

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



## Perfil Epidemiológico, Clínico y Laboratorial en Pacientes Varones con Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2006-2015

**Autor:**

**PATRICIA ALEJANDRA FRISANCHO RODRÍGUEZ**

Trabajo de Investigación para obtener el Título

Profesional de Médico Cirujano

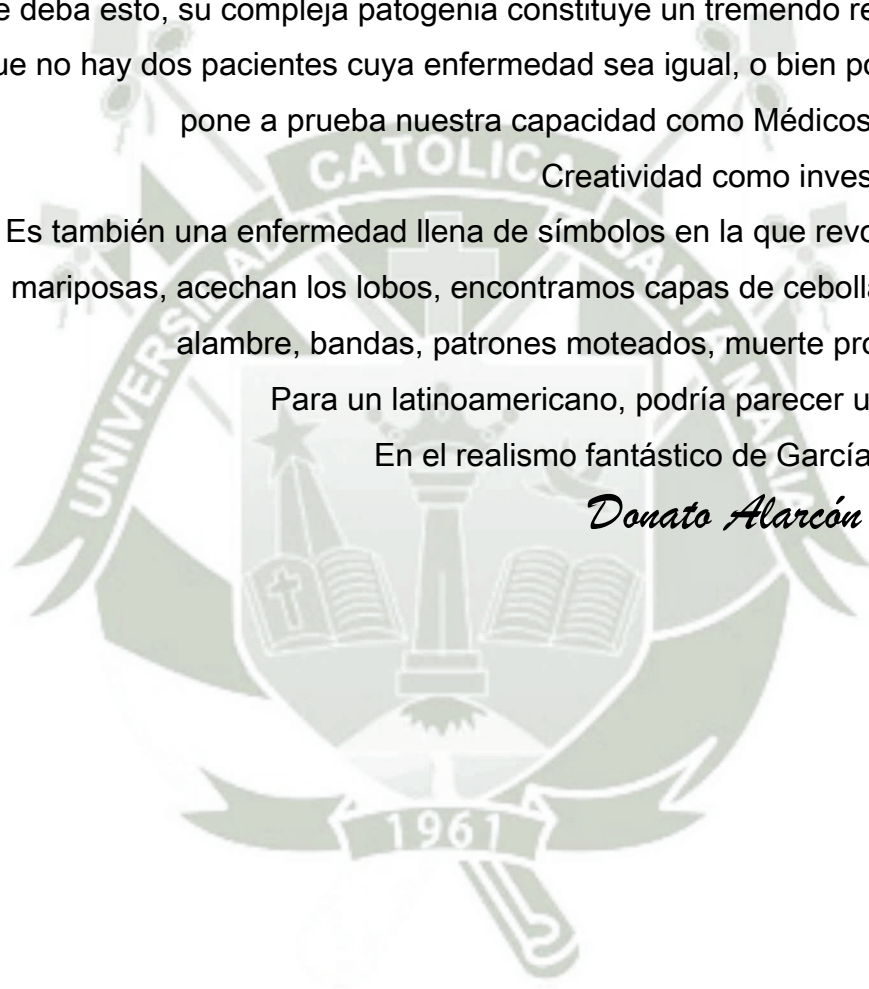
**Arequipa - Perú**

El Lupus Eritematoso es un padecimiento que cautiva a los médicos, los vuelve adeptos, les crea devoción y dedicación de por vida. Es difícil saber a qué se deba esto, su compleja patogenia constituye un tremendo reto, quizás porque no hay dos pacientes cuya enfermedad sea igual, o bien porque esta pone a prueba nuestra capacidad como Médicos o nuestra Creatividad como investigadores.

Es también una enfermedad llena de símbolos en la que revolotean las mariposas, acechan los lobos, encontramos capas de cebolla, asas de alambre, bandas, patrones moteados, muerte programada.

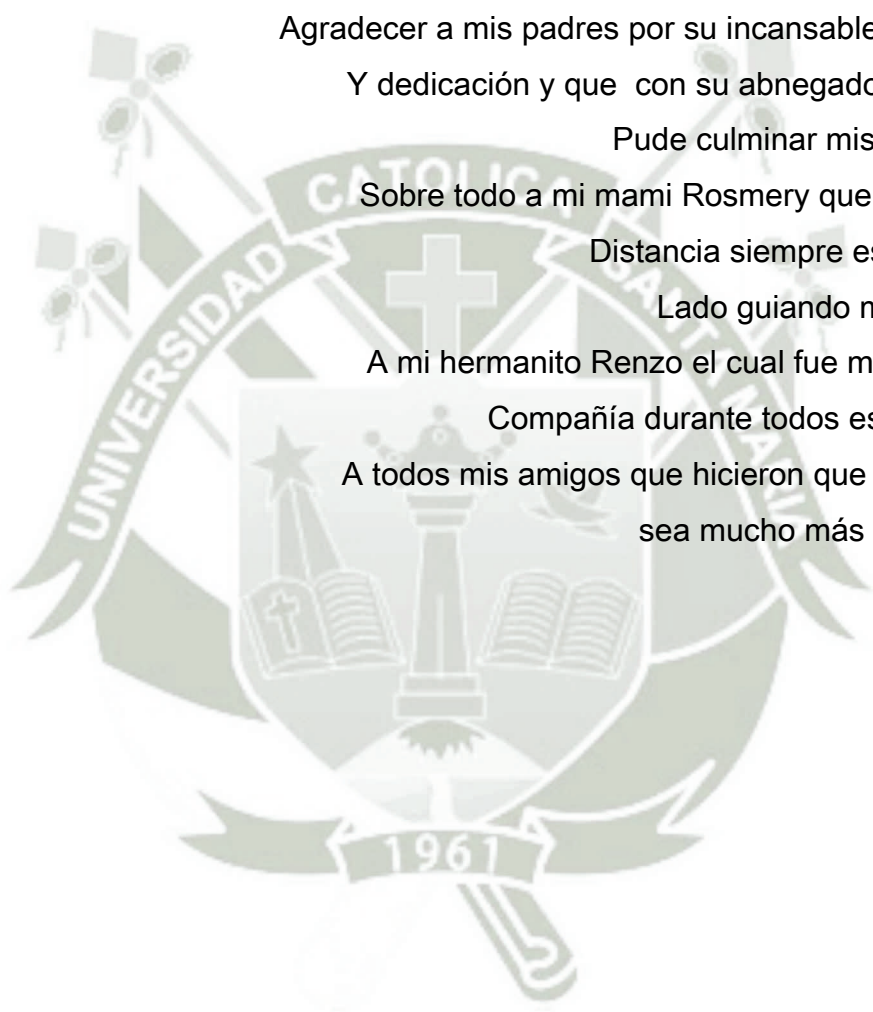
Para un latinoamericano, podría parecer un ejercicio  
En el realismo fantástico de García Márquez.

*Donato Alarcón Segovia*



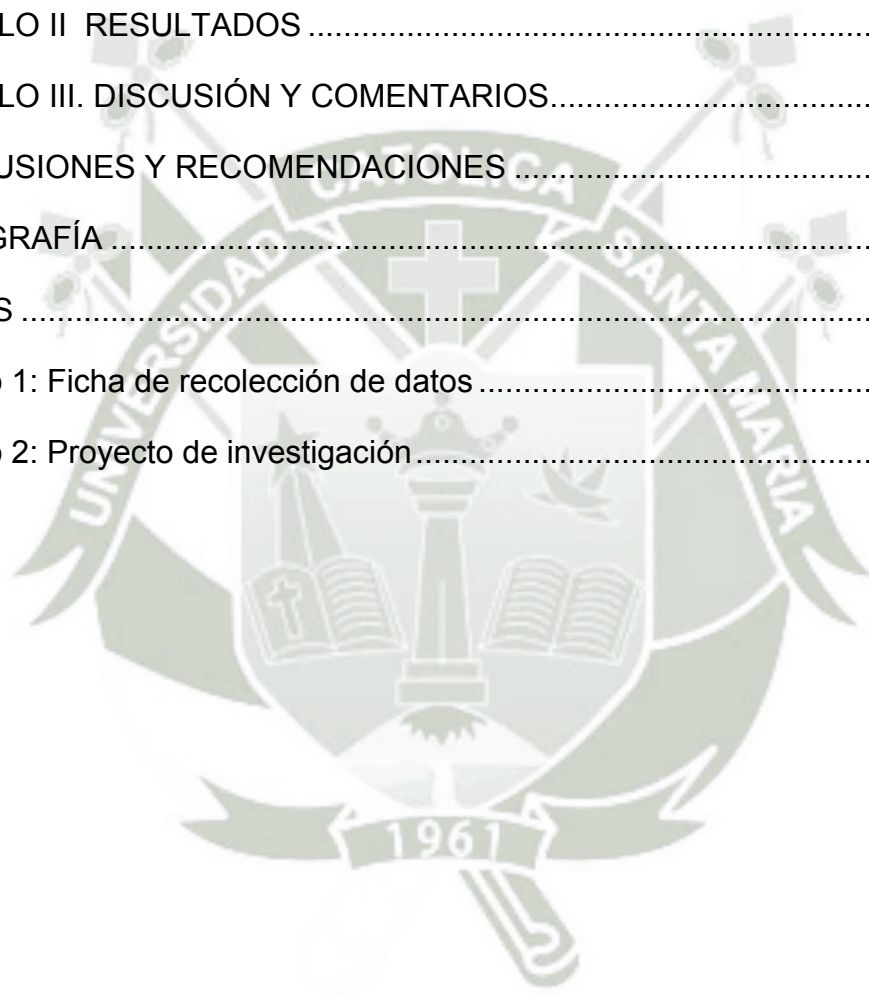
*Dedicatoria:*

Agradecer a mis padres por su incansable sacrificio  
Y dedicación y que con su abnegado esfuerzo  
Pude culminar mis estudios,  
Sobre todo a mi mami Rosmery que aún en la  
Distancia siempre estará a mí  
Lado guiando mis pasos.  
A mi hermanito Renzo el cual fue mi alegría y  
Compañía durante todos estos años.  
A todos mis amigos que hicieron que el camino  
sea mucho más llevadero.



## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS .....	2
CAPÍTULO II RESULTADOS .....	5
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	36
BIBLIOGRAFÍA .....	39
ANEXOS .....	43
Anexo 1: Ficha de recolección de datos .....	44
Anexo 2: Proyecto de investigación.....	45



## RESUMEN

**Antecedentes:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune que afecta más a mujeres, pero también puede afectar a varones.

**Objetivo:** Describir el perfil de detección clínico y laboratorial de los pacientes varones con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2006 - 2015.

**Métodos:** Revisión de historias clínicas de varones con diagnóstico de LES que cumplieron criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** En el periodo de diez años de estudio se atendieron 28 casos de LES en varones. La edad promedio fue de  $35,21 \pm 14,67$  años; el 42,86% eran solteros, la instrucción predominante fue secundaria (60,71%) y la procedencia fue del departamento de Arequipa (75%). El 25% eran estudiantes, 17,86% agricultores. El tiempo de enfermedad promedio fue de  $4,23 \pm 4,72$  meses (rango: 1 a 24 meses). Los síntomas y signos predominantes fueron astenia y adinamia (42,86%), con fiebre en 25% o sensación de alza térmica en 21,43%, el 25% de pacientes mostró eritema malar, y en 14,29% fotosensibilidad o alopecia, con artralgias en 53,57%. En 78,57% los anticuerpos antinucleares (ANA) fueron positivos. Los anticuerpos anti-DNA fueron positivos en 67,86% de casos y las células LE positivas en 89,29% de pacientes. Hubo anemia en 78,57% de pacientes. La creatinina estuvo elevada en 35,71%.

**Conclusiones:** El LES se presenta con frecuencia creciente en varones y tiene un perfil clínico laboratorial característico que debe ser reconocido en forma oportuna.

**PALABRAS CLAVE:** Lupus eritematoso sistémico – varones – manifestaciones clínicas – manifestaciones laboratoriales.

## ABSTRACT

**Background:** Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a chronic inflammatory disease, autoimmune disease that affects more women, but it can also affect men.

**Objective:** To describe the clinical and laboratory profile detection of male patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) treated at the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2006-2015.

**Methods:** Review of clinical records of men diagnosed with SLE who met selection criteria. Results are shown using descriptive statistics.

**Results:** In the period of Ten years of study 28 cases of SLE were treated in males. The average age was  $35.21 \pm 14.67$  years; 42.86% were single, the predominant instruction was high (60.71%) and the origin was the department of Arequipa (75%). 25% were students, farmers 17.86%. The mean disease duration was  $4.23 \pm 4.72$  months (range: 1-24 months). Symptoms and signs were predominant asthenia and adinamia (42.86%), with fever in 25% or sensation of heat rising 21.43%, 25% of patients showed malar rash, photosensitivity and 14.29% or alopecia with arthralgia in 53.57%. In 78.57% antinuclear antibodies (ANA) were positive. The anti-DNA antibodies were positive in 67.86% of cases and positive LE cells in 89.29% of patients. There were 78.57% anemia in patients. Creatinine was elevated in 35.71%.

**Conclusions:** SLE occurs with increasing frequency in males and has a characteristic clinical laboratory profile should be recognized in a timely manner.

**KEY WORDS:** Systemic lupus erythematosus - males - clinical - laboratory.

## INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune en la que los Órganos, tejidos y células se dañan por la adherencia de diversos autoanticuerpos y Complejos inmunes, cursando con una amplia variedad de manifestaciones clínicas. Hasta el 90% de casos corresponden a mujeres en edad reproductiva, pero existe predisposición en ambos sexos, en todas las edades y en todos los grupos étnicos. (1)

Aunque él LES es más frecuente en mujeres que en hombres, en una relación aproximada de 9 a 1, no se ha visto que en estos últimos, la presentación y cuadro clínico sean más severos. (2).

La evolución de esta entidad incluye una gran diversidad de formas y cuadros clínicos, así como, diferentes respuestas al tratamiento, lo que no sólo la hace heterogénea, sino que dificulta el poder predecir el curso de la misma, de manera que él LES puede constituir un trastorno relativamente benigno, o bien seguir una evolución caracterizada por cambios deletéreos que conducen a un desenlace insatisfactorio en pocas semanas o meses (3).

Este trabajo ha sido motivado por el hecho de que la enfermedad se presenta de forma poco frecuente en los pacientes varones y no ha sido estudiada en nuestro medio encontrándose sólo reportes de casos y referencias de otros países, de donde sabemos que él LES en varones presenta particularidades clínicas propias (4). Además debido a que esta patología puede no ser sospechada, es que el diagnóstico tardío origina retrasos en el tratamiento, ocasionando que algunos pacientes evolucionen desfavorablemente falleciendo al cabo de pocos años, y en otros casos desarrollan complicaciones de diversa severidad que empeoran el estado del paciente y lo exponen más al riesgo de muerte.

## CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la Observación documental.

**Instrumentos:** El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

**Materiales:**

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora portátil con Sistema Operativo Windows 10, Paquete Office 2016 para Windows y Programa SPSS v.22 para Windows.

### 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, el mismo que está ubicado en la Avenida Daniel Alcides Carrión en el distrito, Provincia y Departamento de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma histórica durante el período de enero del año 2006 hasta el mes de diciembre del año 2015.

2.3. **Unidades de estudio:** Historias clínicas de pacientes varones que presentaron diagnóstico de lupus eritematoso sistémico atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

**Población:** Todas las historias clínicas de pacientes varones que presentaron diagnóstico de lupus eritematoso sistémico atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo de estudio.

**Muestra:** No se calculó un tamaño muestral ya que se abarcó a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

## 2.4. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Historias clínicas de pacientes de cualquier edad de sexo masculino que han tenido el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico mediante estudios clínicos, laboratoriales y/o anatomopatológicos que consignen todos los datos necesarios para la medición de las variables del estudio.

- **Exclusión**

- Historias clínicas incompletas o que tengan datos ilegibles.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de una investigación descriptiva observacional, retrospectivo.

## 4. Estrategia de Recolección de datos

### 4.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto se realizaron las coordinaciones necesarias con el Decano de la Facultad de Medicina Humana para el envío de una carta de Presentación dirigida al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Para obtener la relación de pacientes varones con el diagnóstico de lupus, se obtuvo una lista del departamento de informática mediante el código CIE -10 correspondiente. Luego se identificó la población y se solicitó el número de historia clínica de cada paciente.

Posteriormente se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes Varones con lupus eritematoso sistémico según el cumplimiento del Criterio de inclusión,

Se recolectaron datos pertinentes de las historias clínicas de los pacientes seleccionados mediante la ficha de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, se procedió a la elaboración de la base de datos en el Programa Excel y al análisis estadístico, luego se elaboró el informe final.

#### **4.2. Validación de los instrumentos**

No se requiere de validación por tratarse de una ficha de recolección de información.

#### **4.3. Criterios para manejo de resultados**

##### **a) Plan de Recolección**

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento de las autoridades hospitalarias.

##### **b) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

##### **c) Plan de Clasificación:**

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

##### **d) Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

##### **e) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

##### **f) Plan de análisis**

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.



# CAPÍTULO II

# RESULTADOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON LES**

**CUADRO 1**

**Distribución de varones con LES según edad**

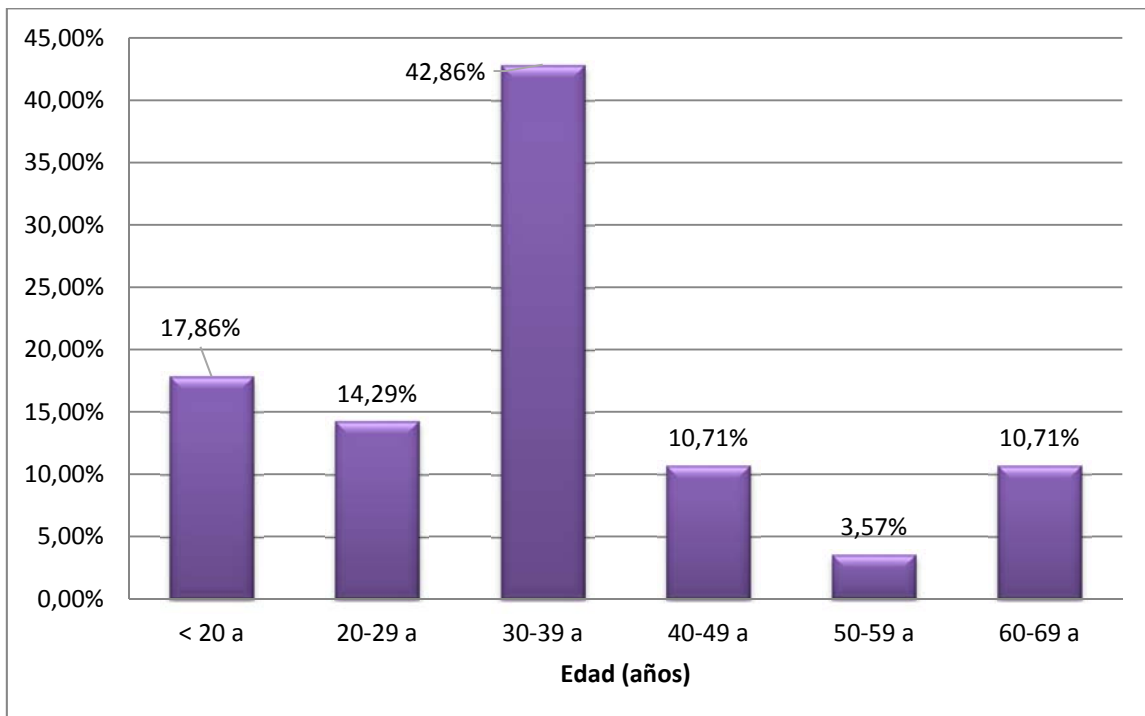
Edad (años)	N°	%
< 20 a	5	17,86%
20-29 a	4	14,29%
<b>30-39 a</b>	<b>12</b>	<b>42,86%</b>
40-49 a	3	10,71%
50-59 a	1	3,57%
60-69 a	3	10,71%
Total	28	100,00%

En el **Cuadro y Gráfico 1** se muestra la edad de los pacientes; el 42,86% de casos tuvo entre 30 y 39 años, siendo el grupo etario más frecuentemente hallado; asimismo, encontramos que el 17,86% de casos fueron adolescentes; mientras que el 10,71%, fueron adultos mayores, con una edad promedio de  $35,21 \pm 14,67$  años.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015**

**GRÁFICO 1**

**Distribución de varones con LES según edad**



Edad promedio  $\pm$  D. estándar (mín – máx): 35,21  $\pm$  14,67 años  
(14 – 66 años)

Nuestros hallazgos fueron similares a lo encontrado en un estudio realizado en España, en donde se evaluó un total de 776 pacientes, 85 de los cuales eran varones, siendo la edad media al diagnóstico de 31,2 años.

Asimismo, un estudio japonés reveló que la edad media en varones fue de 38,7 años; con un rango entre 16 y 63 años; lo que se asemeja a nuestra evaluación y a nuestros resultados.

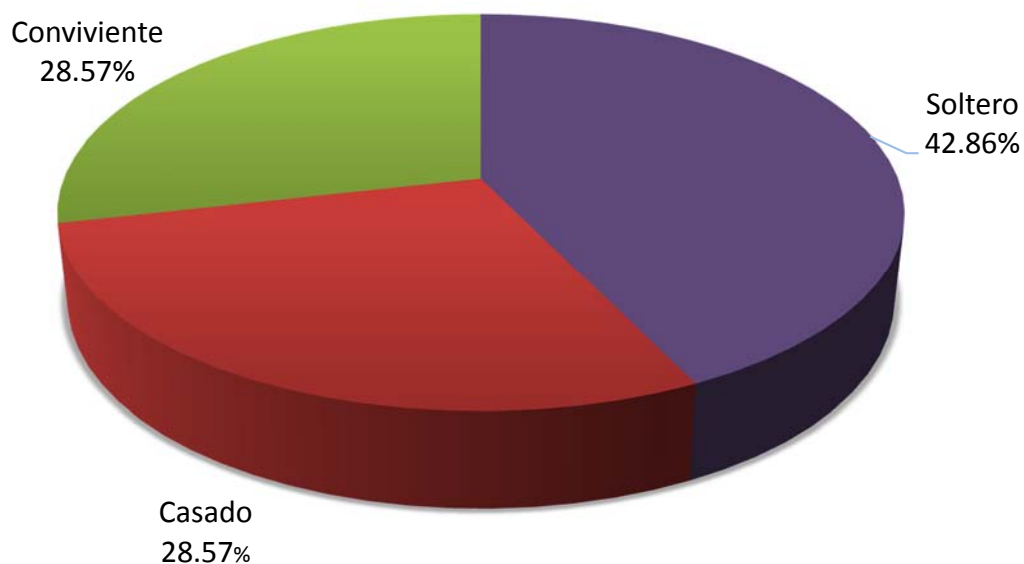
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

**Cuadro 2**

**Distribución de varones con LES según Estado civil**

E. civil	N°	%
Soltero	12	42,86%
Casado	8	28,57%
Conviviente	8	28,57%
Total	28	100,00%

**Gráfico 2**



En el **Cuadro y Gráfico 2** se muestra el estado civil de los pacientes varones con LES; encontrándose que el 42,86% eran solteros, el 28,57% casados y en la misma proporción convivientes.

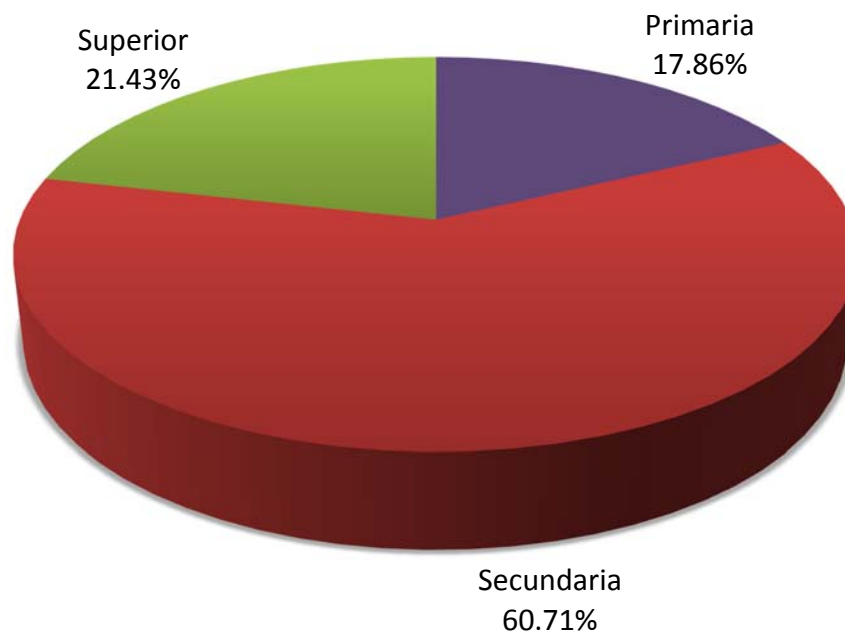
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

**Cuadro 3**

**Distribución de varones con LES según nivel de instrucción**

Instrucción	N°	%
Primaria	5	17,86%
Secundaria	17	60,71%
Superior	6	21,43%
Total	28	100,00%

**Gráfico 3**



En el **Cuadro y Gráfico 3**. La instrucción predominante fue secundaria en 60,71%, con 21,43% de pacientes con educación superior.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

**Cuadro 4**

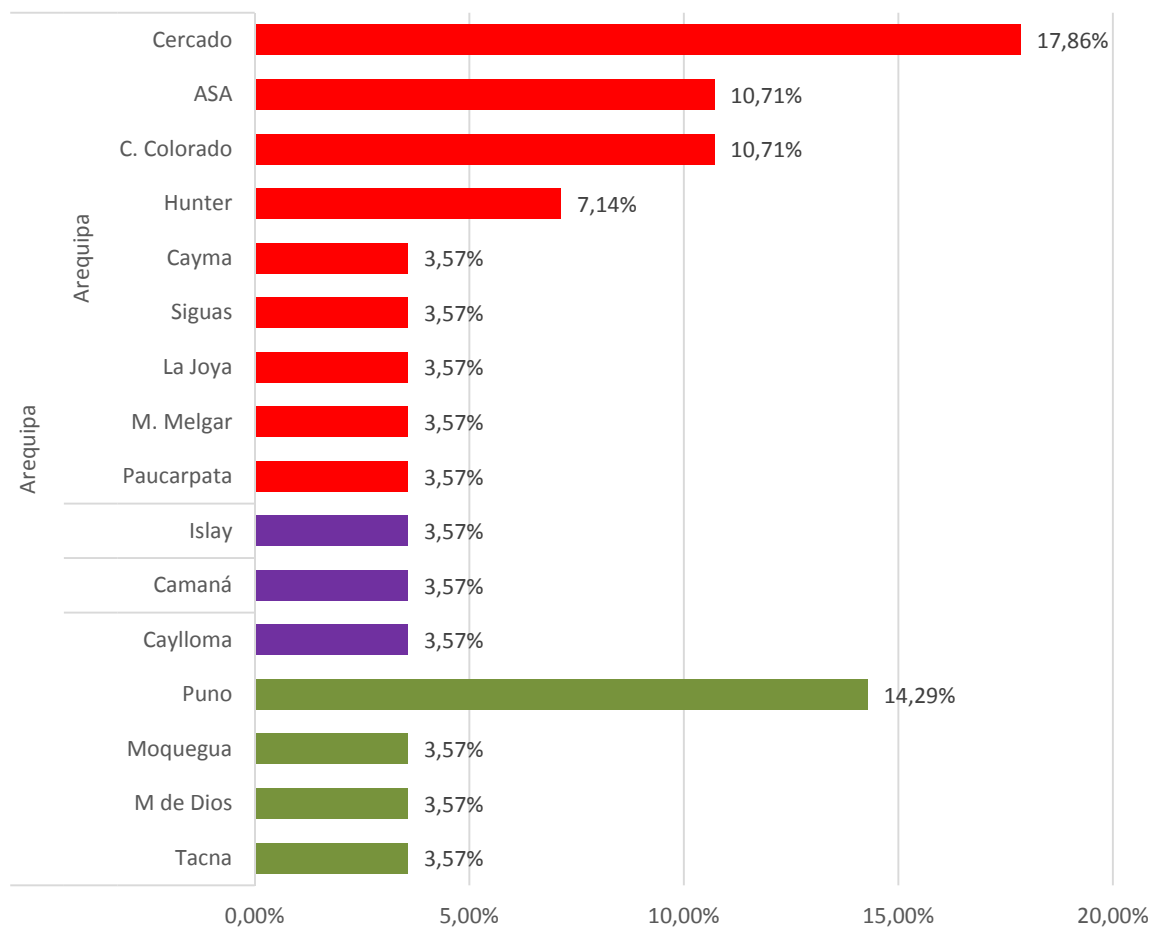
**Distribución de varones con LES según procedencia**

Departamento	Provincia	Distrito	N°	%
Arequipa	Arequipa	Cercado	5	17,86%
		ASA	3	10,71%
		C. Colorado	3	10,71%
		Hunter	2	7,14%
		Cayma	1	3,57%
		Siguas	1	3,57%
		La Joya	1	3,57%
		M. Melgar	1	3,57%
		Paucarpata	1	3,57%
	Islay	1	3,57%	
	Camaná	1	3,57%	
Caylloma	1	3,57%		
Puno			4	14,29%
Moquegua			1	3,57%
M de Dios			1	3,57%
Tacna			1	3,57%
Total			28	100,00%

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015**

**Gráfico 4**

**Distribución de varones con LES según procedencia**



La procedencia de la mayoría de los pacientes fue del departamento de Arequipa (75%), con 14,29% de pacientes provenientes de Puno, y en menor proporción de otros departamentos; entre los procedentes de Arequipa, el 64,27% eran de la provincia de Arequipa, y sobre todo del distrito del Cercado (17,86%), con 10,71% de pacientes de Alto Selva Alegre o Cerro Colorado, entre otros.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

**Cuadro 5**

**Distribución de varones con LES según ocupación**

Ocupación	N°	%
Ninguna	4	14,29%
Estudiante	7	25,00%
Agricultor	5	17,86%
Chofer	3	10,71%
Comerciante	3	10,71%
Obrero	2	7,14%
Mecánico	1	3,57%
Supervisor	1	3,57%
Técnico	1	3,57%
Vidriero	1	3,57%
Total	28	100,00%

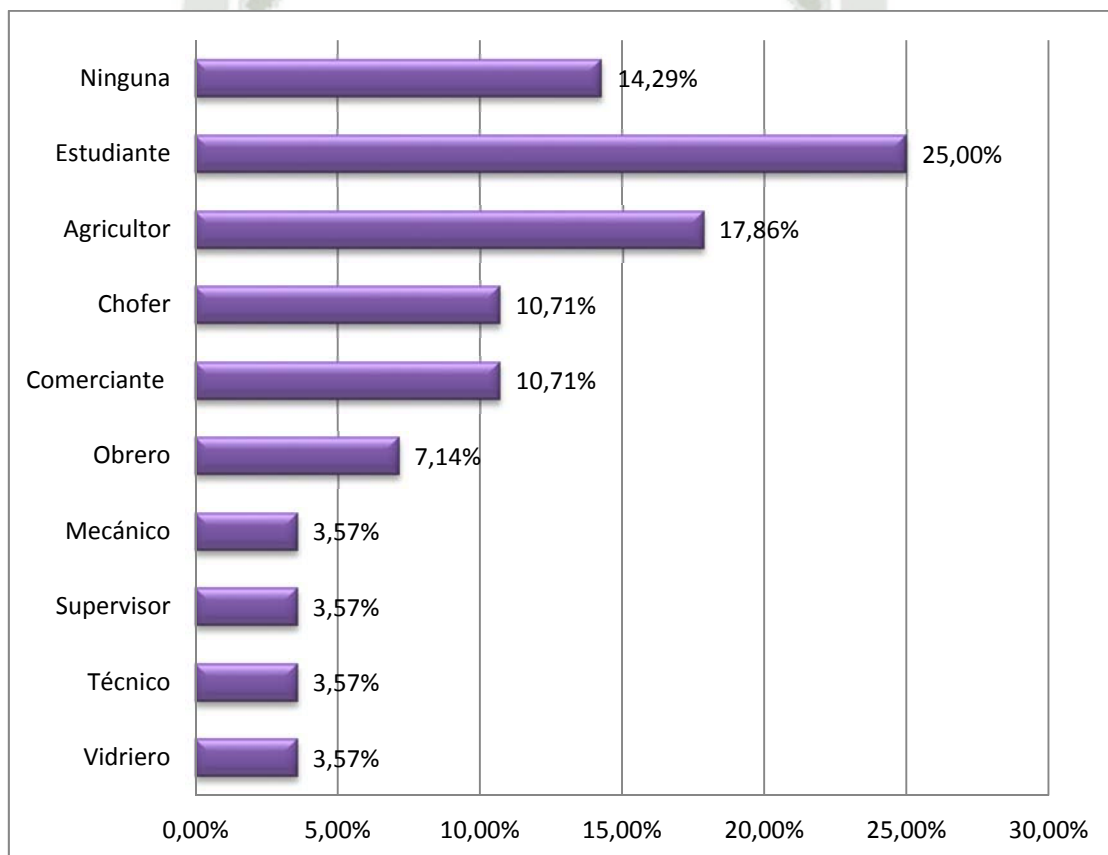
En el **Cuadro y Gráfico 5**; el 25% eran estudiantes, 17,86% agricultores, 10,71% choferes o comerciantes, y en menor proporción hubo obrero, mecánicos, supervisores o técnicos, y 14,29% no tenían ocupación.

No se cuenta con estudios en donde se describa el estado civil, grado de instrucción o lugar de procedencia de los pacientes para compararlos con el nuestro.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

Gráfico 5

Distribución de varones con LES según ocupación



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

**PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES**

**Cuadro 6**

**Distribución de antecedentes patológicos en los pacientes con LES**

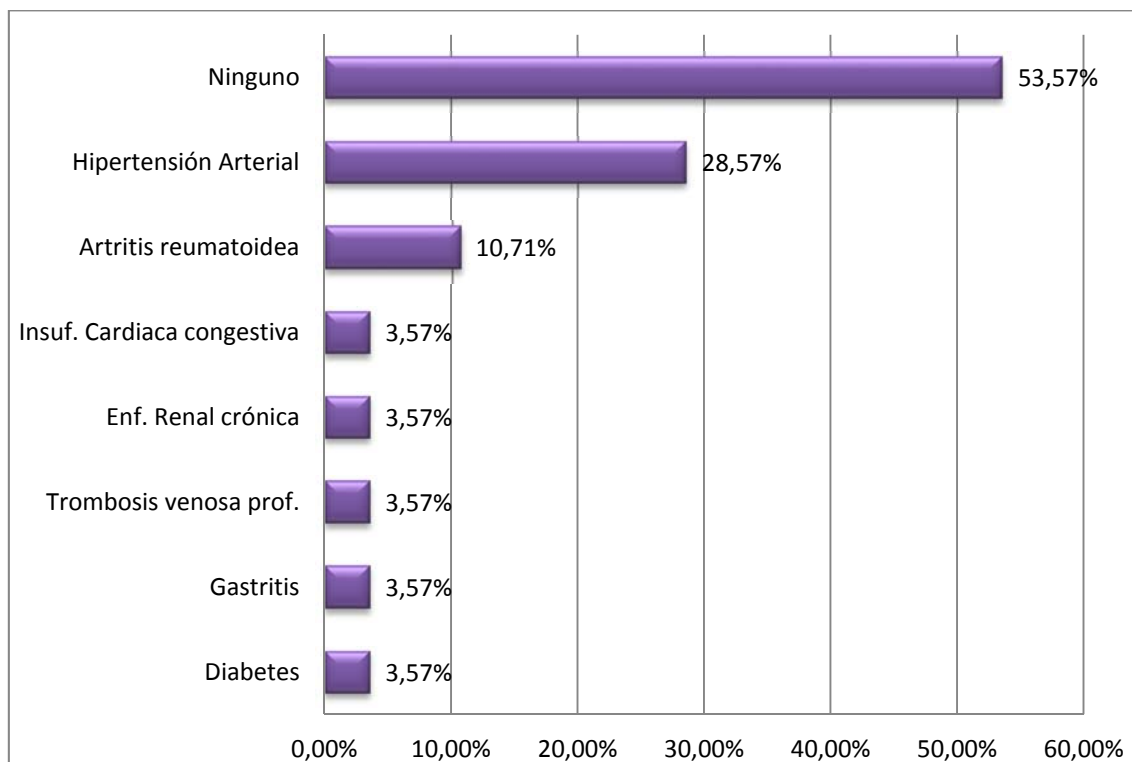
<b>Antecedente</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ninguno	15	53,57%
Hipertensión Arterial	8	28,57%
Artritis Reumatoidea	3	10,71%
Insuf. Cardíaca congestiva	1	3,57%
Enf. Renal crónica	1	3,57%
Trombosis venosa Prof.	1	3,57%
Gastritis	1	3,57%
Diabetes	1	3,57%

En el **Cuadro y Gráfico 6** muestran los antecedentes de importancia, que se registraron en 46,43% de pacientes, en especial la hipertensión arterial (28,57%) o la artritis Reumatoidea (10,71%), con casos individuales de patologías como insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica o trombosis venosa profunda, entre otras. Además un 53,57% el cual es un poco más de la mitad no presento antecedentes patológicos.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

Gráfico 6

Distribución de antecedentes patológicos en los pacientes con LES



No se encontró estudios referentes al LES en varones los cuales describan los antecedentes patológicos no pudiendo comparar nuestro estudio con otros. Sin embargo, en un estudio realizado en hombres y mujeres, se encontró que el 88.2% de los evaluados presentaron hipertensión arterial y que además la cardiopatía es 8,4 veces más frecuente en pacientes con LES e hipertensión arterial que en aquellos que no la tienen. No podemos compararlo con nuestra evaluación debido al factor sexo, ya que nosotros sólo evaluamos pacientes varones.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

**Cuadro 7**

**Distribución de Tiempo de Enfermedad al Diagnóstico  
En Pacientes Varones con LES**

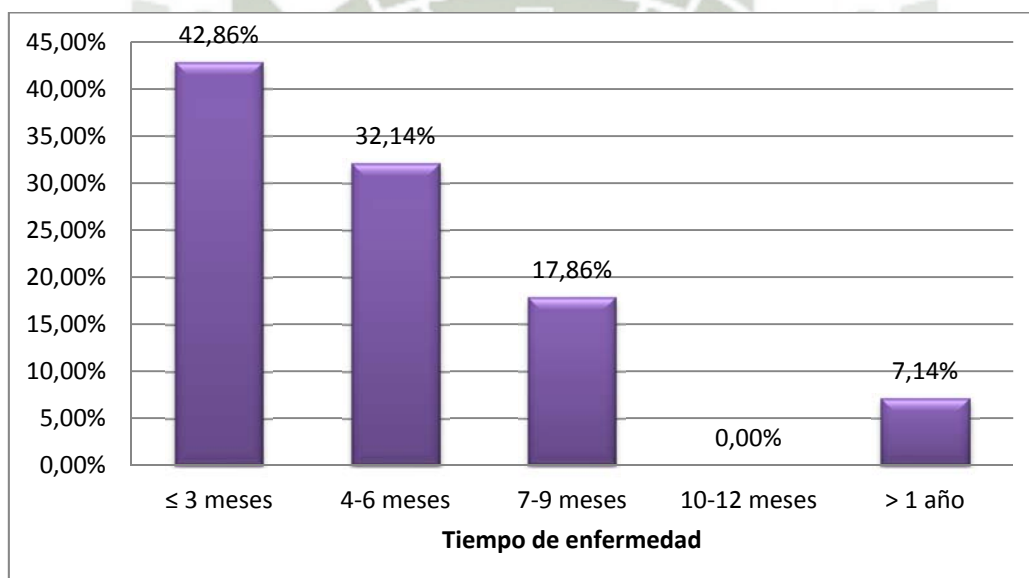
Tiempo de Enfermedad	N°	%
≤ 3 meses	12	42.86%
4-6 meses	9	32.14%
7-9 meses	5	17.86%
10-12 meses	0	0.00%
> 1 año	2	7.14%
Total	28	100.00%

En el **Cuadro y Gráfico 7** se muestra el tiempo de enfermedad al diagnóstico en pacientes varones con LES; el 42.86 % mostró síntomas por 3 meses o menos, Además se encontró que dos paciente (7.14%) presentaron tiempo de enfermedad mayor a un año .con una duración promedio de  $4,48 \pm 4,92$  meses (rango de 1 a 24 meses). No se ha encontrado evaluaciones similares en la literatura en relación al tiempo de evolución de la enfermedad hasta el momento del diagnóstico, por lo que no podemos compararlos con nuestros resultados.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

Gráfico 7

Distribución de Tiempo de Enfermedad al Diagnóstico  
En Pacientes Varones con LES



Tiempo promedio  $\pm$  D. estándar (mín – máx): 4,48  $\pm$  4,92 meses  
(1 – 24 meses)

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

**Cuadro 8**

**Distribución de manifestaciones clínicas en los pacientes con LES**

		N°	%
Generales	Adinamia	12	42,86%
	Astenia	12	42,86%
	Fiebre	7	25,00%
	SAT	6	21,43%
	Pérdida de peso	4	14,29%
	Hiporexia	1	3,57%
	Edema	21	75,00%
Cutáneas	Eritema malar	13	46,43%
	Fotosensibilidad	4	14,29%
	Alopecia	4	14,29%
M. Esq,	Artralgias	15	53,57%
	Mialgias	1	3,57%

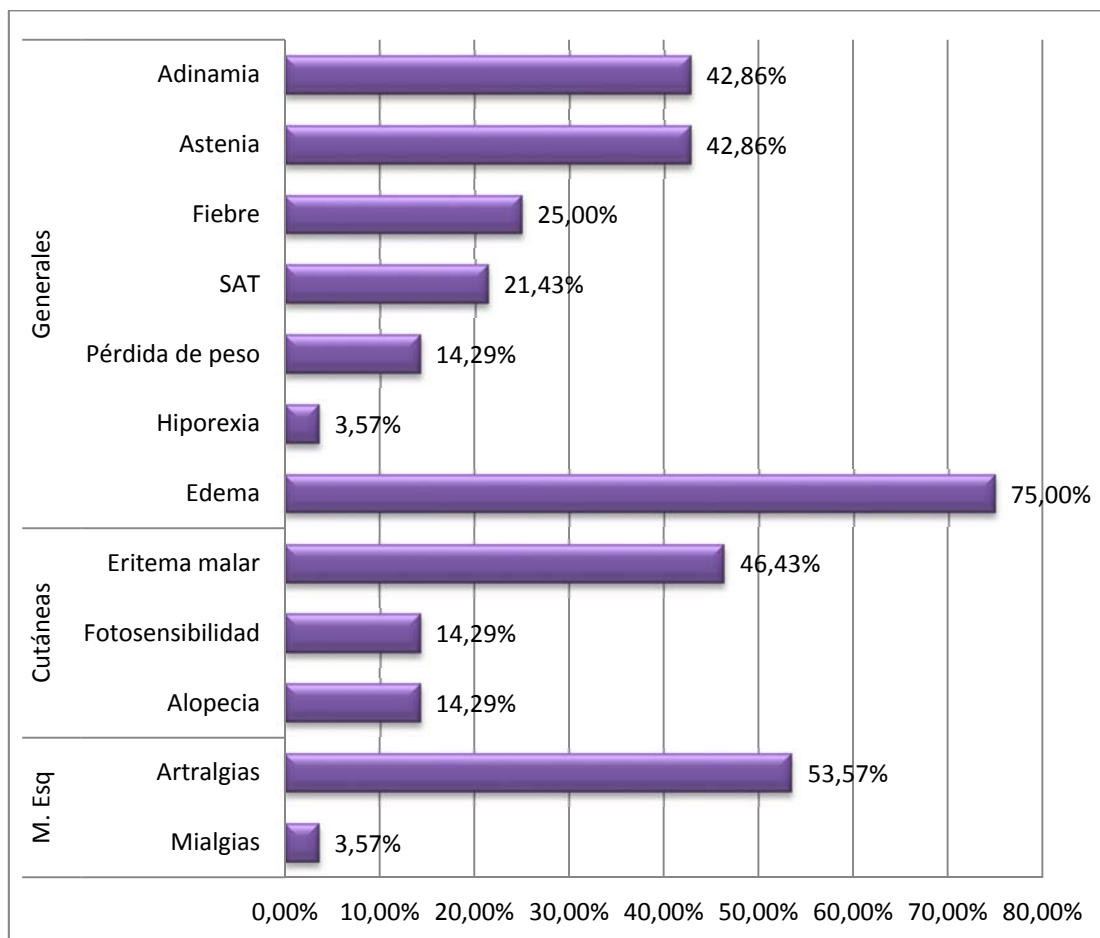
**Cuadro y Gráfico 8 y 9**, Podemos observar en nuestro estudio que el síntoma que predominó en general fue el edema, el cual estuvo presente en el 75% de nuestros pacientes. En su mayoría siendo en miembros inferiores, para lo cual se le puede atribuir a diferentes causas, como el síndrome nefrótico o la insuficiencia cardíaca que presentaron nuestros pacientes. No se ha encontrado estudios donde refieran el edema como síntoma inicial.

Entre los síntomas principales el 53,57% refirió artralgias, además un 42,85% de los pacientes presentó adinamia y astenia, y un 35,71% presentó Disnea.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

Gráfico 8

Distribución de manifestaciones clínicas en los pacientes con LES



En nuestro estudio Hubo artralgias con un 53,57% el cual tiene similitud con otros estudios en los cuales los síntomas iniciales más comunes fue este, como el estudio de Font, donde se evidencia que la artritis es el síntoma más frecuente al inicio de la enfermedad, hasta en un 40%. De igual forma, una evaluación realizada en Irán, muestra la artritis como principal síntoma hasta en el 61.1% de sus pacientes varones.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015**

**Cuadro 9**

**Distribución de manifestaciones clínicas en los pacientes con LES  
(cont.)**

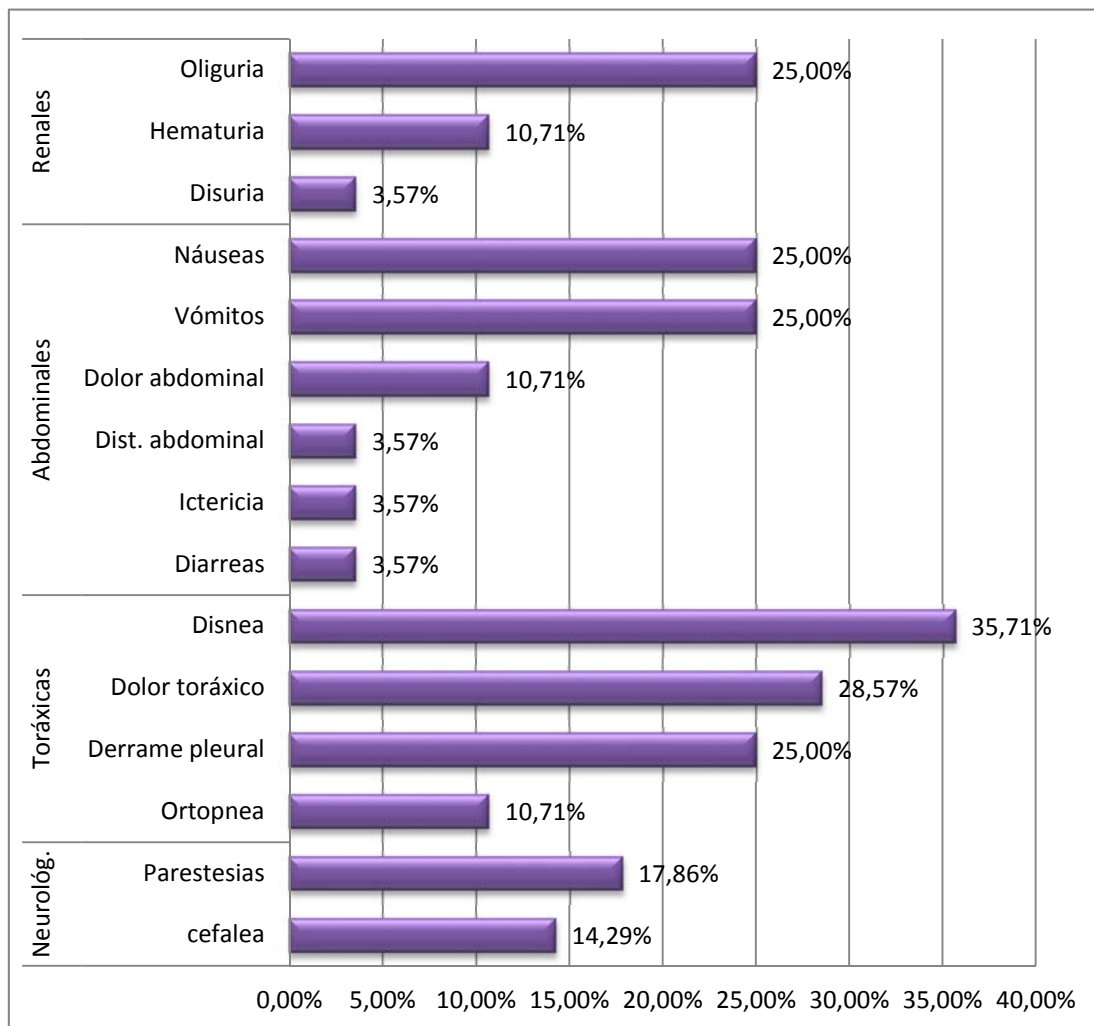
		<b>N°</b>	<b>%</b>
Renales	Oliguria	7	25,00%
	Hematuria	3	10,71%
	Disuria	1	3,57%
Abdominales	Náuseas	7	25,00%
	Vómitos	7	25,00%
	Dolor abdominal	3	10,71%
	Dist. abdominal	1	3,57%
	Ictericia	1	3,57%
	Diarreas	1	3,57%
Torácicas	Disnea	10	35,71%
	Dolor torácico	8	28,57%
	Derrame pleural	7	25,00%
	Ortopnea	3	10,71%
Neurológica	Parestesias	5	17,86%
	cefalea	4	14,29%

En 35,71% de pacientes hubo disnea, en 28,57% dolor torácico, y en 25% se encontró derrame pleural.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

Gráfico 9

Distribución de manifestaciones clínicas en los pacientes con LES  
(cont.)



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015**

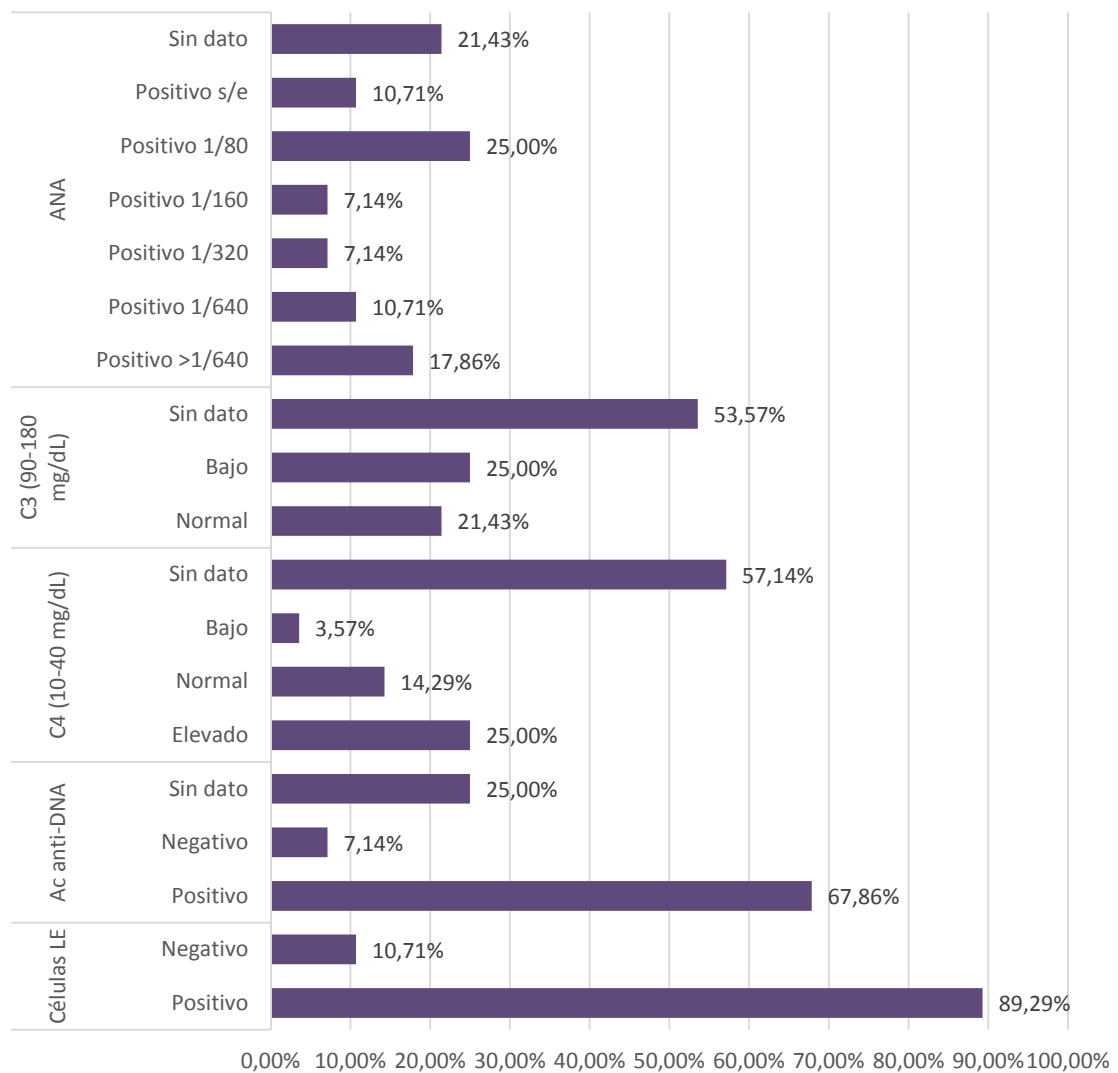
**Cuadro 10**

**Distribución de marcadores laboratoriales inmunológicos  
en pacientes con LES**

		<b>N°</b>	<b>%</b>
ANA	Sin dato	6	21,43%
	Positivo s/e	3	10,71%
	Positivo 1/80	7	25,00%
	Positivo 1/160	2	7,14%
	Positivo 1/320	2	7,14%
	Positivo 1/640	3	10,71%
	Positivo >1/640	5	17,86%
Ac anti-DNA	Sin dato	7	25,00%
	Negativo	2	7,14%
	Positivo	19	67,86%
C3 (90-180 mg/dL)	Sin dato	15	53,57%
	Bajo	7	25,00%
	Normal	6	21,43%
C4 (10-40 mg/dL)	Sin dato	16	57,14%
	Bajo	1	3,57%
	Normal	4	14,29%
Células LE	Elevado	7	25,00%
	Negativo	3	10,71%
	Positivo	25	89,29%

**Gráfico 10**

**Distribución de marcadores laboratoriales inmunológicos  
En pacientes con LES**



En el **Cuadro y Gráfico 10** muestran los marcadores inmunológicos, en 78,57% los anticuerpos antinucleares (ANA) fueron positivos la mayoría con diluciones altas. La fracción C3 del complemento estuvo baja en 25% de casos, y la fracción C4 lo estuvo en 3,57% de casos con valores elevados en 25%. Los anticuerpos anti-DNA fueron positivos en 67,86% de casos y las células LE positivas en 89,29% de pacientes.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

**Cuadro 11**

**Distribución de marcadores laboratoriales hematológicos en pacientes  
con LES**

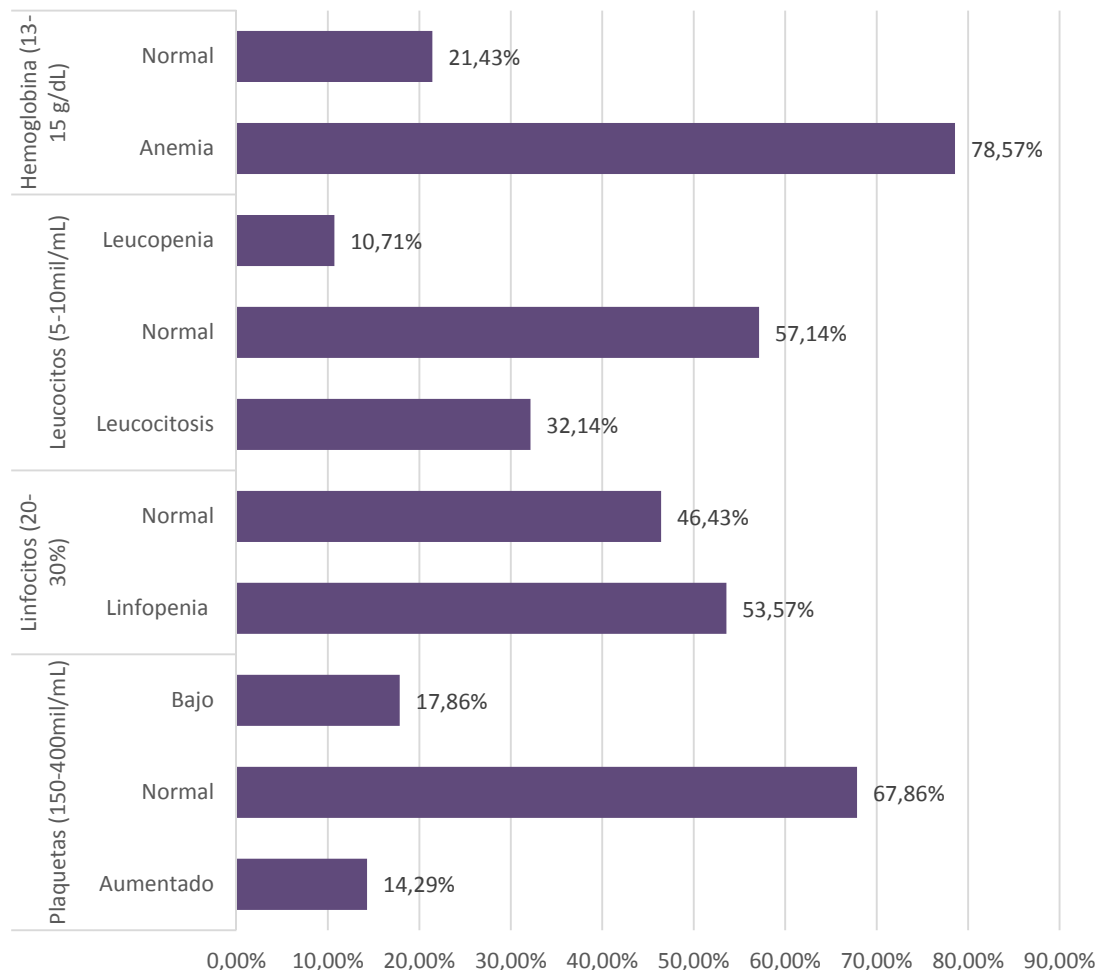
		N°	%
Hemoglobina (13-15 g/dL)	Normal	6	21.43%
	Anemia	22	78.57%
Leucocitos (5-10mil/mL)	Leucopenia	3	10.71%
	Normal	16	57.14%
	Leucocitosis	9	32.14%
Linfocitos (20-30%)	Normal	13	46.43%
	Linfopenia	15	53.57%
Plaquetas (150-400mil/mL)	Bajo	5	17.86%
	Normal	19	67.86%
	Aumentado	4	14.29%

En el **Cuadro y Gráfico 11**, mostraron anemia en 78,57% de pacientes, con leucopenia en 10,71% y leucocitosis en 32,14%, y Linfopenia en un 53.57% de casos. Las plaquetas estuvieron disminuidas en 17,86% de pacientes. La mayoría de estudios mencionan estos hallazgos, que son propios del LES y no tienen relación con el sexo.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015**

**Gráfico 11**

**Distribución de marcadores laboratoriales hematológicos en pacientes  
con LES**



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

**Cuadro 12**  
**Distribución de marcadores laboratoriales renales en los**  
**Pacientes con LES**

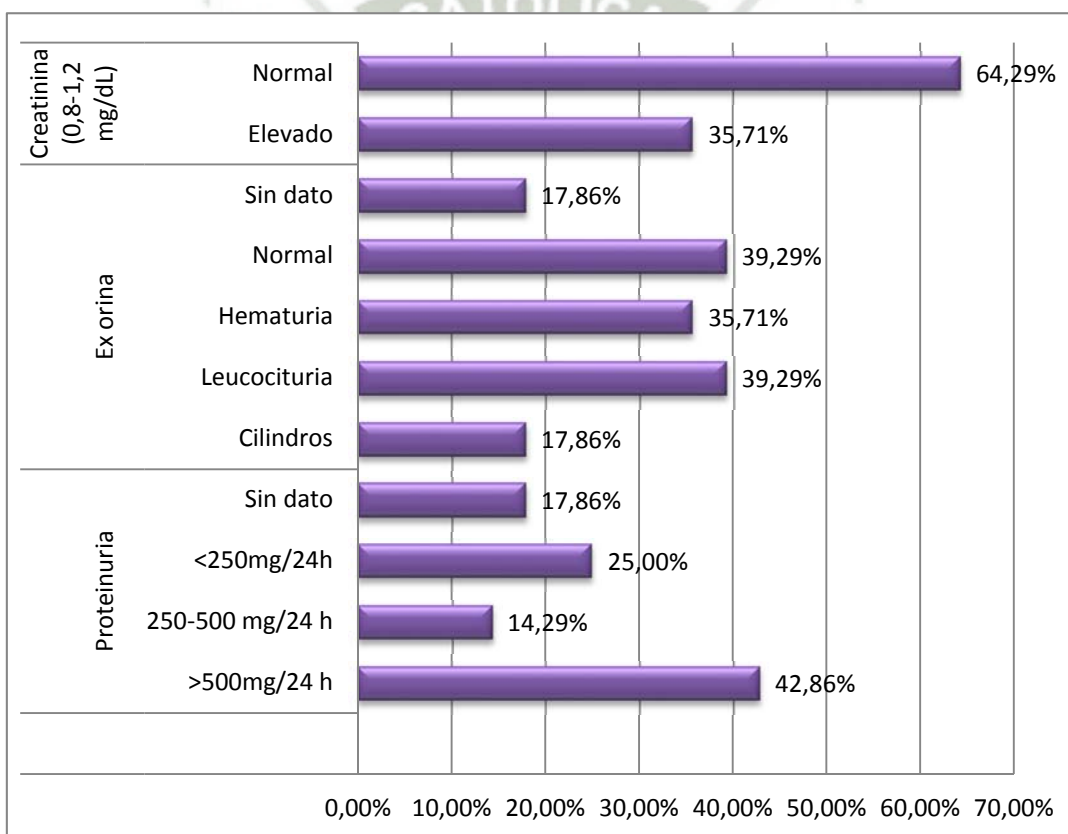
		N°	%
Creatinina (0,8-1,2 mg/dL)	Normal	18	64,29%
	Elevado	10	35,71%
Examen de orina	Sin dato	5	17,86%
	Normal	11	39,29%
	Hematuria	10	35,71%
	Leucocituria	11	39,29%
	Cilindros Celulares	5	17,86%
Proteinuria 24 horas	Sin dato	5	17,86%
	<250mg/24h	7	25,00%
	250-500 mg/24 h	4	14,29%
	>500mg/24 h	12	42,86%

En el **Cuadro y Gráfico 12** se presentan los marcadores laboratoriales de función renal; la creatinina estuvo elevada en 35,71%. En el examen de orina hubo hematuria en 35,71%, leucocituria en 39,29% y cilindros en 17,86% de pacientes. Se encontró proteinuria por encima de 500 mg en orina de 24 horas en 42,86% de casos. Faezi halló que el 52.7% de varones la presentaron, esto último se asemeja a nuestros resultados, se correlaciona con lo que menciona la literatura y podría deberse al mayor número de pacientes evaluados por dicho autor.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015**

**Gráfico 12**

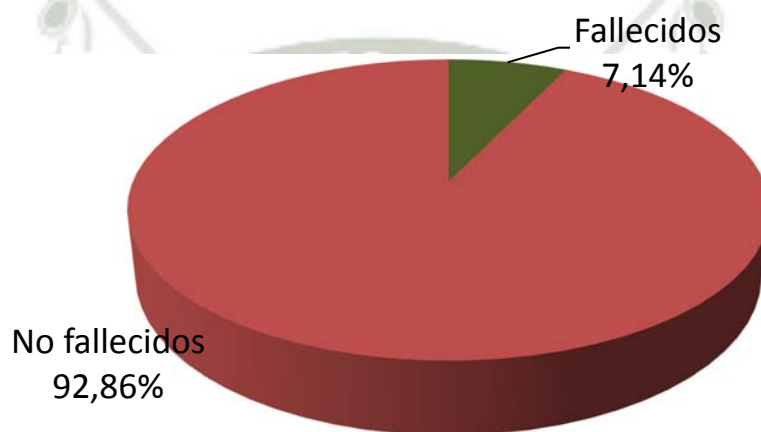
**Distribución de marcadores laboratoriales renales en los pacientes con  
LES**



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

GRAFICO 13

MORTALIDAD EN PACIENTES VARONES CON LUPUS ERITEMATOSO  
SISTEMICO



En el **Gráfico 13** de nuestro estudio presento dos pacientes fallecidos (7.14%) Y el 92.86% no fallecieron pero se tiene que tener en cuenta que no se tiene seguimiento de un 28.57% en los últimos 6 meses.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO  
SISTÉMICO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2006-2015

CUADRO 14

CAUSAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES VARONES CON LUPUS  
ERITEMATOSO SISTEMICO

Causa de Mortalidad	Numero	Porcentaje
Infecciones: Neumonía Adquirida en la Comunidad	1	3.57%
Trastorno renal : Insuficiencia Renal Aguda	1	3.57%
Ninguna	26	92.86%
TOTAL	28	100%

En el **Cuadro 14** observamos las causas de mortalidad en los casos fallecidos, donde uno de ellos presento shock séptico: foco pulmonar y el otro paciente presento trastorno renal: Insuficiencia renal aguda.

En el Estudio retrospectivo realizado a 71 pacientes (56 mujeres y 15 hombres en la universidad Cayetano Heredia con Diagnostico definido de LES en el hospital general Nacional dos de mayo entre los años 1980 y 1983; se concluye que las complicaciones más frecuentes fueron los cuadros infecciosos a repetición y las causas probables de muerte fueron principalmente la insuficiencia renal crónica terminal y la bronconeumonía lo que concordaría parcialmente con nuestro estudio.

### CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objeto de describir el perfil epidemiológico, clínico y Laboratorial de los pacientes varones con Lupus Eritematoso Sistémico atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, durante el período 2006 - 2015. Se realizó la presente investigación debido a que esta enfermedad se presenta de forma poco frecuente en los pacientes varones y no ha sido estudiada en nuestro medio encontrándose sólo reportes de casos y referencias de otros países, de donde sabemos que el LES en varones presenta particularidades clínicas propias.

Además debido a que esta patología puede no ser sospechada, es que el diagnóstico tardío origina retrasos en el tratamiento, ocasionando que algunos pacientes evolucionen desfavorablemente falleciendo al cabo de pocos años, y en otros casos desarrollan complicaciones de diversa severidad que empeoran el estado del paciente y lo exponen más al riesgo de muerte.

Para tal fin se revisaron las historias clínicas de pacientes varones con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) que cumplieron criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

En el periodo de Diez años de estudio se atendieron 28 casos de LES en varones. Mostramos primero las **características epidemiológicas**. En el **Cuadro y Gráfico 1** se muestra la edad de los pacientes; el 42,86% de casos tuvo entre 30 y 39 años, siendo el grupo etario más frecuentemente hallado; asimismo, encontramos que el 17,86% de casos fueron adolescentes; mientras que el 10,71%, fueron adultos mayores, con una edad promedio de  $35,21 \pm 14,67$  años.

Nuestros hallazgos fueron similares a lo encontrado en un estudio realizado en España, en donde se evaluó un total de 776 pacientes, 85 de

los cuales eran varones, siendo la edad media al diagnóstico de 31,2 años. Asimismo, un estudio japonés reveló que la edad media en varones fue de 38,7 años; con un rango entre 16 y 63 años; lo que se asemeja a nuestra evaluación y a nuestros resultados. Sin embargo, Vargas, et al encontraron que la edad promedio al diagnóstico en varones fue de 19 años, lo que no coincide con nuestra evaluación, debido a que en este estudio el rango de edad encontrado fue de 15 a 31 años, a diferencia nuestra que tuvimos más casos en pacientes mayores de 30 años.

En el **Cuadro y Gráfico 2** se muestra el estado civil de los pacientes varones con LES; encontrándose que el 42,86% eran solteros, el 28,57% casados y en la misma proporción convivientes. La instrucción predominante fue secundaria en 60,71%, con 21,43% de pacientes con educación superior (**Cuadro y Gráfico 3**). La procedencia de la mayoría de los pacientes fue del departamento de Arequipa (75%), con 14,29% de pacientes provenientes de Puno, y en menor proporción de otros departamentos; entre los procedentes de Arequipa, el 64,27% eran de la provincia de Arequipa, y sobre todo del distrito del Cercado (17,86%), con 10,71% de pacientes de Alto Selva Alegre o Cerro Colorado, entre otros. No se cuenta con estudios en donde se describa el estado civil, grado de instrucción o lugar de procedencia de los pacientes para compararlos con el nuestro.

**Cuadro y Gráfico 4.** La ocupación de los pacientes varones con LES se muestra en el **Cuadro y Gráfico 5**; el 25% eran estudiantes, 17,86% agricultores, 10,71% choferes o comerciantes, y en menor proporción hubo obrero, mecánicos, supervisores o técnicos, y 14,29% no tenían ocupación. No contamos con estudios similares, que evalúen la ocupación de los pacientes, para ser comparados con nuestros hallazgos.

En relación a las **características clínicas** de los pacientes, el **Cuadro y Gráfico 6** muestran los antecedentes de importancia, que se registraron en 46,43% de pacientes, en especial la hipertensión arterial (28,57%) o la artritis Reumatoidea (10,71%), con casos individuales de patologías como insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica o trombosis venosa

profunda, entre otras. No se encontró estudios referentes al LES en varones los cuales describan los antecedentes patológicos no pudiendo comparar nuestro estudio con otros. Sin embargo, en un estudio realizado en hombres y mujeres, se encontró que el 88.2% de los evaluados presentaron hipertensión arterial y que además la cardiopatía es 8,4 veces más frecuente en pacientes con LES e hipertensión arterial que en aquellos que no la tienen. No podemos compararlo con nuestra evaluación debido al factor sexo, ya que nosotros sólo evaluamos pacientes varones.

En el **Cuadro y Gráfico 7** se muestra el tiempo de enfermedad de los pacientes; el 60,71% mostró síntomas por 3 meses o menos, con una duración promedio de  $4,23 \pm 4,72$  meses (rango de 1 a 24 meses). No se ha encontrado evaluaciones similares en la literatura en relación al tiempo de evolución de la enfermedad hasta el momento del diagnóstico, por lo que no podemos compararlos con nuestros resultados.

Los síntomas y signos predominantes (**Cuadro y Gráfico 8 y 9**) fueron en el área general la astenia y adinamia (42,86%), con fiebre en 25% o sensación de alza térmica en 21,43%. Hubo cefalea o pérdida de peso en 14,29% de casos.

Podemos observar en nuestro estudio que el síntoma que predominó en general fue el edema, el cual estuvo presente en el 75% de nuestros pacientes. En su mayoría siendo en miembros inferiores, para lo cual se le puede atribuir a diferentes causas, como el síndrome nefrótico o la insuficiencia cardíaca que presentaron nuestros pacientes. No se ha encontrado estudios donde refieran el edema como síntoma inicial.

Entre las manifestaciones cutáneas, el 25% de pacientes mostró eritema malar, y en 14,29% fotosensibilidad o alopecia. Faezi encontró que el rash malar y la fotosensibilidad fueron las alteraciones clínicas cutáneas más frecuentes en hombres, representando hasta el 59% y 51.5%; cifra mayor a lo hallado por nosotros. Asimismo, otro estudio mostró que la

afectación cutánea es más frecuente en hombres que en mujeres, lo que no puede ser comparado con nuestro estudio.

Entre las manifestaciones articulares, Hubo artralgias en 53,57%. Además el segundo síntoma que predominó en nuestro estudio fue la artralgia el cual tiene similitud con otros estudios en los cuales los síntomas iniciales más comunes fueron estos, como el estudio de Font, donde se evidencia que la artritis es el síntoma más frecuente al inicio de la enfermedad, hasta en un 40%. De igual forma, una evaluación realizada en Irán, muestra la artritis como principal síntoma hasta en el 61.1% de sus pacientes varones.

Entre las manifestaciones renales encontramos que el 25% de pacientes tuvo oliguria y el 10,71% presentó hematuria. Varios autores han demostrado que hay una mayor incidencia de patología renal en varones que en mujeres. Otro estudio, realizado en 51 pacientes varones chinos, encontró que hubo mayor porcentaje de pacientes varones con alteración de la función renal y daño cardiovascular. En un estudio hindú con 39 pacientes varones lúpicos se observó una mayor incidencia de alteraciones mucocutáneas y falla renal. Sin embargo, ningún estudio ha encontrado que la oliguria sea la manifestación renal más frecuente, a diferencia de lo hallado por nosotros.

Entre Las manifestaciones abdominales/digestivas, el 25% presentó náuseas o vómitos, 10,71% dolor abdominal, y en casos individuales (3,57%) distensión abdominal, ictericia o diarrea. En 35,71% de pacientes hubo disnea, en 28,57% dolor torácico, y en 25% se encontró derrame pleural.

Respecto a la afectación neurológica el principal síntoma al inicio de la enfermedad que se encuentra son las convulsiones existiendo estudios que indican que son más frecuentes en varones que mujeres. En nuestro estudio no se encontró ningún paciente que haya presentado convulsiones al inicio de la enfermedad.

Como síntoma neurológico hubo parestesias en 17,86% de pacientes. Y cefalea un 14,29%. Ward y col., en una cohorte de 62 hombres encontró que son más comunes las convulsiones y falla renal por LES en varones que en mujeres.

También se encontró pacientes que referían cefalea, pero no se pudo atribuir si la causa fue debido a LES ya que antes tendría que descartarse todas las causas que lo podrían generar.

En otro estudio realizado en 46 varones comparados con 269 mujeres lúpicas, se observó que el derrame pleural, pericarditis, nefritis lúpica, proteinuria, falla renal y anticuerpos anti-Sm fueron más frecuentes en varones, con lo cual se sostuvo que el LES en varones se caracteriza por tener manifestaciones clínicas atípicas, severa injuria renal y un peor pronóstico.

En un estudio hecho en una población similar a la nuestra, donde participaron 107 pacientes varones comparados con 1209 mujeres latinoamericanas con LES, se observó que los varones tuvieron una mayor prevalencia de nefropatía, trombosis vascular y la presencia de anticuerpos anti-DNA.

En una serie similar hecha en Brasil, en 18 varones y 254 mujeres con LES, se encontró nuevamente que la nefropatía (síndrome nefrótico) fue la manifestación más común en varones, siendo la trombocitopenia y pleuritis también significativamente más frecuentes en esta población.

Finalmente, entre las manifestaciones laboratoriales, el **Cuadro y Gráfico 10** muestran los marcadores inmunológicos, en 78,57% los anticuerpos antinucleares (ANA) fueron positivos la mayoría con diluciones altas. La fracción C3 del complemento estuvo baja en 25% de casos, y la fracción C4 lo estuvo en 3,57% de casos con valores elevados en 25%.

Los anticuerpos anti-DNA fueron positivos en 67,86% de casos y las células LE positivas en 89,29% de pacientes.

En un estudio realizado donde participaron 107 varones se encontró que los anticuerpos antinucleares (ANA) (95%), hipocomplementemia (77%) y los anticuerpos anti-dsADN (57%), son los hallazgos de laboratorio más frecuentes.

Este estudio al igual que los otros tienen similitud con nuestra investigación, pero además debemos tener en cuenta que en muchos de nuestros pacientes no se tiene el dato de todos los exámenes de laboratorio ya que muchos no cuentan con los medios económicos para realizarlos.

Los marcadores hematológicos (**Cuadro y Gráfico 11**) mostraron anemia en 78,57% de pacientes, con leucopenia en 10,71% y leucocitosis en 32,14%, y desviación izquierda en 21,43% de casos. Las plaquetas estuvieron disminuidas en 17,86% de pacientes. La mayoría de estudios mencionan estos hallazgos, que son propios del LES y no tienen relación con el sexo.

En el **Cuadro y Gráfico 12** se presentan los marcadores laboratoriales de función renal; la creatinina estuvo elevada en 35,71%. En el examen de orina hubo hematuria en 35,71%, leucocituria en 39,29% y cilindros en 17,8% de pacientes. Se encontró proteinuria por encima de 300 mg en orina de 24 horas en 42,86% de casos, de ellos un caso (3,57%) tuvo proteinuria en rango nefrótico. García encontró que el 5,7% de los varones evaluados por él, presentó proteinuria, mientras que Faezi halló que el 52,7% de varones la presentaron, esto último se asemeja a nuestros resultados, se correlaciona con lo que menciona la literatura y podría deberse al mayor número de pacientes evaluados por dicho autor.

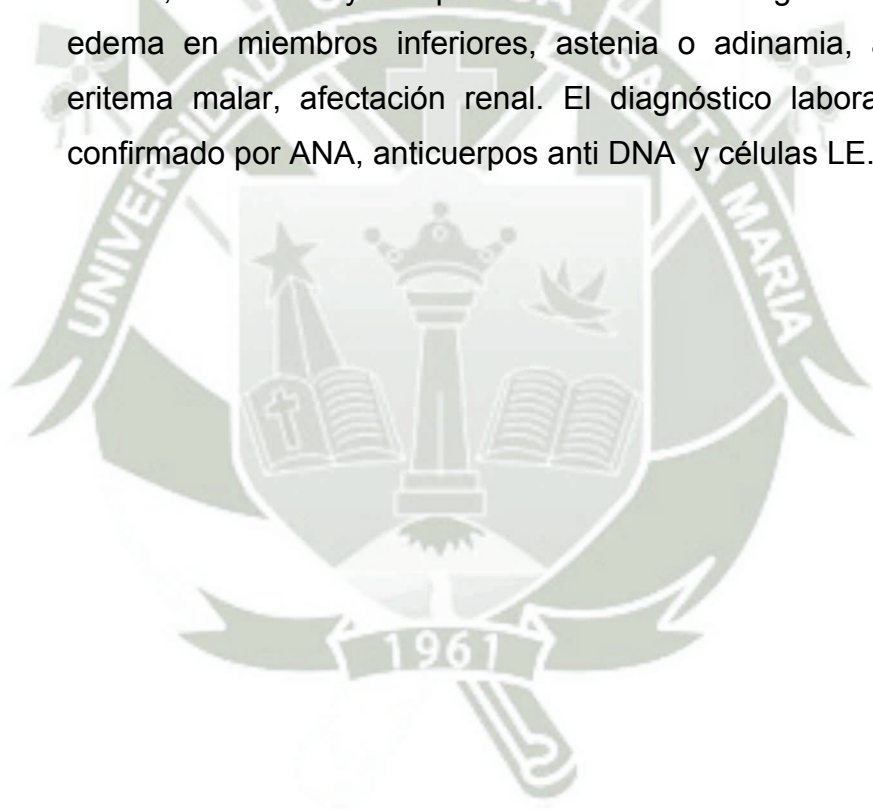
# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



## CONCLUSIONES

**Primera.** Se encontraron 28 casos de varones con Lupus Eritematoso Sistémico en atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, en el periodo 2006 – 2015.

**Segunda.** Los varones con Lupus Eritematoso Sistémico atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa, 2011 – 2015 en su mayoría adultos solteros y de educación secundaria, procedentes de Arequipa, con ocupaciones diversas, y la mayoría tuvo el tiempo de enfermedad al diagnóstico fue de 3 meses o menos, en su mayoría predominan síntomas generales como edema en miembros inferiores, astenia o adinamia, artralgias, eritema malar, afectación renal. El diagnóstico laboratorial fue confirmado por ANA, anticuerpos anti DNA y células LE.



## RECOMENDACIONES

**Primera.-** Realizar un trabajo de investigación que incluya todos los casos reportados en mujeres para calcular la incidencia real de enfermedad en hombres y se compare con nuestros resultados.

**Segunda.-** Mantener un elevado índice de sospecha de la enfermedad en Pacientes Varones que presentan antecedentes Patológicos como Hipertensión arterial el cual fue el antecedente principal en nuestro estudio y teniendo en cuenta que la mayoría fueron pacientes Jóvenes entre 30-39 años y siendo síntomas que afectan a distintos órganos tales como se vio en nuestro estudio como adinamia, astenia, edemas en miembros inferiores, artralgias, disnea siendo estos los principales, además sabiendo que no es una entidad tan frecuente en nuestro medio y poder valorar de una manera más adecuada a este tipo de pacientes y evitar las complicaciones a largo plazo de la enfermedad.

**Tercera.-** Debemos Tener en cuenta que los pacientes varones con Lupus Eritematoso Sistémico pueden tener un Diagnostico Tardío es por ello que se debe realizar una buena anamnesis al igual que un buen examen físico ya que nos podría llevar a un diagnostico mucho más rápido y, es que el diagnóstico tardío origina retrasos en el tratamiento, ocasionando que algunos pacientes evolucionen desfavorablemente.



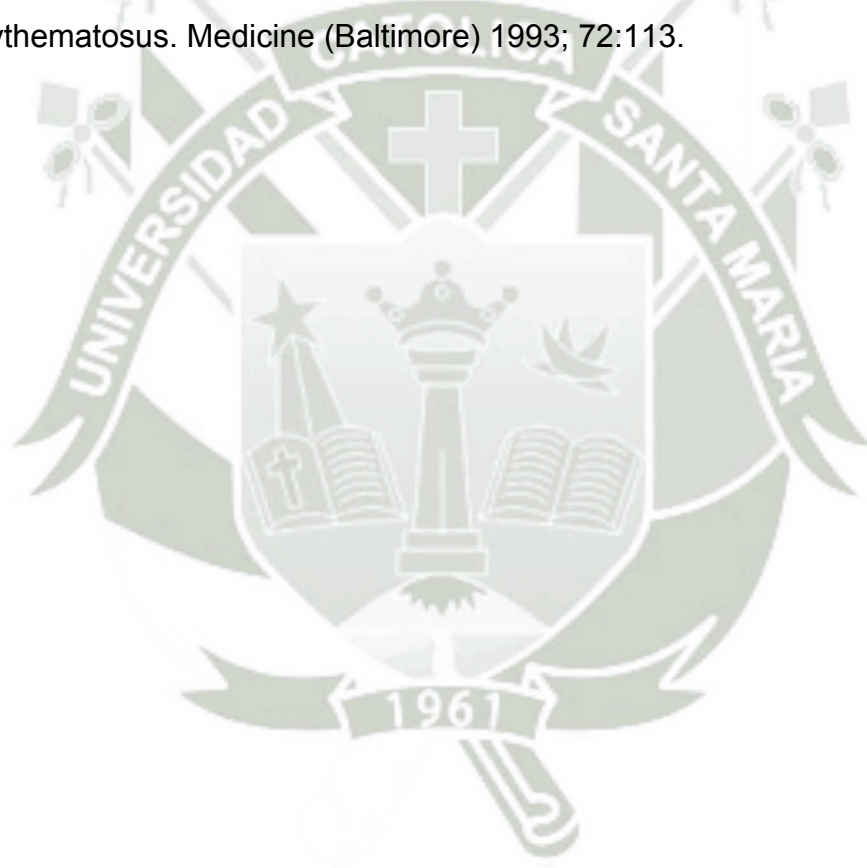
## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Kasper et al. Harrison, Principios de Medicina Interna 18ª Edición. 2012.
- 2) Gustavo Aroca, Roberto Pérez Y., Eduardo Rodelo, Nefropatía Lúpica en hombres, Barranquilla (Col.), 17: 29-35, 2003.
- 3) Miguel, Estévez del Toro; Araceli, Chico Capote; Rosa, Jiménez Paneque; Concepción, Castell Perez; Elena, Kokuina. Daño en Lupus Eritematoso Sistémico (LES): Comparación entre pacientes mexicanos y cubanos. Revista Mexicana de Reumatología. 1998; 13, (1):53.
- 4) E. Montero Mateos, R. González León, C. Sotomayor de la Piedra, A. León Guisado, I. Porras Antras, M. Artero González, F. García Hernández, M. Castillo Palma, Características clínicas de pacientes varones con lupus eritematoso sistémico en una cohorte de 776 pacientes, Sevilla, España, 2013.
- 5) J. Font, G. Espinosa, R. Cervera y M. Ingelmo, Enfermedades Autoinmunes sistémicas y reumatológicas, Barcelona, España, 2005.
- 6) Ricard Cervera, Juan Jiménez-Alonso, Avances en lupus eritematosos sistémico, Barcelona, España, 2008.
- 7) Miguel Estévez del Toro, Araceli Chico Capote, Rafael Hechavarría, Rosa Jiménez Paneque, Ministerio de Salud Pública. Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013.
- 8) Héctor Mejía Salas, Alfredo Mendoza Amatller, Systemic lupus erythematosus Rev. bol. ped. v.43 n.1 La Paz ene. 2004
- 9) Mason LJ, Isenberg D. Davison AM, Cameron JS, Grunfeld JP, (editors). The pathogenesis of systemic lupus erythematosus. in: Oxford textbook of clinical nephrology. Oxford, England: Oxford University Press; 2005.
- 10) Rubin R. Drug induced lupus. in: Wallace dJ, Hahn BH, (editors). lupus Erythematosus. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

- 11) Franco Romaní, Fernando Atencia, José Cuadra, Carlos Canelo, Lupus eritematoso sistémico, en un paciente varón: a propósito de un caso, UNMSM, Lima, Perú, 2008; 69(1):37-41.
- 12) Josep Font, Ricard Cervera, Margarita Navarro, Lucio Pallares, Alfons Lopez-Soto, Josep Vivancos, Miguel Ingelmo, Systemic lupus erythematosus in men: clinical and immunological characteristics, Annals of the Rheumatic Diseases 1992; 51: 1050-1052.
- 13) Gustavo Aroca M., Roberto Pérez Y., Eduardo Rodelo, Nefropatía lúpica en hombres, Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 17: 29-35, 2003
- 14) Ministerio de Salud Pública. Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013.
- 15) Pons-Estel GJ, Alarcón GS, Scofield L, et al. Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. Semin Arthritis Rheum 2010; 39:257.
- 16) Uramoto KM, Michet CJ Jr, Thumboo J, et al. Trends in the incidence and mortality of systemic lupus erythematosus, 1950-1992. Arthritis Rheum 1999; 42:46.
- 17) Rus V, Maury EE, Hochberg MC, Wallace DJ, Hahn BH (Eds), The epidemiology of systemic lupus erythematosus. In: Dubois' Lupus Erythematosus, Philadelphia 2002.
- 18) Sullivan KE. Genetics of systemic Lupus Erythematosus: clinical implications. Rheum Dis Clin North Am. 2000;26:229-256.
- 19) Walport MJ, Back CM, Batchelor JR. The immunogenetics of SLE. Clin Rheum Dis. 1982;8:3-21.
- 20) Wakeland EK, Lui Graham RR, Behrens TW. Delineating the genetic basis of systemic lupus erythematosus. Immunity. 2001;15:397-408.
- 21) Lahita RG. The role of sex hormones in systemic lupus erythematosus. Curr Opin Rheumatol 1999; 11:352.

- 22) McMurray RW May W. Sex hormones and systemic lupus erythematosus: review and meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2003; 48:2100.
- 23) Seyedeh Tahereh Faezi, Mahdieh Hosseini Almodarresi , Mahmood Akbarian ,Farhad Gharibdoost , Masoumeh Akhlaghi , Ahamadreza Jamshid , Farhad Shahram , Abdolhadi Nadji, Nahid Shafaie, Maryam Akhlaghkah, Clinical And Immunological Pattern of Systemic Lupus Erythematosus in Men in a Cohort of 2355 Patients, *International journal of rheumatic diseases*, Tehran, Iran, 2014.
- 24) Ward M, Studenski S. Systemic lupus erythematosus in men: a multivariate analysis of gender differences in clinical manifestations. *J Rheumatology*. 1990;17(2):220-4.
- 25) Mok C, Lau C, Chan T. Clinical characteristics and outcome of southern Chinese males with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 1999;8(3):188-96.
- 26) Molina JF, Drenkard C, Molina J, Cardiel MH, Uribe O, Anaya JM, et al. Systemic lupus erythematosus in males. A study of 107 Latin American patients. *Medicine*. 1996;75(3):124-30.
- 27) Costallat L, Coimbra A. Systemic lupus erythematosus in 18 Brazilian males: clinical Lupus eritematoso sistémico 41 and laboratory analysis. *Clin Rheumatol*. 1993;12(4):522-5.
- 28) Lu LJ, Wallace DJ, Ishimori ML, et al. Review: Male systemic lupus erythematosus: a review of sex disparities in this disease. *Lupus* 2010; 19:119.
- 29) Prete PE, Majlessi A, Gilman S, Hamideh F. Systemic lupus erythematosus in men: a retrospective analysis in a Veterans Administration Healthcare System population. *J Clin Rheumatol* 2001; 7:142.
- 30) Dubois EL, Wallace DJ. Clinical and laboratory manifestations of SLE, Dubois LE, Wallace DJ, Dubois EL (Eds), Lea and Febiger, Philadelphia 1987. p.317.

- 31) Peter H Schur, Daniel J Wallace, Musculoskeletal manifestations of systemic lupus erythematosus, Aug 04, 2015.
- 32) Calvo-Alén J, McGwin G, Toloza S, et al. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic US cohort (LUMINA): XXIV. Cytotoxic treatment is an additional risk factor for the development of symptomatic osteonecrosis in lupus patients: results of a nested matched case-control study. Ann Rheum Dis 2006; 65:785.
- 33) Cervera R, Khamashta MA, Font J, et al. Systemic lupus erythematosus: clinical and immunologic patterns of disease expression in a cohort of 1,000 patients. The European Working Party on Systemic Lupus Erythematosus. Medicine (Baltimore) 1993; 72:113.





### Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha n° \_\_\_\_\_

1.-No. de Historia Clínica \_\_\_\_\_

2.- No. Ficha \_\_\_\_\_

3.-Edad: \_\_\_\_\_

4.-Estado civil:

Soltero ( ), casado ( ), conviviente ( ), divorciado ( )

5.-Grado de instrucción:

Analfabeto ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Universitaria ( )

6.-Ocupación:

Estudiante ( ), otro \_\_\_\_\_

7.- Procedencia:

Rural ( ), Urbano ( ), Ciudad: \_\_\_\_\_, Distrito : \_\_\_\_\_

8.-Antecedentes patológicos personales:

SI ( ) NO ( )

Hipertensión ( ) Diabetes ( ) Sobrepeso u obesidad ( )

TBC ( )

Otros \_\_\_\_\_

9.-Tiempo de enfermedad: \_\_\_\_\_

10.-Manifestaciones clínicas:

a. Generales: \_\_\_\_\_

b. Musculo esqueléticas: \_\_\_\_\_

c. Cutáneas: \_\_\_\_\_

d. Renales: \_\_\_\_\_

e. Neurológicas: \_\_\_\_\_

f. Hematológicas: \_\_\_\_\_

g. Cardiopulmonares: \_\_\_\_\_

h. Gastrointestinales: \_\_\_\_\_

i. Oculares: \_\_\_\_\_

11.-Exámenes de laboratorio:

ANA \_\_\_\_\_ C3: \_\_\_\_\_ C4: \_\_\_\_\_

Anti DNA: \_\_\_\_\_ Células LE: \_\_\_\_\_

Hemoglobina \_\_\_\_\_ Hematocrito \_\_\_\_\_ Plaquetas \_\_\_\_\_

Hemograma: \_\_\_\_\_

Creatinina: \_\_\_\_\_

Sedimento Urinario: \_\_\_\_\_

Examen completo de orina: \_\_\_\_\_

Otros exámenes: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

# PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

## **I. PREAMBULO**

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune en la que los Órganos, tejidos y células se dañan por la adherencia de diversos autoanticuerpos y Complejos inmunes, cursando con una amplia variedad de manifestaciones clínicas. Hasta el 90% de casos corresponden a mujeres en edad reproductiva, pero existe predisposición en ambos sexos, en todas las edades y en todos los grupos étnicos. (1)

Aunque el LES es más frecuente en mujeres que en hombres, en una relación aproximada de 9 a 1, no se ha visto que en estos últimos, la presentación y cuadro clínico sean más severos. (2).

La evolución de esta entidad incluye una gran diversidad de formas y cuadros clínicos, así como, diferentes respuestas al tratamiento, lo que no sólo la hace heterogénea, sino que dificulta el poder predecir el curso de la misma, de manera que el LES puede constituir un trastorno relativamente benigno, o bien seguir una evolución caracterizada por cambios deletéreos que conducen a un desenlace insatisfactorio en pocas semanas o meses (3).

Este trabajo ha sido motivado por el hecho de que la enfermedad se presenta de forma poco frecuente en los pacientes varones y no ha sido estudiada en nuestro medio encontrándose sólo reportes de casos y referencias de otros países, de donde sabemos que el LES en varones presenta particularidades clínicas propias (4). Además debido a que esta patología puede no ser sospechada, es que el diagnóstico tardío origina retrasos en el tratamiento, ocasionando que algunos pacientes evolucionen desfavorablemente falleciendo al cabo de pocos años, y en otros casos desarrollan complicaciones de diversa severidad que empeoran el estado del paciente y lo exponen más al riesgo de muerte.

## **II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

“¿CUÁL ES EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO, CLÍNICO Y LABORATORIAL DEL LUPUS ERITEMATOSO EN PACIENTES VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2006-2015?”

### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

#### a) Área de Intervención de Conocimiento

GENERAL: Ciencias de la salud

ESPECÍFICA: Medicina humana

ESPECIALIDAD: Reumatología

LINEA: Lupus Eritematoso Sistémico en Varones

#### b) Análisis de Variables

VARIABLES	INDICADOR	VALORES O CATEGORIA	TIPO DE VARIABLE
PERFIL EPIDEMIOLOGICO	Edad	Número de años	Numérica discreta
	Estado Civil	Soltero/Casado/Conviviente/Divorciado	Categórica nominal
	Grado de Instrucción	Analfabeto/Primaria/Secundaria/Universitario	Categórica nominal
	Ocupación	Estudiante/otro	Categórica nominal
	Procedencia	Rural/Urbano	Categórica nominal

<p>PERFIL CLINICO</p>	<p>Antecedentes Patológicos</p> <p>Tiempo de enfermedad</p> <p>Manifestaciones Clínicas</p>	<p>Si/No Diabetes/TBC/HTA/Otros</p> <p>Días Tiempo transcurrido entre inicio de signos y síntomas hasta la atención hospitalaria</p> <p>Generales Musculoesqueléticas Cutáneas Renales Neurológicas Hematológicas Cardiopulmonares Gastrointestinales Oculares</p>	<p>Categórica nominal</p> <p>Numérica discreta</p> <p>Categórica nominal</p>
<p>PERFIL LABORATORIAL</p>	<p>Exámenes de Laboratorio</p>	<p>ANA C3-C4 Anti DNA Células LE Hemoglobina Hemograma Creatinina Sedimento Urinario Otros exámenes</p>	<p>Categórica nominal</p>

**c) Interrogantes Básicas**

1. ¿Cuáles son las características Epidemiológicas del Lupus Eritematoso Sistémico en varones atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2006 – 2015?

2. ¿Cuáles son las características clínicas del Lupus Eritematoso Sistémico en varones atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa, 2006 – 2015?
3. ¿Cuáles son las características Laboratoriales del Lupus Eritematoso Sistémico en varones atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa, 2006 – 2015?

#### d) Tipo de investigación

El presente trabajo es de tipo descriptivo observacional, retrospectivo.

## 2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

**Originalidad:** Cómo podremos darnos cuenta a lo largo del estudio son escasos los Trabajos realizados a nivel nacional e internacional acerca del Lupus Eritematoso Sistémico en varones y no habiéndose encontrado estudios en la ciudad de Arequipa.

**Relevancia práctica:** Es de importancia en los Servicios de Medicina y reumatología, ya que al Hacer este estudio de características clínicas y laboratoriales del Lupus Eritematosos Sistémico en varones se podrá contribuir a llegar a un diagnostico más temprano y evitando el retraso en el tratamiento y que se dé una evolución desfavorable y poder evitar así en desarrollo de las complicaciones.

**Relevancia Social:** Desde el punto de vista social, es importante este tema ya que no se estudia las características epidemiológicas, clínicas y laboratoriales del Lupus eritematoso sistémico en varones y teniendo en cuenta que existen casos reportados en nuestra ciudad como ya veremos en este estudio.

**Factibilidad:** el estudio es factible porque nos permite llevarlo a cabo en el grupo Poblacional elegido, ya que se puede realizar en el campo asignado.

**Interés personal:** Es de Interés personal ya que durante mi internado, he observado que el Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad que al inicio puede presentarse con diferentes signos y síntomas inespecíficos y siendo aún distinto en varones que en mujeres, pudiendo pasar desapercibida, y no siempre es sospechado desde el principio y posteriormente el diagnóstico se confirma mediante los estudios correspondientes, y muchos pacientes empiezan a presentar complicaciones y a veces de forma muy rápida requiriendo de tratamientos agresivos, a pesar de ello, algunos desarrollan de forma desfavorable.

**Contribución académica:** Contribuirá al mayor conocimiento sobre perfil clínico y laboratorial del lupus eritematosos sistémico en varones, además puede dar origen a nuevos trabajos de investigación.

**Concordancia con política investigativa:** El Hospital Regional Honorio Delgado de acuerdo a su nivel de complejidad, atiende pacientes que presentan patologías de gravedad como es el caso del Lupus Eritematoso Sistémico, en este contexto, en su permanente búsqueda de mejoras en la atención médica que se brinda a los pacientes, necesitan desarrollar investigaciones acerca de diversas patologías que puede presentar la población, sobre todo de aquellas que no son muy frecuentes pero que sin embargo ocasionan importante letalidad e importantes costos derivados de la atención de salud.

### **3. 3. MARCO CONCEPTUAL: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO:**

#### **3.1. DEFINICIÓN:**

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad, sistémica, inflamatoria crónica, autoinmune en la que los Órganos, tejidos y células se dañan por la adherencia de diversos autoanticuerpos y Complejos inmunes.  
(1)

Esta enfermedad presenta una gran complejidad desde el punto de vista clínico, ya que puede manifestarse de muy diversas formas .Quizá ello se

deba a que no se trata de una enfermedad, sino de un síndrome, en el que caben etiologías, fisiopatología y pronósticos diferentes (5).

Puede afectar a cualquier órgano y evoluciona a brotes, con unos períodos de actividad y otros de inactividad. Estas características enmarcan el enfoque que debe adoptar el clínico ante esta entidad, ya que condicionarán tanto el diagnóstico como el pronóstico y el tratamiento (5).

### **3.2. EPIDEMIOLOGÍA:**

La prevalencia del lupus eritematoso sistémico (LES) en la población es de 20 a 150 casos por cada 100.000(15).

La mayoría de casos se presentan en mujeres, entre la adolescencia tardía y el comienzo de la quinta década de vida, con una relación entre mujeres y varones de 9:1 (6) .Pero se ha determinado que el sexo puede modificar el patrón de presentación del LES (5). El porcentaje de hombres afectados aumenta con la edad. (7)

El LES ataca a todos los grupos étnicos, pero es más frecuente y más severo en afroamericanos, latinos, asiáticos y europeoamericanos. (8)

La edad promedio de diagnóstico para las mujeres blancas se extiende de 37 a 50 años, en los hombres blancos de 50 a 59, en las mujeres negras de 15 a 44 y en los hombres negros de 45 a 64(17)

Debido a la mejora de la detección de la enfermedad leve, la incidencia casi se triplicó en los últimos 40 años del siglo 20(16).

La supervivencia a 4 años en 1950 era del 50%, ahora se alcanza un 80% a los 15 años; aun así un paciente que es diagnosticado a los 20 años de edad, tiene de 1 a 6 oportunidades más de morir a los 35 años, que un individuo sano ya sea por lupus en sí mismo o infección(9).

### **3.3. PATOGENIA Y ETIOLOGÍA:**

La etiopatogenia del LES Es multifactorial .Se ha implicado cuatro factores: Genéticos Hormonales, ambientales e inmunológicos que, asociados de forma

variable, provocan una alteración del sistema inmunológico con la consiguiente producción de anticuerpos.

### *Factores genéticos*

El factor genético es importante pero no suficiente para causar la enfermedad, la tasa de coincidencia en gemelos monocigotos es de 25% aproximadamente y 2% en gemelos dicigotos (18).

La predisposición genética al Lupus se hereda como un rasgo complejo con el que puede estar asociado varios genes.

Desde el punto de vista genético es probable que el LES resulte de los efectos de cierto número de genes que actúan de forma aditiva. Sin embargo, un individuo podría tener todas las variantes génicas posiblemente requeridas para desarrollar la enfermedad y aun así no hacerlo.

El Lupus eritematosos sistémico es más frecuentes (hasta 10 veces) en los familiares de los pacientes con LES, que en la población general. Se ha demostrado asociación de LES con antígenos HLA clase 2 (HLA-DR2 y DR3) tanto en raza blanca como negra; así como con enfermedades hereditarias por deficiencia de complemento: C1r, C1s, C1, INH, C4, C2, C5 y C8, principalmente con deficiencia de C2 (20).

Genes del complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) particularmente HLA-A1, B8 y DR3 se han ligado a lupus, la respuesta de los linfocitos T al antígeno es desencadenada cuando el receptor de la molécula en la superficie de la célula T reconoce el complejo formado por el antígeno y el péptido del CMH en la superficie de la célula presentadora de antígeno (CPA). Diferentes tipos de células del sistema inmune actúan como presentadoras de antígeno tales como los linfocitos B, células dendríticas (CD) y macrófagos. El genotipo del CMH determina cuáles moléculas estarán disponibles para los antígenos presentados y consecuentemente serán reconocidas por las células T, por tal motivo determinados genes del CMH se asocian con un riesgo mayor de desencadenar la respuesta inmune contra antígenos propios y padecer enfermedades como lupus (19).

Se sabe que alelos sin aparente rol de actividad pueden causar deficiencias de uno de los componentes iniciales del sistema del complemento C1q, C2 o C4 y son un importante factor de riesgo para lupus (20).

*Factores hormonales:*

Evidencia sustancial de la función inmunorreguladora de estradiol, testosterona, progesterona, la dehidroepiandrosterona (DHEA), y hormonas de la pituitaria, incluyendo la prolactina, ha apoyado la hipótesis de que modulan la incidencia y gravedad de LES(21).

Se considera que los estrógenos desempeñan un papel importante en la etiología de esta enfermedad. Esto se desprende de las siguientes consideraciones:

- a. Mayor incidencia femenina.
- b. Disminución del predominio del sexo femenino en las épocas en que no existen unas concentraciones de estrógenos elevadas, es decir, antes de la menarquía y en la posmenopausia.
- c. Agudización de la enfermedad en el puerperio o con la administración de anticonceptivos orales.
- d. Los pacientes varones con síndrome de klinefelter (genotipo XXY) y LES tienen un perfil hormonal similar al de las mujeres con la enfermedad, y
- e. Los estudios con modelos animales (ratones NZB/NZW) han confirmado que la administración de estrógenos acelera la enfermedad en las hembras, mientras que la testosterona retrasa el desarrollo de la afección.

Estos datos sugieren que los pacientes lúpicos pueden hallarse bajo una situación de hiperestrogenismo producida, tal vez, por alteraciones del metabolismo de esta hormona. De hecho, el estudio de los valores de las hormonas sexuales en varones con LES ha demostrado la existencia, en la mayoría de ellos, de cifras elevadas en sangre de estrógenos y bajas en andrógenos, lo que parece confirmarse por la experiencia de diversos autores, que demuestran la hidroxilación anómala del estradiol, cuyo resultado es la acumulación de metabolitos con un grado elevado de actividad estrogénica.

El mecanismo de modulación inmunológica de las hormonas sexuales no está del todo establecido. Parece que el efecto neto de los estrógenos se consigue disminuyendo la función T supresora, quizá por un mecanismo de depleción celular (12).

Otro estudio investigó el perfil de hormonas sexuales, como prolactina, testosterona, estradiol, FSH y LH, en varones con LES y controles, observándose que los pacientes con LES tenían significativamente mayores niveles de gonadotropinas (FSH y LH) y 14% de los pacientes con LES tuvo niveles bajos de testosterona. En los hombres hay datos limitados que sugieren que la DHEA es probablemente disminuyó y la prolactina aumenta (22).

Estos hallazgos han sido refrendados por otros estudios. Sin embargo, estas observaciones no han sido confirmadas en estudios mayores; además, aún no se ha podido concluir si las anomalías hormonales son intrínsecas al LES o son consecuencia de cualquier enfermedad crónica no específica (11).

#### *Factores ambientales*

Entre estos cabe destacar, en primer lugar, los patógenos microbianos y, en particular, los virus, así como el virus de Epstein-Barr pudiendo residir en los linfocitos B e interactuar con ellos, estudios mostraron una elevada frecuencia de linfocitos B infectados por el VEB en los enfermos de lupus(6). Algunos de los datos que apoyan esta relación etiológica son que existe una actividad transcriptasa inversa en el sobrenadante de los cultivos linfocitarios de pacientes con LES y que en el suero de pacientes se han encontrado anticuerpos contra las partículas gag p24, p45 y gp120 del VIH-1 (5).

La luz de sol es el factor que más claramente agrava el LES (6). La mayoría de los pacientes con LES tienen fotosensibilidad, lo que sugiere una participación de los rayos ultravioleta en la etiopatogenia de la enfermedad (5). Provocando exacerbación en el 70% de los pacientes al incrementar la apoptosis de los queratinocitos y otras células, o al alterar el DNA y las proteínas intracelulares de manera que se tornen antigénicas.

Por otra parte, se sabe que numerosos fármacos son capaces de inducir una variante de lupus llamado lupus farmacológico, principalmente quinidina,

procainamida e hidralazina. En esta forma de lupus, las manifestaciones dermatológicas y articulares son frecuentes y las manifestaciones renales y neurológicas son muy raras (10).

### *Alteraciones inmunológicas*

LES es principalmente una enfermedad con las anormalidades en la regulación inmune. Se cree que estas alteraciones a ser secundaria a una pérdida de la tolerancia propia; de este modo, los pacientes afectados (ya sea antes o durante la evolución de la enfermedad) ya no son totalmente tolerantes a todos sus autoantígenos, y por lo tanto desarrollan una respuesta autoinmune.

En la patogenia del LES se consideran los siguientes factores inmunológicos:

- a. Predisposición genética a una estimulación excesiva en los linfocitos B (por una anomalía primaria de estas células y del control que sobre ellas ejercen las subpoblaciones de linfocitos T),
- b. Una respuesta excesiva genéticamente determinada frente antígenos linfocitarios o nucleares.

Este grado de hiperestimulación hacia los linfocitos y los antígenos nucleares permite la expansión de las diferentes clonas de los linfocitos B, capaces de producir anticuerpos contra dichos antígenos.

Se sintetizan con preferencia anticuerpos linfocitotóxicos y anticuerpos antinucleares (ANA), especialmente anti-ADN.

Además de los linfocitos T y B, otras poblaciones celulares pueden estar alteradas y amplificar las alteraciones presentes en el LES a través de varios mecanismos. Así, se ha observado una disminución de la actividad de los linfocitos NK (*natural killer*), cuya función citotóxica parece ser necesaria a fin de eliminar células potencialmente nocivas. Se han descrito alteraciones en el sistema mononuclear fagocítico que facilitan el depósito de inmunocomplejos cuando no son eliminados de la circulación, debido a anomalías funcionales de los macrófagos esplénicos.

El resultado final son las manifestaciones clínicas de la enfermedad, la hipergammaglobulinemia, la síntesis de autoanticuerpos y la disminución de la función supresora, con el consiguiente desarrollo de un círculo vicioso.

Diferentes agentes (¿infecciosos?) pueden actuar como activadores policlonales de los linfocitos B, tal vez por un defecto intrínseco de estos o por un trastorno de la regulación de los linfocitos T, o ambos a la vez, y en consecuencia, actuar como estímulo para la producción de anticuerpos. No obstante, pueden intervenir distintos mecanismos inmunes en pacientes diferentes o en un mismo enfermo en momentos distintos.

La respuesta inmunitaria anómala permite la producción continuada de subgrupos patógenos de autoanticuerpos e inmunocomplejos. Algunos autoanticuerpos, como los anti ADN, se pueden unir a los tejidos por mecanismos de carga o de reactividad cruzada, y también en forma de inmunocomplejos, dando lugar a una lesión mediada por el complemento. Algunos subgrupos de anticuerpos anti ADN y anti RNP pueden unirse a células vivas e introducirse en las mismas, alterando su función.

Otros autoanticuerpos pueden producir lesiones a través de su unión directa a las membranas celulares (eritrocitos, plaquetas) dando lugar a que estas células sean fagocitadas y destruidas. La ayuda de las células T colaboradoras resulta decisiva para el desarrollo de la enfermedad florida; las células de los fenotipos CD4 + CD8-, CD4-CD8+ y CD4-CD8- facilitan la producción de autoanticuerpos en el LES.

Las anomalías que permiten a las células B y T autorreactivas e hiperactivadas controlar el repertorio inmunitario en el LES mûrido y humano son múltiples e incluyen defectos en la activación, tolerancia, apoptosis, tramas idiotípicas, eliminación de inmunocomplejos y producción de células reguladoras. La estructura de los antígenos que estimulan la aparición de autoanticuerpos está siendo investigada. Algunos de ellos proceden claramente de estructuras propias (nucleosomas, ribonucleoproteínas, antígenos de superficie eritrocitarios y linfocitarios); otros pueden proceder del exterior y simular que son propios, por ejemplo, algunos componentes del virus de la estomatitis vesicular simulan péptidos en el antígeno Sm. Muchos antígenos ADN/proteína y ARN/proteína pueden ser presentados al sistema inmunitario en burbujas de superficie de las células apoptóticas (1),

### 3.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las características clínicas y la afectación de los diferentes órganos varían dependiendo de la edad de presentación, el sexo y la raza (1).

Los resultados de los estudios anteriores han revelado que los pacientes varones desarrollan los signos y síntomas típicos de lupus como en pacientes de sexo femenino; sin embargo, ciertas manifestaciones clínicas principales pueden ser diferentes (23).

Los hombres con lupus tienden a tener frecuencias más altas de la enfermedad renal, manifestaciones cutáneas, citopenias, serositis, compromiso neurológico, trombosis, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, vasculitis y que las mujeres (28). Por el contrario, fenómeno de Raynaud, la fotosensibilidad, y ulceración de la mucosa son manifestaciones menos frecuentes en los hombres que en las mujeres. La mayoría, pero no todos los estudios sugieren que los hombres tienen una tasa de mortalidad más alta de un año (28-29).

En un estudio realizado en España con un total de 776 pacientes con diagnóstico de LES de los cuales 85 eran varones en los resultados se obtuvo que el número de síntomas en el momento del diagnóstico fue similar pero fueron significativamente menos frecuentes que en mujeres la afectación cutánea (35,3% vs 49,5%,  $p = 0,013$ ) y articular (35,3% vs 52,7%  $p = 0,002$ ) y más frecuente la neurológica (8,2% vs 3,6%  $p = 0,043$ ), renal (11,8% vs 4,8%  $p = 0,008$ ) y tromboembólica (3,5% vs 0,7%  $p = 0,016$ ). (4).

Un estudio realizado en España donde 12% de los pacientes con LES fueron varones, encontró que las lesiones discoides, serositis y lupus eritematoso subcutáneo son más frecuentes en varones que en mujeres (16). Ward y col., en una cohorte de 62 hombres y 299 mujeres. Encontró que son más comunes las convulsiones y falla renal por LES en varones que en mujeres (24).

Otro estudio, realizado en 51 pacientes varones chinos y 201 mujeres con LES, encontró que la prevalencia de daño mayor a órgano no fue diferente entre

hombres y mujeres. Sin embargo, hubo mayor porcentaje de pacientes varones con alteración de la función renal y daño cardiovascular (25).

En 1996 José Fernando Molina describió las características clínicas y serológicas en 107 pacientes hombres con lupus de una población total de 1.209 pacientes con lupus en tres centros (Hospital San Vicente de Paúl, la Clínica León XIII y el Instituto Nacional de Nutrición en México), en los cuales se encontró una mayor prevalencia de la enfermedad renal, trombosis vascular y la presencia de anti DNA, y se encontró que estos pacientes utilizaron mayor dosis de esteroides que las pacientes mujeres.

En Latinoamérica, el lupus es más grave en hombres que en mujeres. Las formas clínicas del lupus en hombres presentan lesiones en piel, serositis, neuropatía periférica, enfermedad renal, vasculitis y fenómeno de Raynaud. La impotencia ha sido reportada en algunos pacientes con niveles bajos de hormonas (2).

En una serie similar hecha en Brasil, en 18 varones y 254 mujeres con LES, se encontró nuevamente que la nefropatía (síndrome nefrótico) fue la manifestación más común en varones, siendo la trombocitopenia y pleuritis también significativamente más frecuentes en esta población. Así como en la mayoría de estudios presentados, también se concluyó que en varones el LES es una enfermedad más severa, con mayor morbilidad, especialmente relacionada a nefropatía (27).

En un estudio hecho en una población similar a la nuestra, donde participaron 107 pacientes varones comparados con 1 209 mujeres latinoamericanas con LES, se observó que los varones tuvieron una mayor prevalencia de nefropatía, trombosis vascular y la presencia de anticuerpos antidsADN; además, concluyeron que existiría mayor severidad del LES en varones que en mujeres (26).

#### SINTOMAS GENERALES:

Los síntomas generales de la enfermedad pueden ser como la fiebre, la anorexia, la pérdida de peso y la astenia, se deben tanto de su base inflamatoria como de las complicaciones secundarias a la afección específica de los diferentes órganos y aparatos diana.

La fiebre es una de las manifestaciones más frecuentes en el LES activo (un 80-97% en algún momento de la enfermedad). No existe un patrón de fiebre característico.

En estos casos, debe descartarse siempre la presencia de una infección intercurrente.

#### MANIFESTACIONES CUTÁNEAS

Las lesiones cutáneas específicas permiten por sí mismas el diagnóstico de LES, independiente de la presencia o no de los criterios del American College of Rheumatology (ACR), La clasificación es la siguiente:

Lupus Eritematosos cutáneo Agudo: con exantema Generalizado y/o eritema facial en alas de mariposa sobre la nariz y las mejillas que respetan el surco nasogeniano, Es una lesión de evolución fugaz (días o semanas).

Lupus Eritematosos cutáneo Subagudo: Cursa con la presencia de maculas o pápulas eritematosas, en forma de brotes tras una exposición solar, que afecta a cara, cuello escote, espalda, zona de extensión de brazos y antebrazos y dorso de las manos.

Lupus Eritematosos Cutáneo Crónico: Se presenta en forma de placas eritematosas descamativas o hiperqueratósicas de tamaño variable y bien limitadas, que tienden al crecimiento periférico y a la cronicidad, dejando cicatrices atróficas.

Otras lesiones que pueden aparecer en el curso de la enfermedad son: nódulos subcutáneos que pueden ulcerarse (paniculitis Lúpica), vasculitis cutánea (leucocitoclástica), petequias, úlceras, *livedo reticularis*, aftas mucosas, fenómeno de Raynaud, etc.

La alopecia es un fenómeno frecuente (50-60%) y suele ser difusa, aunque en ocasiones puede ser de tipo *areata*. Es de evolución transitoria y reversible, pero la regeneración del cabello no suele ser completa (5)

En un estudio realizado se confirmó una menor incidencia de eritema malar en los hombres, y una mayor incidencia de lesiones discoidales, pero también se encontró una mayor incidencia de lupus eritematoso subcutáneo. Esta presentación atípica es de suma importancia, ya que puede conducir a un retraso en el establecimiento del diagnóstico correcto, similar a la larga demora en el establecimiento del diagnóstico de LES que es común en los pacientes de edad avanzada (12).

## MANIFESTACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

La participación del sistema músculo-esquelético es muy común en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Artralgia, artritis, osteonecrosis (necrosis avascular del hueso), y miopatía son las principales manifestaciones (31).

En algunos estudios se encontró una menor incidencia de artritis en pacientes masculinos (12).

### **Artritis y Artralgias:**

La artritis y artralgias de LES tienden a ser migratorias; síntomas en una articulación en particular se pueden ir dentro de las 24 horas.

La participación suele ser simétrica y poliarticular con predilección por las rodillas, las articulaciones carpo y las articulaciones de los dedos, especialmente en la interfalángica proximal (PIP). Los tobillos, los codos, los hombros, las caderas y participan con menor frecuencia. Afectación de las articulaciones sacroilíacas y columna cervical puede ocurrir, pero es raro.

La rigidez matutina se mide en minutos y no se prolonga como en la AR.

El grado de dolor a menudo supera los hallazgos físicos objetivos.

### **Osteonecrosis** (también llamado avascular, aséptica, o necrosis isquémica):

En pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) es más común en la cabeza femoral, aunque la cabeza del húmero, meseta tibial, y navicular escafoides también pueden verse afectados (32). La osteonecrosis es generalmente bilateral y es a menudo asintomática. Cuando se presentan los

síntomas, la participación de la cabeza femoral por lo general se manifiesta como dolor en la ingle, especialmente con soporte de peso (31).

**Mialgias:**

Las mialgias, dolor muscular o debilidad muscular se produce en hasta un 70 por ciento de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y puede ser la razón por la que el paciente busca atención médica inicialmente (30). Sin embargo, severa debilidad muscular, atrofia, o miositis es relativamente poco común (del 7 al 15%).

**MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS**

La manifestación hematológica más frecuente del LES es la anemia, por lo general de tipo normocítica, normocromica, lo que refleja la presencia de una enfermedad crónica. También es común que se observe leucopenia, que suele consistir en linfopenia, no en granulocitopenia. No obstante, la trombocitopenia puede ser un problema recurrente (1). Con estudios que han observado en paciente varones menos frecuencia de trombocitopenia (12).

**MANIFESTACION RENAL:**

La mayoría de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tendrá evidencia clínica de enfermedad renal, por lo general un análisis de orina anormal, en algún momento en el curso de su enfermedad. Enfermedad renal clínicamente evidente con el tiempo se presenta en aproximadamente la mitad de los pacientes con LES (33).

La afectación renal se observa en el 30-50% de los pacientes y en general suele presentarse en los primeros años de evolución.

La biopsia renal se practicara ante la menor sospecha de enfermedad renal y es obligado cuando:

- La creatinina sea superior a 1.5mg/dl en dos o más ocasiones.
- La proteinuria superior a 250mg/24h en dos o más ocasiones.
- Ante la presencia de hematuria o cilindros granulosos en el sedimento de orina, tras haber descartado infección urinaria.

- Ante el deterioro rápido de la función renal: aumento de la creatinina superior a 1mg/dl/mes, en un intervalo de 2 meses e incremento de la proteinuria de más de 2g/24 horas en dos determinación consecutivas.

La enfermedad renal (definida como la excreción de proteínas > 0,5 g / día,  $\geq 5$  glóbulos rojos por campo de gran aumento, la creatinina sérica  $\geq 1.5$  mg / dl.

La nefritis suele ser la manifestación más grave del lupus, puesto que esta y las infecciones constituyen las principales causas de mortalidad durante los primeros 10 años de evolución (1). Kaufman revisado 52 pacientes masculinos y encontró una mayor prevalencia de la enfermedad renal (12).

En 1996 José Fernando Molina. Describieron las características clínicas y serológicas en 107 pacientes hombres con lupus de una población total de 1.209 pacientes con lupus en tres centros (Hospital San Vicente de Paúl, la Clínica León XIII y el Instituto Nacional de Nutrición en México), en los cuales se encontró una mayor prevalencia de la enfermedad renal.(13).

#### MANIFESTACION NEUROLÓGICA:

Las manifestaciones neurológicas más comunes del lupus eritematoso sistémico (LES) son la disfunción cognitiva, accidente cerebro vascular, convulsiones, dolores de cabeza, y la neuropatía periférica.

La disfunción cognitiva - disfunción cognitiva, que se manifiesta por alteraciones en las actividades mentales (por ejemplo, la memoria, el pensamiento abstracto, y el juicio), es muy frecuente entre los pacientes con LES.

Síndromes de accidente cerebrovascular - LES pueden estar asociados con un aumento significativo en el riesgo de accidente cerebrovascular y de muerte prematura por enfermedad cerebrovascular. Accidentes cerebro vasculares se han descrito hasta en un 19 por ciento de los pacientes con LES.

Convulsiones - Convulsiones desarrollan en aproximadamente el 10 al 20 por ciento de los pacientes con LES. Tanto generalizada y crisis parciales pueden ocurrir. Este último puede ser complejos (crisis parciales complejas) o simples (epilepsia focal). Las convulsiones pueden ser la primera manifestación de lupus o pueden desarrollar durante el curso de la enfermedad. En una serie de

casos, aproximadamente la mitad de las convulsiones de nueva aparición se produjo durante el primer año después del diagnóstico.

Dolor de cabeza por sí solo en un paciente con LES no requiere investigación adicional más allá de la evaluación que se lleva a cabo para un paciente con dolor de cabeza que no tiene SLE. La migraña y la cefalea tensional son las más comunes, aunque otros trastornos menos frecuentes se deben considerar en el diagnóstico diferencial. Una base orgánica para los dolores de cabeza es sugerido por el desarrollo súbito de alguien previamente libre de dolores de cabeza, asociado con cambios neurológicos o cambios en la personalidad.

Neuropatía - aproximadamente 10 a 15 por ciento de los pacientes con LES desarrollar una neuropatía periférica que es probablemente debido a la vasculopatía de pequeñas arterias que suministran los nervios afectados. La neuropatía autónoma también ha sido reportada en algunos pacientes, dando como resultado múltiple gastrointestinal, vejiga, cardíaco, pupilar, y anomalías sudoración.

La neuropatía periférica debido a la LES es generalmente asimétrica, leve, es puede afectar a más de un nervio (poli neuropatía o mononeuritis múltiple), y afecta a los nervios sensoriales más de los nervios motores]. Una presentación típica puede ser la de parestesias bilaterales (pero no realmente simétrica) y entumecimiento de los dedos que a menudo son peores por la noche. Una neuropatía de fibras pequeñas también puede ocurrir en el LES, produciendo síntomas sensoriales dolorosos en ausencia de anomalías en estudios de conducción nerviosa o cambios reflejos.

En hombres es más frecuente el desarrollo de sintomatología neurológica (12). Las formas clínicas del lupus en hombres aparecen con neuropatía periférica (13).

#### MANIFESTACIONES CARDIACAS

La manifestación cardíaca más frecuente es la pericarditis. Los problemas cardíacos más graves son la miocarditis y endocarditis fibrinosa de Libman-Sacks. El trastorno endocárdico origina insuficiencia valvular, casi siempre de la mitral o aortica, o bien incidente embólicos, los pacientes con LES tienen un

mayor riesgo de infarto miocárdico, por lo general debido a la aterosclerosis acelerada, que probablemente se debe a inflamación crónica o a lesión oxidativa crónica (1).

Así, se ha descrito una mayor incidencia de serositis pericarditis como manifestación inicial del LES en los varones (12).

#### MANIFESTACION PULMONAR:

Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan afectación pulmonar. El derrame pleural es el hallazgo más frecuente (en el 40% de los casos).

Las manifestaciones pulmonares potencialmente fatales incluyen inflamación intersticial que ocasiona fibrosis, síndrome de pulmón retráctil, hemorragia intraalveolar (1).

#### MANIFESTACIONES DIGESTIVAS:

Entre las manifestaciones gastrointestinales del LES se incluyen úlceras bucales, disfagia, anorexia, náuseas, vómitos, hemorragia y dolor abdominal, la manifestación más frecuente.

El diagnóstico de Lupus requiere el cumplimiento de 4 de los 11 criterios que el Colegio Americano de Reumatología revisó en 1997(1). Dentro de ellos, se encuentra:

1. Eritema malar: eritema fijo, plano o en relieve, sobre las eminencias malares que tiende a respetar el surco nasogeniano.
2. Eritema discoide: placas circulares eritematosas en relieve con descamación queratósica adherente y tapones foliculares; en ocasiones conlleva cicatrices hipertróficas.
3. Fotosensibilidad: la exposición a la luz UV provoca un eritema, por observación directa o por historia del paciente.
4. Úlceras bucales: comprende las úlceras bucales y nasofaríngeas, usualmente indoloras, que observa el médico.
5. Artritis: artritis no erosiva de dos o más articulaciones periféricas con hipersensibilidad, edema o derrame.

6. Serositis: pleuritis por historia consistente de dolor pleurítico o frote escuchado por un médico, o por evidencia directa de derrame pleural; o pericarditis demostrada por medio de ECG o frote o evidencia de derrame.
7. Trastornos renales: proteinuria persistente  $>0.5$  g/día o  $>3+$  si no se realiza método cuantitativo; o presencia de cilindros celulares en el sedimento urinario, pudiendo ser tubulares, de hemoglobina o de glóbulos rojos, granulares o mixtos.
8. Trastornos neurológicos: convulsiones o psicosis en ausencia de otras causas.
9. Trastornos hematológicos: anemia hemolítica con reticulocitosis, o leucopenia  $<4000/\text{mm}^3$  en  $\geq 2$  o más ocasiones o linfopenia  $<1500/\text{mm}^3$  en  $\geq 2$  o más ocasiones o trombocitopenia  $<100000/\text{mm}^3$  en ausencia de fármacos agresores.
10. Trastornos inmunitarios: anti-dsDNA o anti-Sm o anticuerpos antifosfolípidos.
11. Anticuerpos antinucleares positivos: Concentración anormal de ANA por inmunofluorescencia o un análisis similar en cualquier momento en ausencia de fármacos que inducen la formación de ANA.

### 3.5. LABORATORIO:

Los estudios de laboratorio ayudan a (1):

1. Establecer o descartar el diagnóstico.
2. Vigilar la evolución de la enfermedad, en particular para prever que está ocurriendo una exacerbación o lesión orgánica
3. Para identificar algún efecto adverso del tratamiento.

La elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) es frecuente en las fases de actividad y en el curso de complicaciones infecciosas. En cambio, la proteína C reactiva (PCR) aumenta sólo ligeramente en las reagudizaciones de la enfermedad, mientras que en los casos de infección sobreañadida sufre

un marcado aumento. Otros hallazgos frecuentes son anemia, leucopenia, linfopenia, hipergammaglobulinemia y elevación de la beta-2 microglobulina (5).

### **Células LE**

Se encuentran en la mayoría de los pacientes, pero su detección es complicada, por lo que su determinación se ha sustituido por otros parámetros inmunológicos de técnica más sencilla.

### **Anticuerpos**

#### *Anticuerpos antinucleares*

En la actualidad los ANA son útiles clínicamente como marcadores de enfermedades autoinmunes. Su presencia o ausencia influye en la seguridad del diagnóstico; sin embargo, la relación entre autoanticuerpos y las manifestaciones clínicas es, en muchos casos, confusa.

Aunque la presencia de ANA es una de las características más importantes de esta enfermedad, en aproximadamente un 5% de los pacientes lúpicos no se detectan estos anticuerpos en ningún momento de su evolución. Los estudios más amplios de pacientes con LES indican que los pacientes sin ANA presentan con más frecuencia lesiones cutáneas discoideas o de LEC subagudo y fenómenos trombóticos.

#### *Anticuerpos anti-ADN*

Los anticuerpos anti-ADN nativo o bicatenario son los responsables del patrón periférico de inmunofluorescencia de los ANA.

Se detectan en el 40-70% de los pacientes con LES, mientras que en otras enfermedades autoinmunes su hallazgo es infrecuente. La presencia de valores elevados de estos anticuerpos es relativamente específica del LES y suele correlacionarse con la actividad clínica de la enfermedad. Así, títulos muy elevados pueden sugerir la existencia de una nefropatía subyacente, máxime si se asocia con un descenso marcado del complemento (sobre todo CH50) (5).

En la biometría hemática completa, recuento Plaquetario y examen general de orina se identifican anormalidades que contribuyen a establecer el diagnóstico y ayudan a tomar decisiones terapéuticas (1).

### 3.6. PRONÓSTICO

En la cohorte latinoamericana de lupus de inicio reciente GLADEL (Grupo Latinoamericano de Estudio del Lupus), los factores socioeconómicos fueron marcadores pronósticos importantes; el LES fue más grave en negros y mestizos.<sup>4</sup> Las tasas de supervivencia publicadas en Chile son 92% a cinco años, 77% a 10 años y 66% a 15 años. En esa serie, los factores que afectaron la mortalidad fueron actividad a la presentación, compromiso renal y la presencia de trombocitopenia. En contraste, en Toronto, Canadá, las tasas de supervivencia son de 79% a 15 años y 68% a 20 años. Causas de muerte: 16% actividad lúpica, 32% infección, 31% accidente vascular, infarto del miocardio (14).

Algunos sugieren que el lupus es más severo en hombres (13).

### 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

**Antecedentes Locales:** De acuerdo a lo investigado, no se encuentran trabajos similares en las universidades Católica de Santa María y Universidad Nacional de San Agustín.

**Antecedentes Nacionales:**

**Autor:** Franco Romaní, Fernando Atencia, José Cuadra, Carlos Canelo

**Título:** LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, EN UN PACIENTE VARÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

**Lugar y Fecha de Publicación:** Lima - Perú ,2008

**Resumen:**

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad que afecta predominantemente a mujeres, presentándose con manifestaciones variables. Esta comunicación de caso trata sobre un paciente varón joven, que debuta con artropatía lúpica, variedad artropatía de Jaccoud. Se realiza una revisión de la literatura acerca de las características clínicas del lupus en el varón y sus diferencias con el cuadro clínico en la mujer.

**Antecedentes Internacionales:**

**Autor:** E. Montero Mateos, R. González León, C. Sotomayor de la Piedra, A. León Guisado, I. Porras Antras, M. Artero González, F. García Hernández, M. Castillo Palma.

**Título:** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES VARONES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UNA COHORTE DE 776 PACIENTES.

**Lugar y Fecha de Publicación:** Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla., ESPAÑA, 21 de noviembre de 2013.

**Resumen:**

*Objetivos:* En un estudio previó se analizó la mortalidad global y las características clínicas de nuestra cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) durante un seguimiento prolongado. En este trabajo se analizan las diferencias clínico-evolutivas y de mortalidad entre varones y mujeres dentro de la cohorte.

*Métodos:* Se analizaron las variables clínicas, analíticas y estatus vital de de los pacientes de sexo masculino (LSM) frente al resto de la cohorte desde 1980 hasta marzo 2009. El análisis estadístico se realizó mediante chi-cuadrado, t de Student y log-rank según los parámetros analizados. Se comparó la mortalidad de la cohorte y la del grupo LSM con la propia de la comunidad autónoma por medio de la razón de mortalidad estandarizada (RMS), utilizando los datos del instituto nacional de estadística.

*Resultados:* De un total de 776 pacientes, 85 eran varones (10,9%). La edad media del diagnóstico fue 31,2 años y el seguimiento medio 15,3 años, sin diferencias significativas con respecto mujeres. El 11,8% tenían antecedentes familiares de patología inmunomediada y 7,1% de LES, sin diferencia con respecto a las del sexo femenino. El número de síntomas en el momento del diagnóstico fue similar pero fueron significativamente menos frecuentes que en

mujeres la afectación cutánea (35,3% vs 49,5%,  $p = 0,013$ ) y articular (35,3% vs 52,7%  $p = 0,002$ ) y más frecuente la neurológica (8,2% vs 3,6%  $p = 0,043$ ), renal (11,8% vs 4,8%  $p = 0,008$ ) y tromboembólica (3,5% vs 0,7%  $p = 0,016$ ). A lo largo de la enfermedad el grupo LSM tuvo menos afectación articular (67,1% vs 88,6%  $p < 0,001$ ), cutánea (74,1% vs 89,1%  $p < 0,001$ ), Raynaud (15,3% vs 28,4%  $p = 0,01$ ) y síndrome de Sjögren (7,1% vs 34%  $p < 0,001$ ) y fue más frecuente la renal (47,1% vs 35,9%  $p = 0,044$ ) muscular (18,8% vs 8,4%  $p = 0,002$ ) así como los fenómenos trombóticos venosos (21,2% vs 11,1%  $p = 0,008$ ) y arteriales (14,1% vs 5,6%  $p = 0,003$ ). En cuanto a autoanticuerpos solo hubo diferencias con respecto a SSA, que fue menos frecuente en varones (17,1% vs 30,8%  $p = 0,012$ ), sin diferencias con respecto a ANA, DNADs, SSB, Sm, anti-RNP ni anti-histonas. En relación al tratamiento en el grupo LSM se utilizó con menor frecuencia antiinflamatorios no esteroideos (55,3% vs 81,2%  $p < 0,001$ ), antipalúdicos (50,6% vs 72,2%  $p < 0,001$ ) y metotrexato (15,3% vs 31,7%  $p = 0,002$ ), y no hubo diferencias con respecto a megadosis de metilprednisolona, ciclofosfamida, azatioprina, micofenonolol, ciclosporina o antiCD20. Al final del seguimiento habían fallecido 21 varones (24,7% vs 15,8%) con una mortalidad estimada por log-rank significativamente mayor ( $p = 0,018$ ). No obstante, la RMS fue de 2,39 en hombres frente 3,13 en mujeres. Las causas más frecuentes de mortalidad fueron cardiovascular, actividad no controlada LES e infecciones sucesivamente.

*Discusión:* Los pacientes con LSM tienen, en nuestra cohorte, diferente comportamiento clínico con respecto a las mujeres aunque no hubo diferencias en la necesidad de tratamiento inmunosupresor intenso. Si bien por estudio de log-rank presentaron peor supervivencia, dada la RME más favorable, cabe pensar que el exceso de mortalidad es inherente al sexo masculino.

*Conclusiones:* En nuestra cohorte de pacientes con LES, varones tienen particularidades clínicas propias y una mortalidad menor, con respecto a la población general (RMS), que las mujeres.

## **5. OBJETIVOS:**

### **GENERAL**

Describir las características Epidemiológicas, clínicas y Laboratoriales del Lupus Eritematoso Sistémico en pacientes varones atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa, 2006 – 2015.

## **III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

### **1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN**

#### **1.1. TÉCNICAS**

Para el análisis de las variables de estudio se utilizará como técnica la Observación Documental.

#### **1.2. INSTRUMENTOS**

Se Utilizara como instrumento la ficha de recolección de datos, en la cual se registrarán los datos referidos a las variables investigadas.

### **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

#### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL**

La investigación será realizada en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, el mismo que está ubicado en la Avenida Daniel Alcides Carrión en el distrito, Provincia y Departamento de Arequipa.

#### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL**

El presente estudio abarca el período de enero del año 2006 hasta el mes de diciembre del año 2015.

#### **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO**

##### **2.3.1. Universo**

Está conformado por todos los pacientes que presentaron diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en varones entre el mes de enero del año 2006 hasta el mes de diciembre del año 2015 y que fueron atendidos en el

Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza los cuales según información proporcionada en el Servicio de Estadística del hospital.

### **2.3.2. Muestra**

Para el desarrollo del presente estudio no se trabajará con una muestra sino con el total de la población de pacientes varones que presentaron diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. La unidad de análisis serán las historias clínicas, que serán incluidas según el cumplimiento de los siguientes criterios:

#### **De inclusión:**

Historias clínicas de pacientes de cualquier edad de sexo masculino que han tenido el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico mediante estudios clínicos, laboratoriales y/o anatomopatológicos que consignen todos los datos necesarios para la medición de las variables del estudio.

#### **De exclusión:**

Historias clínicas incompletas o que tengan datos ilegibles.

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.1. ORGANIZACIÓN**

- a. Una vez aprobado el proyecto se realizaron las coordinaciones necesarias con el Decano de la Facultad de Medicina Humana para el envío de una carta de Presentación dirigida al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- b. Para obtener la relación de pacientes varones con el diagnóstico de lupus, se obtuvo una lista del departamento de informática mediante el código CIE -10 correspondiente.
- c. Luego se identificará la población y se solicitará el número de historia clínica de cada paciente.
- d. Posteriormente se revisarán todas las historias clínicas de los pacientes Varones con lupus eritematoso sistémico según el cumplimiento del Criterio de inclusión.

- e. Se recolectaran datos pertinentes de las historias clínicas de los pacientes seleccionados mediante la ficha de recolección de datos.
- f. Una vez concluida la recolección de datos, se procederá a la elaboración de la base de datos en el Programa Excel y al análisis estadístico, luego se elaborará el informe final.

### 3.2. RECURSOS

#### Humanos:

- La investigadora: Patricia Alejandra Frisancho Rodríguez (Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.)
- Asesor del proyecto: Dr.

#### Institucionales:

- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
- Biblioteca de la U.C.S.M.

#### Materiales:

- Historias clínicas de pacientes con LES Varones.
- Ficha de recolección de datos.
- Material de escritorio.
- Computadora.
- Paquete estadístico.

#### Financieros:

- Autofinanciamiento.

### 3.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se utilizó una ficha de recolección de datos, que no requiere de validación. Además para las manifestaciones clínicas se utilizó los Criterios para el Diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico establecidos por parte del Colegio Americano de Reumatología de 1997.

### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

TIEMPO ACTIVIDADES	2015	2016	2016	2016
	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Elaboración y Aprobación del Proyecto	XX	XX		
Recolección de datos		XX		
Elaboración del Informe			XX	
Presentación del Informe final				XX