

Meningitis aséptica como manifestación neuropsiquiátrica en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico

Aseptic meningitis as a neuropsychiatric manifestation in patients diagnosed with systemic lupus erythematosus

Francisco Alberto Sánchez Licea* <https://orcid.org/0000-0002-0348-2223>

Luis Fong Pantoja <https://orcid.org/0000-0002-7184-621X>

Dayana Pérez López <https://orcid.org/0009-0003-8547-7720>

Elizabeth Bárbara Dieguez Matamoros <https://orcid.org/0000-0002-9572-0056>

Luis Carlos Mustelier Mustelier <https://orcid.org/0009-0006-3403-5430>

Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Hospital General Docente Orlando Pantoja Tamayo. Contramaestre. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: franciscoalbert@infomed.sld.cu

RESUMEN

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune sistémica de causa multifactorial. El objetivo de esta investigación fue presentar una serie de casos de pacientes con meningitis aséptica con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, abordando el proceso diagnóstico, su seguimiento y tratamiento. Se presentan cuatro pacientes: femenina de 49 años de edad, femenina de 19 años de edad, femenina de 43 años de edad y femenina de 14 años de edad con antecedentes de lupus eritematoso sistémico con manifestaciones neuropsiquiátricas, acompañadas de fiebre y cefalea. En todos los casos se empleó la metilprednisolona endovenosa para el tratamiento y se constató evolución favorable con egreso del paciente. La meningitis aséptica se mantiene como una forma frecuente de manifestación neuropsiquiátrica del lupus eritematoso sistémico, con una variabilidad en los elementos del cuadro clínico y confirmando; que no existen medios complementarios específicos para el diagnóstico, su oportuna identificación y tratamiento son factores de alto

significado para la mejor atención de los pacientes y brindan elementos esenciales en esta área particular del conocimiento.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico; meningitis aséptica; relevancia clínica; reumatología

ABSTRACT

Systemic lupus erythematosus is a multifactorial systemic autoimmune disease. The objective of this research was to present a series of cases of patients with aseptic meningitis diagnosed with systemic lupus erythematosus, addressing the diagnostic process, follow-up, and treatment. Four patients are presented: a 49-year-old female, a 19-year-old female, a 43-year-old female, and a 14-year-old female, all with a history of systemic lupus erythematosus and neuropsychiatric manifestations, accompanied by fever and headache. In all cases, intravenous methylprednisolone was used for treatment, and a favorable outcome was observed, leading to patient discharge. Aseptic meningitis remains a frequent form of neuropsychiatric manifestation of systemic lupus erythematosus, with variability in the clinical presentation. This study confirms that there are no specific complementary diagnostic tests, and that timely identification and treatment are crucial for optimal patient care, providing essential insights in this particular area of knowledge.

Keywords: systemic lupus erythematosus; aseptic meningitis; clinical relevance; rheumatology

Recibido: 29/01/2026

Aprobado: 28/03/2026

Introducción

El lupus eritematoso sistémico conocido por las siglas (SLE), es una enfermedad autoinmune sistémica de causa multifactorial, las manifestaciones clínicas de esta entidad son diversas, pudiendo afectar cualquier órgano o sistema de órganos, la

enfermedad cursa desde forma asintomáticas, leves, graves hasta aquellas donde el riesgo para la vida del paciente es tan elevado que puede traer consigo el fallecimiento del mismo. Las manifestaciones neuropsiquiátricas en el lupus eritematoso sistémico (NPSLE) son frecuentes y han tomado mayor interés debido a la creciente prevalencia; la clínica es de difícil reconocimiento por la presentación diversa y variable.⁽¹⁾

El *American College of Rheumatology* propuso un conjunto de definiciones para 19 síndromes de NPSLE con la necesidad de homogeneizar la terminología. Meningitis aséptica, cefaleas (incluida la migraña y la hipertensión intracraneal benigna), convulsiones, síndrome desmielinizante, trastornos del estado de ánimo y psicosis son ejemplos de NPSLE central. En cambio, trastorno autonómico, mononeuritis simple o múltiple, neuropatía craneal, polineuropatía, miastenia gravis y neuropatía craneal son ejemplos de NPSLE periférico.⁽¹⁾

La prevalencia del NPSLE varía del 37,0-95,0 % depende de las definiciones, diseños (prospectivos y retrospectivos), población estudiada (adulto o pediátrica), raza, duración, gravedad, y el seguimiento. Las manifestaciones más comunes incluyen alteraciones cognitivas (55,0-80,0 %), cefalea (24,0-72,0 %), trastornos de ánimo (14,0- 57,0 %), apoplejías (5,0-18,0 %), convulsiones (6,0-51,0 %), polineuropatía (3,0-18,0 %), ansiedad (7,0-24,0 %), y psicosis (8,0 %).^(2,3)

En nuestra experiencia durante el último semestre del 2025 en el Hospital General Docente Orlando Pantoja Tamayo, ubicado en el municipio Contramaestre, de la provincia Santiago de Cuba, hemos observado un incremento de las manifestaciones neuropsiquiátricas y en especial de la meningitis aséptica, en pacientes con diagnóstico de SLE.

El objetivo de esta investigación es presentar una serie de casos de pacientes con meningitis aséptica con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, abordando el proceso diagnóstico, su seguimiento y tratamiento.

Presentación de casos

Caso 1

Paciente femenina de 49 años de edad, con antecedentes de diagnóstico de SLE desde hace 5 años, así como hipertensión arterial, para la cual cumple tratamiento regular, acude al cuerpo de guardia, con cuadro de agitación, deterioro neurológico que fue progresando con un empeoramiento en las 4 horas desde el inicio del cuadro.

Se recogía como antecedente que la paciente había presentado cuadro de fiebre mantenida (38,-39,5 °C constatadas termométricamente) con picos en agujas, que se hizo acompañar de cefalea frontoparietal; referían los familiares al ingreso, que previo a este cuadro la paciente estaba normal, con antecedentes patológicos familiares negativos.

Se negaba en el interrogatorio la presencia de dolor, movimientos involuntarios, manifestaciones visuales o auditivas, con estos elementos al examen físico se constata paciente desorientada en tiempo, espacio y persona, leve cuadro de rigidez de nuca, signos de *Kernig* y *Brudzinski* positivos, razón por la cual se tradujo como una meningitis, con estos elementos se decidió su admisión en la unidad de cuidados intensivos de emergencia. Se indicaron complementarios (ver tabla 1).

Todos los elementos unidos a un índice de la Escala de Actividad de la Enfermedad del Lupus Eritematoso Sistémico (SLEDAI) elevado 22 puntos, corroboraron el diagnóstico de SLE en actividad.

Se había iniciado terapia antibiótica con vancomicina, aciclovir sin respuesta alguna, se discutió en colectivo y se inició terapia con pulsos de Metilprednisolona 1 gramo diario, con lo cual la paciente presentó evolución favorable y fue egresada satisfactoriamente.

Caso 2

Paciente femenina de 19 años de edad, con diagnóstico de SLE, nefritis lúpica y manifestaciones neuropsiquiátricas desde los 8 años, con seguimiento y tratamientos irregulares.

Es recibida en el servicio de atención de urgencias con cuadro febril de 15 días de evolución, con temperaturas de 38,0-39,0 °C, constatadas termométricamente, precedidas de

escalofríos, en número de 2 a 3 picos diarios, que cedían a la administración de antipiréticos, con toma del estado general, astenia, anorexia, desde el día anterior con vómitos.

Se recogía el antecedente que la paciente había sido atendida en varias ocasiones sin focalización del proceso febril, sin elementos epidemiológicos de interés, con complementarios negativos y con irregularidades en la ingestión de esteroides y del inmunosupresor (cloroquina).

Al momento del ingreso refiere cefalea intensa holocraneana, de días de evolución, intensa, punzante, en ocasiones ardorosa, que en los primeros días se aliviaba con analgésicos, en estos momentos perenne, acompañado de debilidad y dolor muscular.

Se decide su admisión en el servicio de medicina interna, al examen físico se constata: mucosas secas, piel caliente, con pliegue cutáneo extendido, boca abierta, lengua seca, saburral, en el sistema nervioso: paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no focalización neurológica.

Se indican estudios (ver tabla 1) y se decide iniciar terapia de hidratación parenteral, a las 24 horas de evolución la paciente ha respondido a la hidratación, pero se observa paciente con decaimiento, marcada toma del estado general, somnolienta, con vómitos en proyectil, ha incrementado el patrón de fiebre a 4 picos en el día, se discute y se traslada a unidad de cuidados intensivos de adulto como meningoencefalitis bacteriana.

Al examen físico en este servicio se reporta en el sistema nervioso: rigidez de nuca, signos de *Kernig* y *Brudzinski* negativos, se inicia terapia antimicrobiana con meropenem, amikacina, linezolid.

A los 6 días de su hospitalización la paciente presenta convulsiones tónico clónicas en número de 4 con pérdida de la conciencia, Glasgow en 6 puntos (mejor respuesta ocular: 2; mejor respuesta verbal: 1; mejor respuesta motora: 3) por lo que se decide iniciar ventilación mecánica invasiva, ante este cuadro se solicita la valoración de reumatología, se rediscute el caso y se plantea como posibilidad una meningitis aséptica.

Ante estos elementos se decide empezar con pulsos de metilprednisolona, a razón de 1 gramo diario por 3 días, a las 24 horas la paciente empieza a presentar mejoría, cesan los picos febriles, se recupera el estado de conciencia, se extuba satisfactoriamente y se egresa.

Caso 3

Paciente femenina de 43 años de edad, es atendida a los servicios de urgencias luego de cuadro de pérdida de la conciencia estando en su casa; refieren los familiares que hacía más menos 8 días venía con astenia, pérdida del apetito y se quejaba de pérdida de la fuerza y dolores musculares, la paciente se recibe con cifras de tensión arterial en 80/60 mmHg, glucemia de urgencia en 3,1 mmol/L.

Al recuperar la conciencia se mantiene con malestar general, debilidad marcada, empieza a referir visión borrosa, cefalea marcada, cuadro de temblores generalizados.

Al examen físico se constata palidez cutáneo mucosa, debilidad muscular en los miembros superiores 3/5 y en los inferiores 2/5, reflectividad conservada, con signos meníngeos negativos, no rigidez de nuca. Se indican complementarios (ver tabla 1).

Se interpreta como una meningitis aséptica, se inicia terapia con metilprednisolona parenteral 1 gramo diario, la paciente muestra mejoría y se egresa satisfactoriamente.

Caso 4

Paciente femenina de 14 años de edad, que es atendida en la consulta de reumatología, con el diagnóstico de SLE, nefritis lúpica, es recibida en el cuerpo de guardia por presentar cuadro de convulsiones en número de 8, en el servicio de urgencias repite las convulsiones por lo cual se hace necesario inducir coma barbitúrico y asistir la función respiratoria con ventilación mecánica invasiva.

La paciente cumple con el tratamiento de forma regular con el esteroide a razón de 0,5 mg/kg de peso, así como micofenolato mofetil (500 mg) 1 gramo diario, se traslada a unidad de cuidados intensivos pediátricos, al examen físico solo se puede constatar fenómeno de *Raynaud* en extremidades superiores e inferiores.

Se indicaron complementarios (ver tabla 1).

Se discute el caso en el colectivo de terapia pediátrica, reumatología y neurología; se define como una meningitis aséptica y se inicia tratamiento con metilprednisolona en bolos 1 gramo diario durante 3 días, en infusión continua, luego de esto la paciente mejora, se decide su traslado a sala de miscelánea y posterior egreso hospitalario con seguimiento por neurología y reumatología.

Tabla 1. Relación de los estudios complementarios de los pacientes

Complementarios	Resultados			
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Hemoglobina	102 g/L	92 g/L	102 g/L	102 g/L
Leucograma	Leucocitosis con linfocitosis	Leucocitosis con neutrofilia	Leucocitosis con linfocitosis	Leucopenia con linfocitosis
VSG	96 mm/h	82 mm/h	127 mm/h	101 mm/h
Plaquetas	235 x 10 ⁹ /L	280 x 10 ⁶ /L	220 x 10 ⁹ /L	200 x 10 ⁹ /L
Creatinina	82 µmol/L	76 µmol/L	92 µmol/L	72 µmol/L
Glucemia	5,2 mmol/l	4,6 mmol/L	3,9 mmol/L	4,1 mmol/L
Proteínas Totales	78 g/L	75 g/L	81 g/L	65 g/L
Albúmina	58 g/L	60 g/L	58 g/L	45 g/L
Globulinas	20 g/L	15 g/L	23 g/L	20 g/L
Proteinuria 24 horas	-	75 mg/dL	-	165 mg/dL
Coagulograma	Normal	Normal	Normal	Normal
C₃	2,3 g/L	0,8 g/L	-	-
C₄	0,3 g/L	0,1 m/L	-	-
LCR	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Determinación viral*	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Anticuerpos:	Dilución:	Dilución:	Dilución:	Dilución:
ANA	>1:80	>1:80	1:160	-
Anti Smith	>1:80	>1:80	Dudosos	-
anti-dsDNA	>1:80	>1:80	Dudosos	-
Anti RNP	-	-	Dudosos	-
Anti Scl	-	-	Dudosos	-
Anti PR₃	-	-	Dudosos	-
Cultivos:				
Hemocultivos	-	Negativo	-	Negativo
Otros	-	Negativo	-	Negativo
TAC de cráneo	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa

Nota: VSG: velocidad de sedimentación globular; LCR: líquido cefalorraquídeo; ANA: anticuerpos antinucleares; Anti Smith: anticuerpos anti-Smith; anti-dsDNA: anticuerpos anti-ADN bicatenario; Anti RNP: anticuerpos antirribonucleoproteína; Anti Scl: anticuerpos anti-Scl; Anti PR₃: anticuerpos antiproteína 3; *Varicela zóster, Citomegalovirus, Cocksackie, Epstein-Barr, Dengue y Chikungunya; TAC: tomografía axial computarizada

Discusión

Las manifestaciones NPSLE se han descrito desde que se elaboraron los primeros registros de la enfermedad, dentro de ellas se incluyen síndromes heterogéneos y potencialmente graves, asociados a un peor pronóstico, aunque el primer reporte de meningitis aséptica ocurrió en 1978, las pruebas diagnósticas no siempre aportan elementos de positividad y este particular incide en la necesidad de descartar la presencia de otros procesos concomitantes como pueden ser las neoplasias o las infecciones.⁽⁴⁾

La meningitis aséptica se encuentra dentro de las manifestaciones de afección del sistema nervioso central y en algunos casos no se diagnostica oportunamente o se confunde con infecciones del propio sistema; en ella se observan múltiples elementos tanto en el cuadro clínico, la presentación, los exámenes complementarios y la propia interpretación del paciente.⁽³⁾

Los trastornos convulsivos son más prevalentes que en población general, describiéndose hasta en el 5,0-20,0 % de los casos. Los factores de riesgo son sexo femenino, raza negra, edad joven, positividad para anticuerpos antifosfolípidos, mayor actividad y daño del SLE. El consenso además definió que antes de plantear el diagnóstico se deben descartar las causas farmacológicas (ingestión de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), azatioprina, trimetoprim-sulfametoxazol).⁽³⁾

Los mecanismos etiopatogénicos que actúan para la expresión del NPSLE, son desconocidos y no se han descrito en la literatura, se enuncian entre los más aceptados, las alteraciones por vasculopatías, esta teoría ha sido avalada por el estudio de Velasco y otros,⁽²⁾ explicitando que se ha logrado establecer que más que un proceso de vasculitis, lo que ocurre es un proceso de vasculopatía, en el cual se acumulan múltiples células mononucleares alrededor de los vasos sanguíneos, se generan cambios proliferativos de la íntima e hialinización vascular, propiciando alteraciones en la barrera hematoencefálica, lo que permite el paso de auto-anticuerpos al sistema nervioso central o genera pequeños infartos debido a la oclusión luminal.

En ese mismo sentido, Abuhammad A y otros,⁽¹⁾ coinciden en que las convulsiones constituyen una manifestación a considerar para plantear el diagnóstico de manifestaciones

neuropsiquiátricas, en este estudio se emplean la teoría de la vasculopatía así como el efecto que producen a su paso los anticuerpos antinucleares en los plexos coroideos. Es relevante que al revisar la literatura disponible plantean que los casos expuestos en su serie estuvieron en relación con la ingestión de AINE incluso de la propia terapia inmunosupresora lo que establece discrepancias con el consenso *European League Against Rheumatism* y el *American College of Rheumatology* y vislumbra nuevos horizontes de investigación, otros reconocen que en la aparición de estas manifestaciones influye además el sexo, como es el estudio de Keshavprakash y otros.⁽³⁾

La mayoría de los artículos donde se han reportado casos o series, informan que predominan los pacientes que no presentan alteraciones neurológicas al momento del examen físico, en las primeras atenciones que reciben en los centros hospitalarios y solo un número reducido tendrán manifestaciones como rigidez de nuca, signos meníngeos positivos o cuadros de desorientación.^(2,3,4,5,6)

La fiebre es otro elemento de elevada importancia, en un reporte de caso publicado en Japón en el 2018, se reconoce que establecer el diagnóstico requiere la presencia de la cefalea, hallazgos al examen físico y la fiebre.⁽⁵⁾ La mielitis de la sustancia gris se asocia con actividad elevada del SLE, mientras que no está en relación con una neuritis óptica previa ni con los anticuerpos anti-aquaporina 4 inmunoglobulina G (anti-NMO IgG). Se caracteriza por afectación de la motoneurona inferior. La clínica prodrómica (fiebre, náuseas y vómitos) es bastante frecuente y cursa con deterioro rápido y grave.⁽⁷⁾

La presencia de los anticuerpos antinucleares es un punto de coincidencia entre todos los textos que abordan las manifestaciones neuropsiquiátricas, si bien es cierto que anteriormente se consideraban mecanismos separados: la presencia de estos autoanticuerpos y el daño del endotelio, y a la luz de los conocimientos actuales se preconizan como mecanismos estrechamente imbricados hacia un mismo sistema diana (sistema nervioso), no se puede comprender la magnitud de las manifestaciones sin antes recapitular los mediadores inmunológicos de estas y en especial el papel que juegan los anticuerpos antinucleares.⁽⁸⁾

El manejo de las manifestaciones neuropsiquiátricas y en específico de la meningitis aséptica requiere el empleo de esteroides, que varían desde la prednisona en presentaciones para consumo oral, hasta los pulsos de metilprednisolona, la literatura unifica este plan terapéutico

y todos los reportes coinciden en que se debe emplear un tratamiento energético para revertir las manifestaciones neuropsiquiátricas.^(4,5,6,7,8)

Conclusiones

La meningitis aséptica se mantiene como una forma frecuente de manifestación neuropsiquiátrica del lupus eritematoso sistémico, con una variabilidad en los elementos del cuadro clínico y confirmando; que no existen medios complementarios específicos para el diagnóstico, su oportuna identificación y tratamiento son factores de alto significado para la mejor atención de los pacientes y brindan elementos esenciales en esta área particular del conocimiento.

Referencias bibliográficas

1. Abuhammad A, Habes YMN, AbuKhalaf SM, AbuKhalaf MM, Katbehbader DNJ, Ihmerou SAY, et al. Neuropsychiatric manifestation in patients with systemic lupus erythematosus: A unique case series. *Ro J Rheumato* [Internet]. 2024; 33(1): 63–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.37897/rjr.2024.1.9>
2. Velasco Castro JC, Neisa Morales CA, Murcia Torres JM, García Agudelo L, Vargas Rodríguez LJ. Prevalencia de las manifestaciones neuropsiquiátricas en lupus eritematoso sistémico. *Rev Repert Med Cir* [Internet]. 2024; 33(3): 238–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.31260/repertmedcir.01217372.1423>
3. Keshavprakash V, Srinivas A, Vidya TA, Jayaprakash V, Kumar J. An uncommon clinical mystery: Systemic lupus erythematosus masquerading as aseptic meningitis in a male patient. *Cureus* [Internet]. 2024; 16(9): e70484. DOI: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.70484>
4. Balsa Criado A, Díaz González F, editor. Tratado de Enfermedades Reumaticas. 2^{da} ed. Madrid; España: Editorial Médica Panamericana; 2022.

5. Tsukamoto M, Shimamoto M, Terashima T, Seta N. Aseptic Meningitis With Systemic Lupus Erythematosus: Case Report and Review of the Literature. Arch Rheumatol [Internet]. 2018; 34(1): 108–11. DOI: <http://dx.doi.org/10.5606/ArchRheumatol.2019.7026>
6. De la Chica MN, Perea Rozas R, Gómez Bernardo L, Yzusqui Mendoza M, Luján Flores RF. Aseptic meningitis probably induced by nonsteroidal anti-inflammatory drug in a patient with systemic lupus erythematosus. Med Int Mex [Internet]. 2023; 39(3): 554–6. DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v39i3.5737>
7. Vicente Altabás MA, Capablo Liesa JL, Velilla Marco J, Vicente Altabás MJ. Mielopatía secundaria a lupus eritematoso sistémico. Med Int Mex [Internet]. 2023; 39(2): 412–7. DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v39i2.5630>
8. Ravichandran S, Kumar J, Chandrasekaran ND, Irfan S, Sathvika A. Antibodies in aseptic meningitis of connective tissue disorder: A case report. Cureus [Internet]. 2024; 16(5): e60762. DOI: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.60762>

Conflicto de interés

Los autores no refieren conflicto de interés.

Contribución de los autores

Conceptualización: Francisco Alberto Sánchez Licea, Luis Fong Pantoja, Dayana Pérez López, Elizabeth Bárbara Dieguez Matamoros, Luis Carlos Mustelier Mustelier.

Curación de datos: Francisco Alberto Sánchez Licea, Luis Fong Pantoja, Elizabeth Bárbara Dieguez Matamoros.

Análisis formal: Francisco Alberto Sánchez Licea, Luis Fong Pantoja, Dayana Pérez López, Elizabeth Bárbara Dieguez Matamoros, Luis Carlos Mustelier Mustelier.

Investigación: Francisco Alberto Sánchez Licea, Luis Fong Pantoja, Dayana Pérez López, Elizabeth Bárbara Dieguez Matamoros.

Metodología: Francisco Alberto Sánchez Licea, Luis Fong Pantoja.

Administración del proyecto: Francisco Alberto Sánchez Licea.

Recursos materiales: Francisco Alberto Sánchez Licea, Luis Fong Pantoja.

Supervisión: Francisco Alberto Sánchez Licea, Luis Fong Pantoja, Dayana Pérez López, Elizabeth Bárbara Dieguez Matamoros, Luis Carlos Mustelier Mustelier.

Visualización: Francisco Alberto Sánchez Licea, Luis Fong Pantoja.

Redacción – borrador – original: Francisco Alberto Sánchez Licea, Luis Fong Pantoja, Dayana Pérez López.

Redacción – borrador – edición: Francisco Alberto Sánchez Licea, Luis Fong Pantoja.