones y favorecer tratarlas oportunamente con la finalidad de controlar

adecuadamente la actividad de la enfermedad, lo que permitiría disminuir la morbimortalidad asociada con esta patología.

Este estudio presenta limitaciones por ser de un solo centro, lo que impide hacer generalizaciones de los hallazgos. La fortaleza del estudio es que nos permite conocer la frecuencia de seropositividad de autoanticuerpos y su relación con las manifestaciones clínicas, lo que nos ayudará a adoptar las medidas terapéuticas oportunas de esta patología.

El presente estudio permitió caracterizar las manifestaciones clínicas y la frecuencia de

autoanticuerpos en pacientes con LES hospitalizados en el Hospital Nacional. Se observó una alta prevalencia de actividad severa de la enfermedad, con síntomas predominantes como alopecia, artralgias y cefalea. Los autoanticuerpos más frecuentes fueron el anti-DNA, anti-Ro y anti-Sm, destacándose la asociación entre ciertos autoanticuerpos y manifestaciones específicas, como la nefritis y el síndrome de Raynaud. Estos hallazgos refuerzan la importancia de los biomarcadores en la evaluación y manejo del LES, contribuyendo a un mejor abordaje clínico de la enfermedad.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Conceptualización: Luis Fernando Sánchez; Dora Montiel – Jarolin

Diseño: Luis Fernando Sánchez; Dora Montiel – Jarolin

Recolección de datos: Luis Fernando Sánchez; Magali Jarolin Montiel,

Ánalisis de datos: Luis Fernando Sánchez; Dora Montiel – Jarolin,

Margarita Samudio.

Redacción, revisión crítica del artículo y aprobación de su versión final: Luis Fernando Sánchez; Dora Montiel – Jarolin, Magali Jarolin Montiel, Margarita Samudio.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos están disponibles previa solicitud al autor de correspondencia. Dora Montiel-Jarolin. Correo:

dradoramontiel@hotmail.com

COMENTARIOS DE REVISORES

El nombre de los revisores externos, así como su dictamen se encuentran disponibles en el siguiente enlace: [Dictamen 577.pdf](#)

REFERENCIAS

1. Gómez-Bañuelos E, Fava A, Andrade F. An update on autoantibodies in systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol*. 2023;35(2):61-67. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000922>
2. Kiriakidou M, Ching CL. Systemic Lupus Erythematosus. *Ann Intern Med*. 2020;172(11):ITC81-ITC96. <https://doi.org/10.7326/AITC202006020>
3. Yu H, Nagafuchi Y, Fujio K. Clinical and Immunological Biomarkers for Systemic Lupus Erythematosus. *Biomolecules*. 2021;11(7):928. <https://doi.org/10.3390/biom11070928>
4. Zucchi D, Silvagni E, Elefante E, et al. Systemic lupus erythematosus: one year in review 2023. *Clin Exp Rheumatol*. 2023;41(5):997-1008. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/4uc7e8>
5. Arnaud L, Chasset F, Martin T. Immunopathogenesis of systemic lupus erythematosus: An update. *Autoimmun Rev*. 2024;23(10):103648. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2024.103648>
6. Accapezzato D, Caccavale R, Paroli MP, et al. Advances in the Pathogenesis and Treatment of Systemic Lupus Erythematosus. *Int J Mol Sci*. 2023;24(7):6578. <https://doi.org/10.3390/ijms24076578>
7. Yu C, Li P, Dang X, Zhang X, Mao Y, Chen X. Lupus nephritis: new progress in diagnosis and treatment. *J Autoimmun*. 2022;132:102871. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2022.102871>
8. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(9):1400-1412. <https://doi.org/10.1002/art.40930>
9. Reátegui-Sokolova C, Ugarte-Gil MF, Harvey GB, et al. Predictors of renal damage in systemic lupus erythematosus patients: data from a multiethnic, multinational Latin American lupus cohort (GLADEL). *RMD Open*. 2020;6(3):e001299. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2020-001299>
10. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(1):15-29. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-224762>
11. Ahn SS, Jung SM, Yoo J, Lee SW, Song JJ, Park YB. Anti-Smith antibody is associated with disease activity in patients with new-onset systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int*. 2019;39(11):1937-1944. <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04445-y>
12. Dima A, Jurcut C, Baicus C. The impact of anti-U1-RNP positivity: systemic lupus erythematosus versus mixed connective tissue disease. *Rheumatol Int*. 2018;38(7):1169-1178. <https://doi.org/10.1007/s00296-018-4059-4>
13. Pisetsky DS. Evolving story of autoantibodies in systemic lupus erythematosus. *J Autoimmun*. 2020;110:102356. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2019.102356>
14. Meroni PL, Tsokos GC. Editorial: Systemic Lupus Erythematosus and Antiphospholipid Syndrome. *Front Immunol*. 2019;10:199. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.00199>

15. Crow MK. Pathogenesis of systemic lupus erythematosus: risks, mechanisms and therapeutic targets. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(8):999-1014. <https://doi.org/10.1136/ard-2022-223741>
16. Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic Lupus Erythematosus: A Review. 2024;331(24):2136]. *JAMA.* 2024;331(17):1480-1491. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.2315>
17. Lou H, Ling GS, Cao X. Autoantibodies in systemic lupus erythematosus: From immunopathology to therapeutic target. *J Autoimmun.* 2022;132:102861. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2022.102861>
18. Alforaih N, Whittall-Garcia L, Touma Z. A Review of Lupus Nephritis. *J Appl Lab Med.* 2022;7(6):1450-1467. <https://doi.org/10.1093/jalm/jfac036>
19. Lai NS, Lu MC, Chang HH, Lo HC, Hsu CW, et al. Comparison of the Correlation of Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000 (SLEDAI-2K) and Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Score (SLE-DAS) with Health-Related Quality of Life. *J Clin Med.* 2021;10(10):2137. <https://doi.org/10.3390/jcm10102137>
20. Wallace D. Clinical manifestations and diagnosis of systemic lupus erythematosus in adults. *UpToDate.* 2023.
21. Renée SD, Mercado U. Características clínicas e inmunológicas de lupus eritematoso sistémico aplicando los criterios de clasificación de EULAR/ACR 2019. *Med Int Mex.* 2022;38(3):507-513. <https://doi.org/10.24245/mim.v38i3.5146>
22. Maloney KC, Ferguson TS, Stewart HD, Myers AA, De Ceulaer K. Clinical and immunological characteristics of 150 systemic lupus erythematosus patients in Jamaica: a comparative analysis. *Lupus.* 2017;26(13):1448-1456. <https://doi.org/10.1177/0961203317707828>
23. Moriano C, Bellido-Pastrana D, San Román Gutiérrez C, Rodríguez E. Evolution of diagnosis and treatment for lupus nephritis in Spain. *Nefrologia (Engl Ed).* 2023;43(6):668-675. <https://doi.org/10.1016/j.nefroe.2023.12.006>
24. Heimovski FE, Simioni JA, Skare TL. Systemic lupus erythematosus and Raynaud's phenomenon. *An Bras Dermatol.* 2015;90(6):837-840. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153881>