

DOI: 10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.299-315

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1852>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de investigación

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 299-315



Actualización en el manejo del Lupus Eritematoso sistemático

Update on the management of systemic lupus erythematosus

Atualização sobre a gestão do Lúpus Eritematoso Sistémico

Virginia Elizabeth Iles Cuasqui¹; Isabel Alejandra Gómez Rojas²; Pamela Alexandra Cadena Pineda³; Julieta Estefanía Sigüencia Sanmartín⁴

RECIBIDO: 11/07/2022 **ACEPTADO:** 03/09/2022 **PUBLICADO:** 30/10/2022

1. Médico General; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; virgiiles2011@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6413-1603>
2. Residente de Tercer Año de Medicina de Urgencias; Investigadora Independiente; Mérida, México; ironygomroj@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0305-4325>
3. Magíster en Ergonomía Laboral; Médico General; Investigadora Independiente; Otavalo, Ecuador; pamelita_1699@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-3918-0534>
4. Médica; Universidad de Cuenca; Azogues, Ecuador; estefania.sigüencias@ucuenca.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-1739-6561>

CORRESPONDENCIA

Virginia Elizabeth Iles Cuasqui

virgiiles2011@gmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

El Lupus Eritematoso Sistémico o LES, es una enfermedad anómala, de carácter autoinmune. Tomando en cuenta todo lo referido, el presente artículo, pretende desarrollar una actualización en el manejo del Lups Eritematoso sistemático mediante el desarrollo de una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en diferentes fuentes de información debidamente referidas, las variables utilizadas fueron; etiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento. **Conclusiones:** El LES es una enfermedad autoinmune que no tiene cura, pero que, a la fecha, se puede controlar y prevenir el daño a nivel orgánico, mejorando la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Lupus Eritematoso Sistémico, Factores de Riesgo, Manifestaciones Clínicas, Diagnóstico del LES; Tratamiento.

ABSTRACT

Systemic Lupus Erythematosus or SLE is an anomalous autoimmune disease. Taking into account all of the above, this article aims to develop an update in the management of Systemic Lupus Erythematosus Erythematosus through the development of a bibliographic review of the existing scientific literature in different sources of information duly referenced, the variables used were: etiology, clinical manifestations, diagnosis, treatment. Conclusions: SLE is an autoimmune disease that has no cure, but that, to date, can be controlled and prevent damage at the organic level, improving the patient's quality of life.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus, Risk Factors, Clinical Manifestations, SLE Diagnosis; Treatment.

RESUMO

Lúpus eritematoso sistémico ou LES é uma doença auto-imune anormal. Tendo em conta o acima exposto, este artigo visa desenvolver uma actualização sobre a gestão do Lúpus eritematoso sistémico através de uma revisão bibliográfica da literatura científica existente em diferentes fontes de informação devidamente referenciada. As variáveis utilizadas foram: etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. Conclusões: O LES é uma doença auto-imune que não tem cura, mas que, até à data, pode ser controlada e prevenir danos orgânicos, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistémico, Factores de risco, Manifestações clínicas, Diagnóstico do LES; Tratamento.

Introducción

A lo largo del desarrollo de la humanidad, la salud ha sido uno de los elementos de mayor trascendencia para el ser humano, por cuanto es un aspecto inherente a diversos cambios sociales, políticos y económicos que han marcado el rumbo de la población mundial, pero, ¿qué conlleva su definición, a quiénes señalamos como sujetos saludables?, pues bien, su concepto como lo refiere Ruiz, implica un equilibrio entre la dimensión física, psicológica y social de cualquier persona; es decir, un escenario donde el individuo, independientemente de su edad, sexo, condición socioeconómica o pertinencia cultural, no presenta cierta afección que altere el balance antes mencionado, dificultando o impidiendo su desenvolverse ante un contexto o situación determinada

Si bien a lo largo del desarrollo de la humanidad, se han dado múltiples avances y descubrimientos que han inferido de manera directa en la calidad de vida de una persona, la salud humana sigue siendo un tema en constante debate y develamiento, por cuanto es una realidad que como lo refiere Santoro, deriva de una serie de determinantes, integrados por aspectos de carácter social, cultural, económico y biológico, que inciden en el funcionamiento del organismo de una persona, ya sea de manera positiva o negativa, pudiendo por un lado, prevenir situaciones de riesgo, y por otro, aumentar su vulnerabilidad a diferentes afecciones que condicionen su bienestar general (Serpa Calderón et al., 2021)

Los componentes del sistema inmunológico, trabajan de manera conjunta y/o combinada con la finalidad de identificar, destruir y, por ende, proteger el organismo de los agentes externos que derivan del contexto socio natural en el cual se desenvuelve un individuo, sin embargo, en este proceso de defensa, se dan una serie de agresiones de índole física, química o infecciosa, produciendo con ello, diversos anticuerpos que penosamente atacan y destruyen los

tejidos, es decir, atentan sobre su bienestar y ocasiona diversas lesiones con magnitudes diferentes en todas las estructuras que hacen parte de la anatomía del ser humano. (Serpa Calderón et al., 2021)

En la actualidad, una de las enfermedades autoinmunes más comunes, anómalas y de mayor connotación en la población mundial, es el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Se conceptualiza como una enfermedad autoinmune de causa desconocida, que se caracteriza por una alteración de la respuesta inmunológica y consecuente producción de auto anticuerpos dirigidos a antígenos celulares. Se caracteriza por ser una enfermedad con manifestaciones clínicas ampliamente variadas, que afecta múltiples sistemas corporales. Hasta la fecha no se cuenta con una prueba diagnóstica patognomónica para LES, esto aunado a la heterogeneidad clínica, plantea un desafío diagnóstico para el médico. (González Jiménez et al., 2021; Serpa Calderón et al., 2021)

Yazdany, (2018), aprueba esta definición planteando que es una patología infamatoria de tipo crónica, que se pone de manifiesto de manera secuencial, lo que conlleva una serie de episodios de remisión y reincidencia sobre diferentes órganos y sistemas, especialmente en la población femenina de descendencia africana y asiática.

En el comienzo de la aparición de esta enfermedad, los estudiosos de la temática la asociaban directamente como causante exclusiva de diversas lesiones en la piel de una persona, ya en el siglo XIX se comenzó a nombrarla como “lupus eritematoso”; no obstante gracias a los adelantos en la ciencia y tecnología, un siglo después, se determinó que era una afección sistémica, de carácter autoinmune y que afectaba a varios órganos y sistemas por igual sin razón específica alguna (Serpa Calderón et al., 2021)

Se puede dividir en la forma sistémica o cutánea. Hasta el 85% de los pacientes presentan lesiones cutáneas, las cuales

pueden verse en cualquier estadio de la enfermedad, e incluso preceder las manifestaciones sistémicas en un 25% de los pacientes. Estas se dividen en manifestaciones específicas de lupus y manifestaciones no específicas. (Orbea Jácome et al., 2022; Zumbado Vásquez et al., 2019)

Es una enfermedad muy compleja, de causa desconocida, autoinmune, en la cual inter-vienen múltiples factores en su desarrollo. Es de suma importancia que los profesionales de la salud conozcan las manifestaciones clínicas más comunes y la afectación a diferentes órganos que puede presentar la enfermedad, ya que al diagnosticarse de forma temprana los pacientes presentan mejor sobrevida y calidad de vida. (González Jiménez et al., 2021)

Puede presentarse a cualquier edad, siendo más común entre los 30 y 50 años, afecta principalmente a mujeres y su prevalencia varía entre 40 a 200 casos/100.000 habitantes. La supervivencia a 5 años supera actualmente el 90% en países desarrollados; sin embargo, este comportamiento no es observado en América Latina, donde el LES suele ser más frecuente y más grave. El LES tiene gran repercusión a nivel sistémico, siendo la piel un órgano frecuentemente afectado, mostrando manifestaciones específicas e inespecíficas a nivel cutáneo. Estas lesiones cutáneas pueden producir alteraciones de la pigmentación sin llegar a desarrollar cicatrices o atrofia cutánea. Es característica su estrecha relación con la fotosensibilidad en áreas fotoexpuestas de la piel. (Garófalo Espinel et al., 2018)

A pesar de su complejidad; los mecanismos patógenos comienzan a ser comprendidos involucrando a factores genéticos, hormonales y ambientales que conducen a una alteración del sistema inmunitario, con una respuesta de autoreactividad frente a las estructuras propias del organismo. Uno de los factores que se ha planteado como precursor de autoinmunidad es el estrés y factores inherentes a la personalidad de los pacien-

tes, sin especificar cuáles. Existen criterios de que el ser humano utiliza la enfermedad para rehuir a problemas pendientes, planteando que los síntomas pudieran ser manifestaciones físicas de conflictos psíquicos de cada paciente. Diversos modelos han tratado de explicar la relación estrés-enfermedad y han planteado la existencia de factores mediadores que en alguna forma amortiguan o incrementan los efectos del estrés, son los denominados Factores moduladores del Estrés. Estos factores son: vulnerabilidad, afrontamiento, control, fortaleza personal, apoyo social y autoestima. (Lanigan Gutiérrez & Noris García, 2017; Orbea Jácome et al., 2022)

En el contexto de la sociedad actual es trascendental que los diferentes profesionales que hacen parte del personal de salud, tanto de la atención sanitaria gubernamental como particular, deben reunir los conocimientos necesarios para facilitar su accionar antes, durante y después del diagnóstico del LE ya que los individuos que presenten este tipo de enfermedad, se exponen a una serie de complicaciones que afectan todo su organismo, situación que conlleva un sinnúmero de irremediables consecuencias.

Por las consideraciones planteadas anteriormente el objetivo de esta atención diferenciada es reestablecer el bienestar del paciente o sobrellevar sus implicaciones de manera efectiva, garantizando su calidad de vida positiva y la de su entorno familiar próximo.

Tomando en cuenta todo lo referido, el presente artículo, pretende desarrollar una actualización en el manejo del Lups Eritematoso sistemático mediante el desarrollo de una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en diferentes fuentes de información debidamente referidas, aportando con ello, un fundamento teórico clave para sustentar de manera acertada el accionar de los profesionales de la salud.

Metodología

El presente trabajo es un estudio de tipo revisión bibliográfica (RB), con un enfoque cualitativo, previa revisión de un protocolo en el que se sustentó su desarrollo, para lo cual, se revisó diferentes documentos científicos que se encuentren asentados en sociedades científicas dedicadas al estudio "Lupus Eritematoso Sistémico, sus manifestaciones clínicas, criterios clasificatorios y diagnóstico; tratamiento que conlleva la terapia convencional y biológica"

En la revisión bibliográfica se tuvo en cuenta publicaciones de diferente índole, tales como libros, ensayos, protocolos, guías y artículos científicos donde se contemplarán palabras claves como: lupus eritematoso sistémico; LES; lupus eritematoso; diagnóstico del LES; manifestaciones clínicas del LES; síntomas del LES; tratamiento del LES; complicaciones del LES; factores de riesgo del LES.

Las fuentes de información tomadas en cuenta para la intención de los estudios antes referidos, fueron las siguientes: Google Scholar, SciELO, Redalyc, Medline, Scopus, Elsevier, Latindex y otras bibliotecas virtuales de salud. Este proceso de búsqueda fue llevado a cabo durante los meses de julio y agosto del año en curso, 2020.

Resultados

En la actualidad la etiología del Lupus Eritematoso Sistémico con los avances que ha presentado la ciencia es parcialmente conocida, si bien es cierto que se conoce que el desarrollo de esta patología se debe principalmente por una irregularidad en la producción de autoanticuerpos. Produciendo una respuesta autoinmune descontrolada lo que ocasiona lesiones en diversos órganos y sistemas. Además, se conoce factores que estarían relacionados con la patogenia de LES, estas siendo factores: genéticos, ambientales, hormonales, anticuerpos y fármacos (Rivera Hernández et al., 2020)

Factores de riesgo

Cualquier persona puede ser diagnosticada con alguna forma de LES independientemente del género o edad, sin embargo, los factores de riesgo más influyentes son el género femenino, la edad entre 15 y 44 años, la raza afroamericana e hispana y antecedentes familiares de LES o alguna otra enfermedad autoinmune. (González Jiménez et al., 2021)

En los marcos de las observaciones anteriores es necesario resaltar que los afroamericanos además de tener más riesgo de padecer de LES, la gravedad de la enfermedad es mayor en estas poblaciones que en las poblaciones blancas (Carter et al., 2016)

En los casos anteriormente mencionados el riesgo de LES aumenta en un 20% en comparación con la población en general, más específicamente un 27% para hijos de madres positivas y un 29% para hermanos de pacientes positivos

En su artículo de revisión bibliográfica Peralta Escandón A B, Rodas Serrano A E (2022), hacen una breve explicación acerca de los factores: genéticos, ambientales, hormonales, anticuerpos y fármacos de la entidad estudiada .

Factores Genéticos

En estos momentos se ha manifestado que existe una clara relación genética y/o hereditaria, puesto que ha evidenciado un aumento de riesgo de presentar LES en familiares de primer grado de personas que ya han padecido dicha patología¹⁶.

Al hilo de lo señalado al igual que otras patologías esta patología presenta alteraciones en diversos genes que se encuentran en diferentes cromosomas, el cromosoma mayormente implicado es el cromosoma 6. Pero no es el único cromosoma involucrado también se ha visto genes que se encuentran en los cromosomas, 2, 10, 14, 16 y 20. Se conoce además que los genes que se encuentran en el cromosoma¹⁰ presentan

diversas alteraciones sobre todo en poblaciones españolas y afroamericanas en pacientes que presenten lupus¹⁶.

Factores Ambientales

Se presenta una relación directa para la aparición de LES, puesto que al ser factores externos pueden inducir o agravar esta patología en pacientes que son susceptibles genéticamente. Los factores ambientales que se pueden ver involucrados son: estrés, hormonas, infecciones y la luz ultravioleta que puede afectar al DNA, aumentando su antigenicidad, lo que desencadena una mayor presencia de antígenos y dando una respuesta autoinmune.

Ejemplos de estos factores tenemos: infecciones por Virus Epstein Barr, mycobacterias y tripanosomas, exposición a luz ultravioleta y exposición al silicio encontrado en detergentes, cigarrillos y cemento, han demostrado aumentar el riesgo de desarrollar LES (Peter Schur & Bevra Hahn, 2020)

Factores Hormonales

Este factor se presenta principalmente en el sexo femenino, antes de la menarquia o después de la menopausia y en algunas ocasiones puede agudizarse durante el puerperio o durante el consumo de anticonceptivos orales. Pero también suele aparecer en mujeres que estén en un periodo de gestación o aquellas mujeres que han recibido un tratamiento en base de estrógenos.

Anticuerpos

La presencia de anticuerpos es una de las características fundamentales de LES. La aparición de estos anticuerpos puede ser efecto de continuo daño tisular. Los antígenos responsables en esta acción son ácidos nucleicos y proteínas nucleares, que proceden de restos de células apoptóticas, lo que desencadena una reacción linfocitaria y una proliferación de células T y B con una alta respuesta autoinmune. Esta respuesta inmunitaria es muy frecuente en aquellos pacientes que presentan LES, en un porcentaje del 70-80 %.

Factor Farmacológico

Hoy día de 40 fármacos que pueden estar asociados con la presencia de lupus eritematoso, pero la particularidad del factor farmacológico es que reversibilidad, es decir una vez que ha sido suspendido el fármaco la sintomatología mejora ostensiblemente sobretodo en pacientes que han tenido un tratamiento crónico o un tratamiento a largo plazo.

De la misma manera estos Fármacos están divididos por categorías, la primera categoría, pertenece a aquellos fármacos que se ha confirmado que existe una relación de lupus como lo son: procainamida metildopa, la quinidina¹⁹. En la segunda categoría encontramos aquellos fármacos anticonvulsivantes, antitiroideos y bloqueadores beta. Y como una última categoría son tetraciclinas y ácido valproico. (Peralta Escandón & Rodas Serrano, 2022)

Nacach & Rodriguez, (2016) plantea que entre los posibles elementos que aumentan la vulnerabilidad de una persona para desarrollar esta afección, destacan los siguientes:

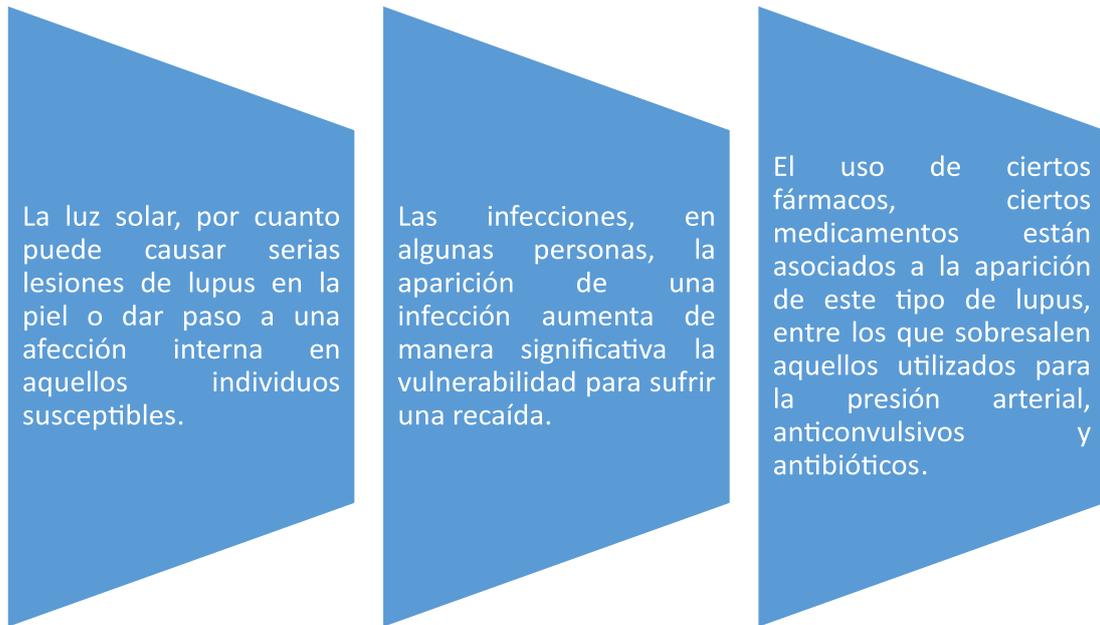


Figura 1.

Fuente: (Zonana-Nacach et al., 2002).

De la misma manera Acosta, M., Cabrera, N., & Berbesi, D. (2018). refieren que entre los factores que aumentan el riesgo para

que una persona desarrolle esta enfermedad, están los siguientes:

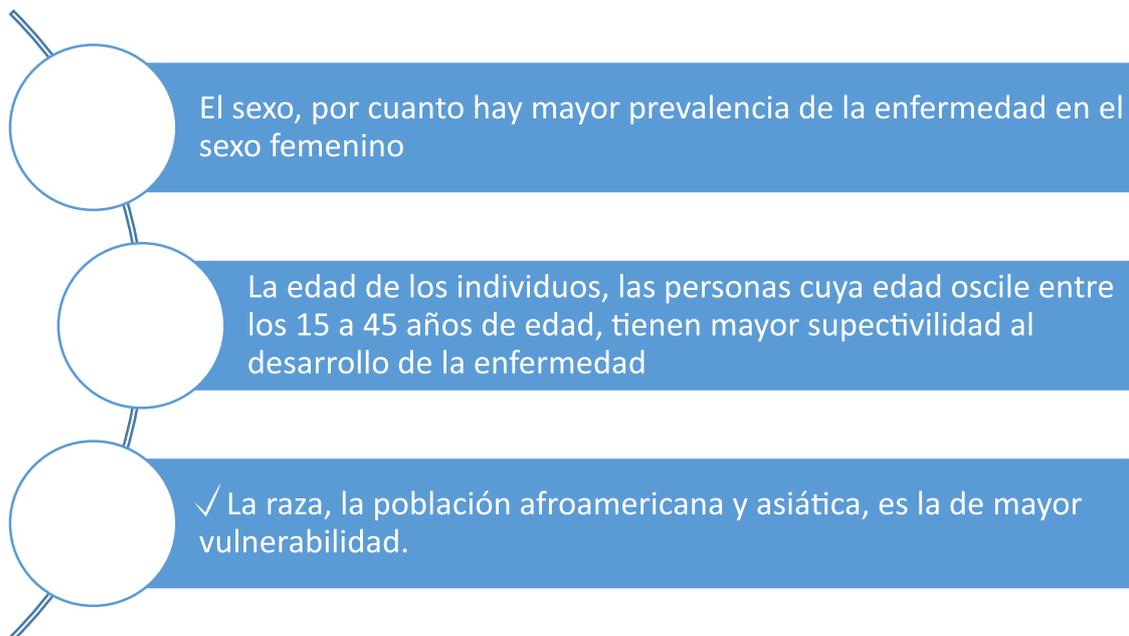


Figura 2.

Fuente: (Acosta et al., 2018).

Manifestaciones clínicas o síntomas

La aparición del Lupus Eritematoso Sistémico puede darse de dos maneras: brusca, que va acompañada de fiebre alta, o insidiosa por un periodo de meses o hasta años, lo que implica episodios de artralgias y malestar en general. (Nevares, 2020)

Según Moreno, (2016) el inicio de la enfermedad se pone de manifiesto con fuertes cefaleas vasculares, cuadros de epilepsia, e inclusive episodios de psicosis; además de pueden observar brotes periódicos en cualquier órgano, tejido o sistema (Moreno, 2016; Serpa Calderón et al., 2021)

- a. Manifestaciones articulares; en el 90% de individuos que sufren Lupus Eritematoso Sistémico, se presentan síntomas que van desde artralgias interrumpidas, hasta poliartritis aguda que pueden perdurar por años, a lo largo de su vida.
- b. Manifestaciones cutáneas y mucosas; estos síntomas incluyen lesiones como eritema malar en alas de mariposa, erupciones maculopapulares en cualquier área del cuerpo, ampollas, úlceras en la piel, eritema moteado en palmas y dedos, infarto del lecho ungueal, fotosensibilidad y la aparición de púrpura palpable.
- c. Manifestaciones neurológicas y psicológicas; esta enfermedad puede traer consigo ciertas alteraciones cognitivas de tipo leve, acompañado de cefalea cambios de conducta, convulsiones, cuadros de psicosis, neuropatías periféricas y craneales, coreoatetosis o disfunción cerebelosa. además, se ha descrito problemas de psicosis, ansiedad y depresión que afectan a la calidad de vida de los pacientes 22.
- d. Manifestaciones renales; el desarrollo de la enfermedad conlleva en algún momento, una afectación renal, siendo en muchos casos, el único síntoma de Lupus Eritematoso Sistémico, pudiendo ser benigna y asintomática, o fatal y progresiva; entre estas lesiones están la proteinuria, la hipertensión y el edema.
- e. Manifestaciones obstétricas; incluyen una pérdida fetal que puede acontecer de manera temprana o tardía, a más de aumentar el riesgo a un posible aborto recurrente. A pesar de que una mujer en embarazo desarrolle esta enfermedad, puede sobrellevar su proceso de gestación de manera normal, especialmente posterior a las sexto o doceavo mes de remisión, siendo muy frecuente, el apareamiento de brotes de Lupus Eritematoso Sistémico ya sea durante el embarazo y el puerperio.
- f. Manifestaciones hematológicas; estos síntomas incluyen cuadros de anemia, trombocitopenia, trombosis arterial y una alta vulnerabilidad a complicaciones obstétricas.
- g. Manifestaciones gastrointestinales; incluye alteraciones como la motilidad intestinal o la pancreatitis, como consecuencia directa de esta enfermedad, poniéndose de manifiesto con dosis significativas de corticosteroides o azatioprina.
- h. Manifestaciones Pulmonares: Se conoce que cerca de la mitad de los pacientes con LES, han presentado molestias en sus pulmones al menos una vez en el transcurso de la enfermedad y son las afecciones pulmonares las responsables de la mortalidad en estos pacientes. La afección pleural es la manifestación pulmonar, que se presenta comúnmente en los pacientes con LES, la sintomatología que presenta suele ser dolor pleurítico, que es acompañado de tos, fiebre y disnea.
- i. Manifestaciones Odontológicas: Los pacientes que han sido diagnosticados con LES, presentan diversas manifestaciones odontológicas, se estima que alrededor del 2% al 80% de los pacientes

que han sido diagnosticados con LES han presentado malestar en la cavidad oral. La mayoría de estas manifestaciones se suelen presentar como úlceras y eritema discoides³¹. La mayoría de las lesiones se suelen ubicar el paladar duro, carillos y bermellón. La presencia de manifestaciones orales, no únicamente se presenta sobre el tejido blando de la cavidad oral, sino también, glándulas salivales (Disfunción Salival- síndrome de Sjögren), piezas dentales (Caries), en-cías (Periodontitis) y articulación témporomandibular (ATM) (trastorno de articulación témporomandibular) (Peralta Escandón & Rodas Serrano, 2022)

Disfunción de la saliva: Los pacientes con LES frecuentemente suelen presentar problemas en el flujo salival lo que a su vez desencadena que su pH y su capacidad amortiguadora se vean disminuidos, dando como resultado que la microbiota oral se encuentre desequilibrada (Yang L, Wang J, Xiao Y, Wang X, Sun Q, Shang J, Zhao Y.2018)

Síndrome de Sjögren: Es una patología que se caracteriza principalmente por presentar inflamación de las glándulas exócrinas. Es decir que tiene un impacto sobre las glándulas salivales, lo que afecta a la producción normal y funciones de la saliva. Aún en la actualidad no existe una relación entre LES y el Síndrome de Sjögren, a pesar de ser dos enfermedades autoinmunes pero si existe prevalencia de este síndrome en aquellos pacientes que tienen LES (Alcazar Duarte, 2019)

Caries: La caries dental, es la patología que presenta la mayor prevalencia a nivel mundial. La presencia de caries en pacientes con LES, se debe principalmente a la hiposalivación y al desequilibrio en el pH. Esto dando como resultado la presencia de halitosis, dolor odontogénico, disminución de la función masticatoria y la afectando a la estética dental. No existen estudios epidemiológicos que demuestren la prevalencia

de la caries con LES, puesto que algunos estudios no demuestran la gravedad de la presencia de estas patologías.

Periodontitis: La periodontitis es una patología que se caracteriza principalmente por presentar una inflamación crónica que es capaz de destruir los tejidos de soporte, los cuales están integrados por encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar. Este daño provocaría al final la pérdida de piezas dentales³⁷. La prevalencia de periodontitis en aquellos pacientes con lupus eritematoso sistémico aún es complejo conocerlo, pero se sabe que existe la presencia de enfermedad periodontal en aquellos que llevan con LES más de 8 años y que además presentan pérdida dentaria (Ham-moudeh et al., 2018)

Articulación Témporomandibular ATM: Trastorno temporomandibulares, es el término que se ha otorgado para referirse a las condiciones clínicas irregulares de los músculos mandibulares y de la articulación témporomandibular. En pacientes que presentan LES, se puede apreciar manifestaciones como erosión en las corticales, osteofitos, chasquidos, crepitaciones, bruxismo y desmineralización ósea. Además, se puede apreciar una disminución en la fuerza muscular, lo que ocasiona que el paciente presente dificultad en la masticación. Diversos pacientes con manifestaciones en la ATM suelen mencionar que presentan cefalea o dolor al abrir la boca. No se sabe aún la incidencia de algunas manifestaciones clínicas de la ATM, pero en LES se sabe que un 82% presentan protrusión limitada (Cricoli et al., 2020)

Los pacientes presentan características clínicas variables que van desde la afectación leve de las articulaciones y de la piel, hasta afectación potencialmente mortal del sistema nervioso central o renal

Prestigiosos expertos de la materia socializan un caso clínico: paciente de 10 años de edad que debuta con lupus eritematoso sistémico con afectación gastrointestinal,

renal y hematológica; el curso crónico aunado al espectro clínico variado sugirió la posibilidad diagnóstica. Se reconoce que el LES dé inicio juvenil tiene un curso de la enfermedad más activo en comparación con la enfermedad de inicio en la edad adulta, como lo ocurrido en este caso. Los pacientes tienen una peor supervivencia a largo plazo (Reyes-Florián et al., 2021)

En el Hospital Roberto Gilbert Elizalde, Guayaquil, Ecuador se realizó un estudio monocéntrico y retrospectivo. Se revisaron 75 historias clínicas electrónicas de la base de datos del hospital Roberto Gilbert Elizalde, de julio 2014 a enero 2018. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: cutáneas (66,2%), artritis (43,6%), compromiso renal (47,85), serositis (35%) y alopecia (32%). Los casos de LES familiar representaron el 11,9%. Concluyeron que el sexo femenino, el compromiso renal y la hipalbuminemia se encontraron asociadas a SLEDAI alto inicial. Además, el compromiso renal se asoció a SLEDAI alto final, y a mortalidad. A los 4 años la supervivencia fue de 95,7%. La remisión completa se logró en 28% de pacientes, y un 5% presentaba actividad grave. (Herrera et al., 2020)

Del Rocío (Mascote Márquez, 2018) en su trabajo de titulación determinó las características clínicas, inmunológicas y epidemiológicas del lupus eritematoso sistémico en el servicio de medicina interna del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito. Las manifestaciones hematológicas, inmunológicas, musculoesqueléticas, renales y generales fueron las más frecuentes. Además, se evidenció un porcentaje más alto de títulos positivos de anticuerpos ANA y anti-DNAs a lo reportado en otras cohortes.

Diagnóstico

El diagnóstico de LES se basa en reconocer las características clínicas y signos en el contexto de estudios serológicos, incluida la detección de autoanticuerpos. Los cuales incluyen ANA, anti DNA, anti SM y anti-fofosfólidos para excluir diagnósticos alterna-

tivos. Esto a menudo es un desafío debido a la gran variabilidad en la expresión del LES (Wallace & Gladman, 2022)

Se considera acertado señalar la no dejación de la historia clínica completa y un examen físico exhaustivo para lograr un diagnóstico certero y temprano. En la práctica clínica, se tienden a utilizar los criterios de clasificación del ACR para el diagnóstico del LES. El objetivo principal de los criterios de clasificación es mejorar la capacidad de diagnóstico de manera estandarizada a un grupo definido de pacientes.

En la misma línea de razonamiento es saludable acotar lo importante que es tener en cuenta los criterios de clasificación ACR para LES, aunque no engloban todo el rango de clínica que se puede encontrar en estos pacientes, sin que se centran en la identificación de los síntomas más comúnmente documentados.

El Grupo SLICC en el año 2012 declaró las desventajas en los criterios de clasificación ACR, pues carecen de tipificación en algunas manifestaciones cutáneas neuropsiquiátricas importantes. Además, no toman en cuenta niveles de complemento sérico (-González Jiménez et al., 2021)

Actualmente con los criterios de clasificación de SLICC, es posible realizar el diagnóstico al cumplir con 4 de los 17 criterios (incluido al menos un criterio clínico y uno inmunológico) o al comprobar nefritis lúpica por biopsia en presencia de ANA o autoanticuerpos Anti-ADNs (Kaul et al., 2016)

Criterios clínicos de SLICC:

- 1. Lupus cutáneo agudo:** erupción malar lúpica (no cuenta si la erupción es malar discoide), lupus bulloso, variante de necrólisis epidérmica tóxica de LES, erupción lúpica maculopapular, erupción lúpica fotosensible (en ausencia de dermatomiositis), o lupus cutáneo subagudo: lesiones psoriasiformes y / o anulares policíclicas no inducidas que se

resuelven sin cicatrices, ocasionalmente con despigmentación postinflamatoria o telangiectasias

2. **Lupus cutáneo crónico:** Se presentan manifestaciones clínicas como el sarpullido discoide clásico ubicado por arriba del cuello o generalizado por arriba y debajo del cuello, lupus hipertrófico también llamado verrugoso, la paniculitis lúpica, lupus de la mucosa, lupus eritematoso tumidus, superposición lupus discoide / liquen plano
3. **Úlceras orales o úlceras nasales.**
4. **Alopecia no cicatrizal:** adelgazamiento difuso o fragilidad del cabello con vellos visiblemente rotos, en ausencia de otras causas como alopecia areata, fármacos, deficiencia de hierro y alopecia androgénica
5. **Sinovitis:** caracterizado por hinchazón o derrame, que involucra dos o más articulaciones. Así mismo la sensibilidad en 2 o más articulaciones y al menos 30 minutos de rigidez matutina son criterios característicos de sinovitis (González Jiménez et al., 2021)
6. **Serositis-pleuritis:** pleuresía típica durante más de 1 día ó derrames pleurales ó frotamiento pleural ó pericarditis el cual se define como el dolor pericárdico típico (el dolor con recumbencia mejora al sentarse hacia adelante) durante más de 1 día ó derrame pericárdico o frote pericárdico ó pericarditis mediante electrocardiografía, estas alteraciones se deben presentar en ausencia de otras causas, como infección, uremia y pericarditis de Dressler. (González Jiménez et al., 2021)
7. **Afectación renal:** relación de proteína / creatinina en orina u orina de 24 horas que muestre 500 mg de proteína en 24 horas o la presencia de cilindros eritrocitarios son criterios de afectación renal (Bijlsma Johannes & Hachulla, 2015)
8. **Afectación neurológica:** convulsiones, psicosis, mononeuritis múltiple (en ausencia de otras causas conocidas como vasculitis primaria), mielitis, neuropatía periférica o craneal (en ausencia de otras causas conocidas como vasculitis primaria, infección y diabetes mellitus), estado confusional agudo (en ausencia de otras causas, incluidas tóxicas / metabólicas, uremia, drogas).
9. **Anemia hemolítica.**
10. **Leucopenia (<4000 / mm³) o linfopenia (<1000 / mm³):** leucopenia al menos una vez, en ausencia de otras causas conocidas como el síndrome de Felty, drogas e hipertensión portal. Linfopenia al menos una vez en ausencia de otras causas conocidas como los corticosteroides, medicamentos e infección.
11. **Trombocitopenia (<100.000 / mm³):** al menos una vez en ausencia de otras causas conocidas, como fármacos, hipertensión portal y púrpura trombocitopénica trombótica. (González Jiménez et al., 2021)

Criterios inmunológicos

1. Anticuerpos antinucleares (ANA): Esta prueba es positiva en más del 95% de los pacientes con inicio de síntomas (Bevra, 2015).
2. Anti-ADNs: Son encontrados en aproximadamente 70% de pacientes con LES en algún punto de la enfermedad, y son 95% específicos (Acosta Colmán et al., 2016)
3. Anti-Sm (anti-Smith): son específicos de LES, pero con una sensibilidad menor, aparecen en un 25% de los enfermos (Wallace & Hahn, 2019)
4. Niveles de complemento: Defectos en las fases iniciales de las vías del complemento (C1q, C2 y C4) tienen una mayor predisposición para desarrollar enfermedades autoinmunes (18). Los

niveles de las fracciones C3 y C4 están por debajo de lo normal en el 70% de los pacientes. La medición longitudinal de los niveles séricos de C3 y C4 puede ser útil para valorar los cambios en la actividad de la enfermedad (Durcan et al., 2019)

5. Coombs directo positivo: en ausencia de anemia hemolítica.
6. Anticuerpos antifosfolípidos positivos: Anticoagulante lúpico, anticardiolipina (títulos medios o altos IgG, IgM, o IgA) o anti-β2 glicoproteína 1 (IgG, IgM, IgA positivo)(González Jiménez et al., 2021)

Tratamiento de la enfermedad

El LES, es una patología crónica de tipo autoinmune y multisistémica que puede estar presente en el organismo de cualquier individuo, situación que conlleva un manejo especial que coadyuve en el monitoreo de los diferentes síntomas o manifestaciones generales y específicas, accionar que permitiría implementar un tratamiento que se ajuste las necesidades y características de un paciente (Xibillé-Friedmann et al., 2019)

Refiere (Pérez, 2018) que el manejo de la enfermedad implica un minucioso y atento monitoreo tomando como base, los siguientes aspectos

a. Anamnesis

- Sensación de dolor o inflamación a nivel articular
- Sensación de que ciertas partes del cuerpo se entumescen o se perciben con frialdad, dando paso al fenómeno conocido como Raynaud
- Presencia de disnea, dolor pleurítico y edemas.
- Presencia de trastornos alimenticios que infieren en notables cambios de peso.
- Depresión, astenia y fiebre.

b. Exploración física

- Presencia de lesiones cutáneas.
- Presencia de úlceras orales o nasales.
- Pérdida notable de cabello -alopecia-.
- Rocio pericárdico o pleural.

c. Exámenes de imagen o laboratorio

- Por cada visita médica, se debe ejecutar una prueba de hematología con velocidad de sedimentación globular VSG.
- En caso de que la patología se manifieste de manera estable, se debe llevar a cabo cada tres o seis meses, una evaluación bioquímica con perfil lipídico y albumina.
- Analizar Tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (TTP) y la presencia de Anticuerpos Antifosfolípido (AA).
- Realizar un análisis de orina por cada visita médica.
- Estudio de sueros biológicos de manera trimestral o semestral.

d. Otros aspectos

- Llevar a cabo una evaluación del índice de actividad de la enfermedad, utilizando los criterios de SLEDAI.
- Analizar efectos secundarios del tratamiento y presencia de comorbilidades.
- Cada año, se debe analizar el índice de daños en el organismo atendiendo a los criterios antes referidos.(Grupo de trabajo de la GPC sobre Lupus sobre Lupus Eritematoso Sistémico, 2015)

En este sentido, el Lupus Eritematoso Sistémico no tiene un tratamiento que permita a un paciente curarse de la enfermedad, únicamente existen procedimientos centrados en:

- Disminuir o reducir la sintomatología que conlleva la afección, tanto en frecuencia como intensidad.
- Prevenir los brotes que implica la afección.
- Ayudar al sistema inmunológico y promover el equilibrio de las hormonas.
- Estos tratamientos pueden ser concebidos como terapias de carácter convencional, farmacológico, biológico y fisioterapia.

Se plantean dos tratamientos para la enfermedad: el tratamiento no farmacológico y el tratamiento farmacológico.

Medidas no farmacológicas

Se estimulan los cambios a estilos de vida saludable, lo que incluye ejercicio físico regular, dieta balanceada, cese del fumado y uso protección solar tópica diaria. Esto ha demostrado disminuir la severidad y duración de síntomas y prevenir exacerbaciones de la enfermedad.

Los pacientes con lupus tienen mayor riesgo de aterosclerosis acelerada debido al estado inflamatorio crónico que presentan. Por consiguiente, se requiere un abordaje agresivo de los factores de riesgo cardiovascular modificables, recalando la importancia de una dieta balanceada, actividad física regular y peso adecuado. La hipertensión y la hiperlipidemia deben tratarse de manera temprana y apropiada al presentarse.

Se debe de suministrar a los paciente la vacuna anual contra la influenza inactivada y estar al día con su esquema de vacunación, incluyendo la vacuna antineumocócica .

Se deben reforzar las pruebas de tamizaje específicas de cáncer apropiado para la edad y sexo ya que estos pacientes con LES presentan mayor propensión a desarrollar neoplasias malignas, por lo tanto, las mujeres con LES deben someterse a exámenes de detección de cáncer de cuello uterino anualmente.

Medidas farmacológicas:

Agentes antimaláricos: En todos los pacientes con LES se recomienda el tratamiento con antipalúdicos a menos que exista contraindicación. La hidroxiclороquina es el fármaco más frecuentemente utilizado, a dosis de 200-400mg/día (máximo 6.5 mg/kg de superficie corporal ideal/día). Las manifestaciones articulares y mucocutáneas son la indicación original para el uso de antimaláricos en lupus, pero datos recientes han mostrado que estas drogas benefician variedad de manifestaciones clínicas tales como; mejora del perfil lipídico, mejoría de la fatiga, prevención de eventos trombóticos, prevalencia de la densidad mineral ósea y disminución del riesgo cardiovascular. La complicación más temida de la droga es la despigmentación del epitelio pigmentario de la retina que puede conducir a retinopatía irreversible si no se detecta tempranamente. Por lo tanto, se recomienda un examen oftalmológico inicial seguido de exámenes anuales en todos los pacientes bajo su tratamiento. Esta complicación es muy rara con las dosis de hidroxiclороquina utilizadas actualmente.(Fanouriakis et al., 2019)

Glucocorticoides: Generan alivio rápido en la exacerbación de síntomas y dan adecuado control de estos durante sus ciclos de uso. No obstante, su consumo se debe presentar solamente a corto y mediano plazo debido a sus efectos secundarios severos con su uso a larga data. En caso de requerir su tratamiento prolongado, se debe analizar su riesgo-beneficio para el paciente y no se recomiendan dosis mayores a 7.5mg de prednisona, o equivalente, diariamente. Se debe tomar en cuenta en los usuarios de esta medicación, la prevención de pérdida de densidad mineral ósea, la inmunización anual contra influenza y contra el estreptococo pneumoniae cada cinco años, y realizar estudios seriados para evaluar aparición de resistencia a la insulina y dislipidemia. Para prevenir la osteoporosis inducida por glucocorticoides se puede utilizar calcio, la

vitamina D y bisfosfonatos de ser necesarios. (Fanouriakis et al., 2019)

Entre los inmunodepresores más utilizados en LES se encuentran la ciclofosfamida, la azatioprina, el mofetil de micofenolato y el metotrexato. (Fanouriakis et al., 2019)

Agentes biológicos: Aunque hay muchas moléculas en desarrollo, solo belimumab está aprobada para su uso en LES. Belimumab debe considerarse en los pacientes que presenten enfermedad extrarrenal resistente al tratamiento de primera línea (HCQ y prednisona con o sin agentes IS) y en los pacientes en los cuales ha sido imposible disminuir la dosis de glucocorticoides a niveles aceptables (equivalente 7,5 mg prednisona al día). Otros fármacos biológicos que también se pueden utilizar en LES son rituximab, tocilizumab, abatacept y los inhibidores del factor de necrosis tumoral. .(Fanouriakis et al., 2019)

Medicamentos inmunosupresores: El inicio pronto del tratamiento con medicación inmunodepresora facilita una disminución más rápida del uso de glucocorticoides y ha demostrado prevenir brotes agudos de la enfermedad. La elección del agente farmacológico depende de las manifestaciones clínicas dominantes, la edad del paciente, deseo de embarazo, seguridad de uso y costo del mismo (Fanouriakis et al., 2019; González Jiménez et al., 2021)

Protocolo terapéutico dirigido a algunos sistemas en específico:

- Manifestaciones cutáneas: el tratamiento temprano del lupus cutáneo es necesario para prevenir el desarrollo de cicatrices, despigmentación y alopecia. La protección solar es la piedra angular del tratamiento del lupus cutáneo. Se debe educar a los pacientes en la importancia del uso del SPF 30+ diario, inclusive si no se va a salir de casa. Este debe aplicarse 30 minutos antes de exponerse a los rayos UVB/UBA, y reaplicar cada dos horas. Se debe evitar la exposición

solar durante las 9am hasta las 3pm. Se insta al paciente a utilizar ropa con SPF 50+, pero debe tomarse en cuenta las posibilidades económicas de este. Los pacientes con LES fumadores presentan lesiones cutáneas más severas que los no fumadores, por lo cual se debe insistir en el cese del fumado. El tratamiento tópico se da con glucocorticoides inicialmente de baja potencia La selección del glucocorticoide tópico se basa en la ubicación y el tipo de lesión presentado por el paciente.

En esa misma línea de pensamiento En el tratamiento de las lesiones faciales, el uso de glucocorticoides fluorados se limita a 2 semanas debido al riesgo de presentar atrofia dérmica, estrías, despigmentación y telangiectasias. Si las manifestaciones cutáneas no se logran controlar con los métodos tópicos mencionados anteriormente, será necesario aplicar terapias sistémicas en estos pacientes.(Xibillé-Friedmann et al., 2019)

- Serositis: la pleuritis y la pericarditis a menudo responden al tratamiento con AINES o glucocorticoides. En pacientes con enfermedad grave o refractaria, se pueden utilizar dosis moderadas a altas de estos (p. Ej., Prednisona, 0,5-1 mg / kg / día) durante períodos cortos de tiempo. (13). En pacientes con síntomas persistentes o recurrentes la asociación de hidroxiclороquina o colchicina tiene un efecto positivo.
- Enfermedad hematológica: las manifestaciones hematológicas que requieren tratamiento en pacientes con LES, incluyen trombocitopenia y anemia hemolítica autoinmune (AHA) (21). El tratamiento de primera línea de la trombocitopenia significativa (recuento de plaquetas por debajo de 30 000/mm³) consiste en dosis moderadas/altas de glucocorticoides en combinación con agente inmunosupresor. Se recomienda la terapia inicial con pulsos de metilprednisolona intravenosa (1-3 días).

La inmunoglobulina intravenosa (IGIV) puede considerarse en la fase aguda, en casos de respuesta inadecuada a las dosis altas de GC o para evitar complicaciones infecciosas relacionadas con la GC. (21) En pacientes sin respuesta a GC (es decir, no alcanzar un recuento de plaquetas > 50 000 / mm³) o recaídas, debe considerarse el Rituximab, considerando también su eficacia en la PTI. Los agonistas de trombopoyetina o la esplenectomía deben reservarse como últimas opciones. La anemia hemolítica autoinmune (AIHA) es mucho menos común que la trombocitopenia en LES. Su tratamiento sigue los mismos pasos con respecto del uso de glucocorticoides, inmunosupresores, y rituximab. (González Jiménez et al., 2021)

Conclusiones

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad muy compleja, de causa desconocida, autoinmune, en la cual intervienen múltiples factores en su desarrollo. Es de suma importancia que los profesionales de la salud conozcan las manifestaciones clínicas más comunes y la afectación a diferentes órganos que puede presentar la enfermedad, ya que al diagnosticarse de forma temprana los pacientes presentan mejor supervivencia y calidad de vida.

Hoy en día, se cuenta con una amplia gama de fármacos, sin embargo, su uso debe tomar en cuenta la presencia concomitante de comorbilidades subyacentes y características del paciente, por lo cual este no solo considerará los hallazgos histopatológicos, sino será individualizado para favorecer al pronóstico vital del paciente.

Bibliografía

Acosta Colmán, I., Avila, G., Acosta, M. E., Aquino, A., Centurión, O., & Duarte, M. (2016). Clinical and laboratory manifestations in Systemic Lupus Erythematosus. *Memorias Del Instituto de Investigaciones En Ciencias de La Salud*, 14(1), 94–104. [https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2016.014\(01\)94-109](https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2016.014(01)94-109)

Acosta, F., Cabrera, N., & Bermesi, Y. (2018). Determinantes sociales de la salud asociados con el exceso de peso en la población infantil. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), 110–122. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n1/110-122/es>

Alcaraz Duarte, J. E. (2019). Frecuencia del síndrome de Sjögren en pacientes con lupus eritematoso del Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el año 2017 que acuden a tratamiento odontológico TT - Frequency of sjögren's syndrome in patients with lupus erythematosus. *Paraguay Oral Research*, 8(1), 35–40. <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/murz2>

Bevra, H. (2015). Systemic Lupus Erythematosus. In *Principles of internal medicine* (19a ed., pp. 2124–2136). McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A.

Bijlsma Johannes, W., & Hachulla, E. (2015). *EULAR Textbook on Rheumatic Diseases*. (3rd ed.). BMJ.

Carter, E. E., Barr, S. G., & Clarke, A. E. (2016). The global burden of SLE: prevalence, health disparities and socioeconomic impact. *Nature Reviews Rheumatology*, 12(10), 605–620. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2016.137>

Crincoli, V., Piancino, M. G., Iannone, F., Errede, M., & Di Comite, M. (2020). Temporomandibular Disorders and Oral Features in Systemic Lupus Erythematosus Patients: An Observational Study of Symptoms and Signs. *International Journal of Medical Sciences*, 17(2), 153–160. <https://doi.org/10.7150/ijms.38914>

Durcan, L., O'Dwyer, T., & Petri, M. (2019). Management strategies and future directions for systemic lupus erythematosus in adults. *The Lancet*, 393(10188), 2332–2343. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30237-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30237-5)

Fanouriakis, A., Kostopoulou, M., & Alunno, A. (2019). Update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *BMJ Journals.*, 78, 736–745. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215089>

Garófalo Espinel, A. C., Morán Espinel, L. K., Villamarín Naranjo, S. F., Quizhpi López, P. N., Uribe Campaña, V. H., Espinel Ramos, L. G., Hernández Avilés, I. P., & Guerrero Espinosa, H. G. (2018). Lupus eritematoso sistémico con presentación cutánea: reporte de caso clínico. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(1). https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_1_2018/lupus_eritematoso.pdf

- González Jiménez, D., Mejía Bonilla, S., & Cruz Fallas, M. (2021). Lupus eritematoso sistémico: enfoque general de la enfermedad. *Revista Medica Sinergia*, 6(1), e630. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i1.630>
- Grupo de trabajo de la GPC sobre Lupus sobre Lupus Eritematoso Sistémico. (2015). Manejo general del lupus eritematoso sistémico. In *Guía de Práctica Clínica sobre Lupus Eritematoso Sistémico*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_549_Lupus_SESCS_compl.pdf
- Hammoudeh, M., Al-Momani, A., Sarakbi, H., Chandra, P., & Hammoudeh, S. (2018). Oral Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus Patients in Qatar: A Pilot Study. *International Journal of Rheumatology*, 2018, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2018/6052326>
- Herrera, C. N., Bohórquez Velasco, M., & Tomalá Haz, J. (2020). Lupus eritematoso sistémico juvenil: características clínicas e inmunológicas en una cohorte ecuatoriana de 71 pacientes, experiencia de un Centro. *Medicina*, 22(2), 73–79. <https://doi.org/10.23878/medicina.v22i2.1097>
- Kaul, A., Gordon, C., Crow, M. K., Touma, Z., Urowitz, M. B., van Vollenhoven, R., Ruiz-Irastorza, G., & Hughes, G. (2016). Systemic lupus erythematosus. *Nature Reviews Disease Primers*, 2(1), 16039. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.39>
- Lanigan Gutiérrez, M. E., & Noris García, E. (2017). Niveles de autoestima en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. *Revista Cubana de Reumatología: RCuR*, 19(1), 1–8. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962017000100001
- Mascote Márquez, M. . (2018). DETERMINACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, INMUNOLÓGICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DESDE ENERO 2015 HASTA DICIEMBRE [PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE MEDICINA TRABAJO]. <http://dx.doi.org/10.1186/s13662-017-1121-6><https://doi.org/10.1007/s41980-018-0101-2><https://doi.org/10.1016/j.cnsns.2018.04.019><https://doi.org/10.1016/j.cam.2017.10.014><http://dx.doi.org/10.1016/j.apm.2011.07.041><http://arxiv.org/abs/1502.020>
- Moreno, M. (2016). Manifestaciones del Lupus Eritematoso Sistémico. *El Lupus Es Una Enfermedad Autoinmune y Crónica*.
- Nevarés, A. (2020). Lupus eritematoso sistémico. *Manual MSD.Vision Para Profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-los-huesos,-articulaciones-y-músculos/enfermedades-autoinmunitarias-del-tejido-conjuntivo/lupus-eritematoso-sistémico-les>
- Orbea Jácome, E. A., Orbea Jácome, L. F., Narváez Álvarez, C. M., & Mafla Cuasapaz, A. E. (2022). Lesiones cutáneas en Lupus eritematoso sistémico. *RECIMUNDO*, 6(1), 13–24. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(1\).ene.2022.13-24](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.13-24)
- Peralta Escandón, A., & Rodas Serrano, A. . (2022). Revisión bibliográfica de lupus eritematoso sistémico generalidades, manifestaciones clínicas y su manejo en odontología. *Revista Odontología*, 24(1), 1–11. <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/3278/4414>
- Peter Schur, H., & Bevra Hahn, H. (2020). Epidemiology and pathogenesis of systemic lupus erythematosus. *Up to Date*. <https://www.medilib.ir/uptodate/show/4669>
- Reyes-Florián, G., Seminario-Aliaga, M., Mendoza-Cernaqué, S., & Luna-Muñoz, C. (2021). Clinical spectrum of systemic lupus erythematosus in children. Case report. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 230–233. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i1.3607>
- Rivera Hernández, F., Romera, A., Villabón, P., Sanchez-Escudero, P., Anaya Fernández, S., González López, L., Rivera, I., & Vozmediano Poyatos, C. (2020). Lupus eritematoso sistémico . Nefropatía Lúpica. *Nefrología Al Día*, 263. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-lupus-eritematoso-sistémico-nefropatia-lupica--263>
- Serpa Calderón, J. M., Moncayo Rivera, C. M., Moncayo Rivera, D. M., & Idrovo Idrovo, C. A. (2021). Lupus eritematoso sistémico, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *Anatomía Digital*, 4(1), 244–261. <https://doi.org/10.33262/anatomia-digital.v4i1.1562>
- Wallace, & Hahn, B. (2019). *Dubois' Lupus Erythematosus and Related Syndromes*. (9th ed.). Elseiver.
- Wallace, J. ., & Gladman, D. (2022). Manifestaciones clínicas y diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en adultos. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-systemic-lupus-erythematosus-in-adults>

- Xibillé-Friedmann, D., Pérez-Rodríguez, M., Carrillo-Vázquez, S., Álvarez-Hernández, E., Aceves, F. J., Ocampo-Torres, M. C., García-García, C., García-Figueroa, J. L., Merayo-Chalico, J., Barrera-Vargas, A., Portela-Hernández, M., Sicsik, S., Andrade-Ortega, L., Rosales-Don Pablo, V. M., Martínez, A., Prieto-Seyffert, P., Pérez-Cristóbal, M., Saavedra, M. Á., Castro-Colín, Z., ... Barile-Fabris, L. A. (2019). Guía de práctica clínica para el manejo del lupus eritematoso sistémico propuesta por el Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatología Clínica*, 15(1), 3–20. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.03.011>
- Yazdany, Y. (2018). LUPUS. Hoja Informativa Detallada Sobre El Lupus.
- Zonana-Nacach, A., Rodríguez-Guzmán, L. M., Jiménez-Balderas, F. J., Camargo-Coronel, A., Escobedo-de la Peña, J., & Fraga, A. (2002). Factores de riesgo relacionados con lupus eritematoso sistémico en población mexicana. *Salud Pública de México*, 44(3), 213–218. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342002000300004>
- Zumbado Vásquez, R., Hines Chaves, K. D., & Castro Corrales, V. (2019). Manifestaciones cutáneas de lupus eritematoso, esclerosis sistémica y dermatomiositis. *Revista Medica Sinergia*, 4(6), 53–59. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.215>

CITAR ESTE ARTICULO:

Iles Cuasqui, V. E., Gómez Rojas, I. A., Cadena Pineda, P. A., & Sigüencia Santmartín, J. E. (2022). Actualización en el manejo del Lupus Eritematoso sistémico. *RECIMUNDO*, 6(4), 299-315. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.299-315](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.299-315)

