
■ CARTA AL EDITOR

Breve análisis sobre los eventos cerebrovasculares en el lupus eritematoso sistémico

Brief analysis of cerebrovascular events in systemic lupus erythematosus

Jhan Sebastián Saavedra Torres ¹ 

¹ Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Cali, Colombia.

Editor responsable: Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. 

Revisor: Dra. Patricia María Sobarzo Narváez. Sanatorio Migone Battilana. Asunción, Paraguay 

Señor Editor.

Al revisar el reporte de caso publicado en el Vol. 3 Núm. 1 (2016), titulado "Accidente cerebrovascular isquémico como reactivación de lupus eritematoso sistémico", es fundamental resaltar su relevancia en el contexto de la relación entre el lupus eritematoso sistémico (LES) y los eventos cerebrovasculares. En relación con el enfoque de investigación, quiero expresar mis más sinceras felicitaciones a los autores, ya que considero que el tema tratado es de gran relevancia. Este caso evidencia cómo un accidente cerebrovascular (ACV) puede no solo ser una complicación del LES, sino también un signo de reactivación de la enfermedad ⁽¹⁾.

El análisis y la discusión de este tema son una de mis principales motivaciones para contribuir a la esta revista. La conexión entre el LES y los eventos cerebrovasculares ha sido objeto de estudio, y este reporte subraya la necesidad de un monitoreo constante en pacientes con esta afección, especialmente en aquellos que presentan factores de riesgo. La posibilidad de que un ACV isquémico actúe como un indicador de reactivación del LES pone de relieve la complejidad de la enfermedad y la importancia de adoptar un enfoque

Artículo recibido: 20 septiembre 2024 **Artículo aceptado:** 1 octubre 2024

Autor correspondiente:

Jhan Sebastián Saavedra Torres

Correo electrónico: jhansaavedra2020@gmail.com

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

multidisciplinario en su manejo ⁽¹⁾. El ACV es un problema de salud importante. Aunque las tasas de incidencia están disminuyendo, el mejor acceso a la atención médica y las mejoras en la prevención secundaria están aumentando la supervivencia, lo que mantiene alta la prevalencia de ACV y, por ende, los costos de atención médica. Con el envejecimiento de la población, esta tendencia seguirá en aumento ⁽²⁾.

Las enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide (AR) y el LES, son un factor de riesgo independiente para el ACV. Los pacientes con estas condiciones tienen mayor mortalidad por enfermedades cardiovasculares, incluido el ACV, lo que subraya la necesidad de comprender mejor su riesgo de ACV. Sin embargo, la mayoría de los datos que vinculan enfermedades reumáticas con un mayor riesgo de ACV provienen de estudios poblacionales amplios, y hay menos información sobre la relación entre estas enfermedades y subtipos específicos de ACV, como por ejemplo si se especificara isquémico versus hemorrágico ^(3,4).

El riesgo de ACV aumenta con la edad, aunque en las enfermedades reumáticas, el ACV suele ocurrir a edades más jóvenes. No se ha realizado un metaanálisis que examine la asociación entre enfermedades reumáticas y ACV según la edad, lo que tiene implicaciones clínicas importantes ^(3,4). Los estudios actuales no explican completamente el aumento del riesgo de ACV en poblaciones reumáticas a través de factores de riesgo vascular. Se sugiere que la mayor actividad inflamatoria en estas enfermedades podría estar relacionada con un mayor riesgo de ACV, ya que la inflamación juega un papel en todas las etapas de la aterosclerosis. Aunque el papel de la inflamación en las enfermedades de los pequeños vasos cerebrales es menos claro, se ha observado inflamación en los tejidos relacionados. La lesión endotelial es un paso fundamental en la aterosclerosis y las enfermedades de los pequeños vasos, y factores asociados con esta lesión también se presentan en enfermedades reumáticas ^(3,4).

El ACV es una causa significativa de morbilidad, mortalidad y discapacidad en pacientes con LES. Los estudios muestran que estos pacientes tienen un riesgo dos veces mayor de sufrir un ACV, y este riesgo se eleva hasta diez veces en aquellos menores de 50 años. A pesar de que el pronóstico para los pacientes con LES ha mejorado con el tiempo, la mortalidad atribuible a eventos cerebrovasculares se ha mantenido sin cambios. Este fenómeno puede deberse a la enfermedad misma o a la presencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales ^(2,5). La prevalencia de ACV en pacientes con LES varía entre 2% y 19%, mientras que la incidencia se sitúa entre 5,8 y 25,3 nuevos casos por cada 1.000 años-persona ^(2,5). Un metaanálisis reciente ha encontrado que el riesgo de ACV isquémico en pacientes con LES es el doble en comparación con la población general, y el riesgo de hemorragia intracerebral es tres veces mayor. Este aumento de riesgo es especialmente notable en pacientes jóvenes, quienes tienen casi diez veces más probabilidades de sufrir enfermedad cardiovascular en comparación con sus pares sin LES ^(2,4).

Los factores de riesgo asociados incluyen la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aPL), que se relacionan con un mayor riesgo de eventos cerebrovasculares. Aproximadamente el 40% de los pacientes con LES experimentan manifestaciones neuropsiquiátricas, de las cuales menos de la mitad se atribuyen directamente a la enfermedad. Además, las variaciones en el riesgo de ACV pueden verse influenciadas por factores étnicos y socioeconómicos, siendo más altos los riesgos observados en poblaciones

hispanas y negras en comparación con los blancos. Un bajo nivel educativo y de ingresos se asocia con una mayor frecuencia de factores y eventos cardiovasculares en estos pacientes (2,5). A pesar de que la supervivencia de los pacientes con LES ha mejorado en las últimas décadas, las tasas de mortalidad debido a complicaciones cardiovasculares no han mostrado una disminución acorde (2,6). Esto subraya la necesidad de un enfoque más efectivo en la prevención y manejo de estos eventos (2,5).

La presentación clínica de un ACV en pacientes con LES puede ser aguda, manifestándose con déficits neurológicos repentinos. Los síntomas típicos incluyen hemiparesia, déficits sensoriales, alteraciones visuales, disartria y disminución del nivel de conciencia. La diferenciación entre ACV isquémico y hemorrágico no puede realizarse únicamente con la historia clínica y el examen físico, lo que resalta la importancia de la imagenología cerebral de emergencia en la evaluación de estos pacientes (5,6). En cuanto al diagnóstico, es fundamental descartar enfermedades como la disección carotídea y la embolia cardiogénica en pacientes jóvenes que presentan un ACV. Se recomiendan técnicas como la angiografía por resonancia magnética y la ecocardiografía transesofágica para la evaluación inicial y el manejo adecuado de estos casos (2,6).

En conclusión, el reconocimiento temprano y la educación sobre los signos de ACV son vitales en la atención de pacientes con LES. La implementación de estrategias de prevención primaria, junto con un enfoque integral en el manejo de los factores de riesgo cardiovascular, es necesaria para mejorar los resultados en estos pacientes y reducir la carga de morbilidad asociada (5,6).

Conflicto de intereses

El autor no tiene ninguna relación financiera o personal con otras personas u organizaciones que puedan influir de manera inapropiada (sesgo) en su trabajo para divulgar.

Contribución de autores

Como autor, desarrollé el diseño, la ejecución, el análisis, y la interpretación de los resultados, redacción, revisión crítica.

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Falcón J, Pereira Forcado JM, Espínola Benza MM, Roy Torales TE, Franco Britos MA. Accidente cerebro vascular isquémico como reactivación de lupus eritematoso sistémico. *Rev virtual Soc Parag Med Int* [Internet]. 2016 [citado 12 Jul 2024]; 3(1):74-8. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-3893201600000010. doi: [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03\(01\)74-078](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03(01)74-078)
2. Guraieb-Chahín P, Cantú-Brito C, Soto-Mota A, Guerrero-Torres L, Flores-Silva F, et al. Stroke in systemic lupus erythematosus: epidemiology, mechanism, and long-term outcome. *Lupus*. 2020;29(5):437-45. doi: 10.1177/0961203320908947

3. Wiseman SJ, Ralston SH, Wardlaw JM. Cerebrovascular disease in rheumatic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Stroke* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jul 12];47(4):943-50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26917565/>. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.012052
4. Smiyan S, Komorovsky R, Koshak B, Duve K, Shkrobot S. Central nervous system manifestations in rheumatic diseases. *Rheumatol Int*. 2024; 44(10):1803–12. doi: <https://doi.org/10.1007/s00296-024-05679-1>
5. Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic lupus erythematosus: A review. *JAMA*. 2024; 331(17):1480-91. doi: 10.1001/jama.2024.2315
6. Yazdany J, Pooley N, Langham J, Nicholson L, Langham S, Embleton N, et al. Systemic lupus erythematosus; stroke and myocardial infarction risk: a systematic review and meta-analysis. *RMD Open* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 12]; 6(2): e001247. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32900883/>. doi: 10.1136/rmdopen-2020-001247