



# Instituto Mexicano del Seguro Social

98  
Zej

DELEGACION ESTATAL PUEBLA  
CENTRO MEDICO NACIONAL  
GENERAL DE DIVISION MANUEL AVILA CAMACHO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN HOMBRES:  
Experiencia del Servicio de Reumatología del  
Hospital de Especialidades de Puebla. IMSS.**

**T E S I S**

Para obtener el Título de:  
Especialista en Medicina Interna

presenta:

**Leticia Rodríguez Galán**

Asesores:

**Dr. David Bañuelos Ramírez**  
Internista, Reumatólogo, MC  
Matrícula 9860096

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Arturo*

DR. ARTURO GARCIA VILLASEÑOR  
JEFE DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO "M. AVILA CROMAGHO"  
PUEBLA



*[Signature]*  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION PUEBLA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
Jefatura de Medicina

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACION ESTATAL PUEBLA**

**Centro Médico Nacional  
"Manuel Avila Camacho"**

**Hospital de Especialidades**

**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN HOMBRES:  
Experiencia del Servicio de Reumatología del  
Hospital de Especialidades de Puebla. IMSS.**

**Tesis Profesional que para obtener el grado de  
Especialista en Medicina Interna**

**presenta:**

**Leticia Rodríguez Galán  
Residente 1er año. MI,  
Matrícula: 10344357**

**Asesores:**

**Dr. David Bañuelos Ramírez  
Internista, Reumatólogo, MC  
Matrícula 9860096**

**Dr. Jorge Rojas Rodríguez  
Servicio Reumatología. HEP  
Matrícula 619361**

**Puebla, Pue., noviembre 1995**

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres y hermanos por el apoyo y comprensión en todo momento, por compartir conmigo penas y alegrías.

Al Dr. David Bañuelos y al Dr. Jorge Rojas Rodríguez, mis asesores, por la confianza depositada en mí.

En especial al Dr. Mario García Carraseo mi maestro y amigo por todo, por su amistad y apoyo.

A mis amigos.

A mis compañeros por los momentos compartidos.

A Dios.

Muchas Gracias

Leticia Rodríguez Galán

## INDICE

1.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1
2.- ASPECTOS HISTORICOS.....	2
3.- DIAGNOSTICO.....	5
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
5.-OBJETIVOS.....	7
6.-MATERIAL Y METODOS.....	8
7.-RESULTADOS.....	9
8.-DISCUSION Y COMENTARIOS.....	11
9.-CONCLUSIONES.....	13
10.-REFERENCIAS.....	18

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

### GENERALIDADES:

El lupus eritematoso sistémico o generalizado (LES, LEG), es una enfermedad crónica de naturaleza autoinmune y multisistémica que afecta a diversos y variados órganos de la economía corporal, destacando entre los datos más fácilmente obtenibles por examen clínico, la afección articular, cutánea, serosas, renal, el sistema nervioso central (SNC) y periférico, así como el aparato cardiovascular, gastrointestinal, hematopoyético y los sistemas de respuesta inmune, incluyendo el sistema de coagulación (1).

### EPIDEMIOLOGIA:

Es más frecuente en el sexo femenino en relación mujer/hombre de 9:1, relación que está obviamente ostensible en la edad adulta; sin embargo, en las edades extremas de la vida, niños pre-púberes y después de la menopausia la incidencia es aparentemente similar (2). Se han encontrado diferencias en cuanto a su distribución en los diferentes grupos raciales, presentándose predominantemente en la raza negra sobre la blanca. La razón para esta diferencia no está clara pero probablemente se debe a influencias genéticas (3). Otra característica clara observada en cuanto a la distribución del LES es la alta prevalencia en mujeres jóvenes, siendo los hombres raramente afectados. La prevalencia de la enfermedad se sitúa en 1 por 700 para mujeres entre la 2da y 4ta décadas de la vida, conjuntando datos de diversos estudios. La prevalencia real en varones es desconocida: los estudios publicados a la fecha son solo series de pocos casos, lo que impide hacer una estimación confiable (4-6).

### ASPECTOS HISTÓRICOS:

La palabra *lupus* deriva del latín y significa lobo. Esta denominación fue dada en el siglo XII por Rogerius al describir las lesiones faciales similares a una mordida de lobo. En 1851 Cazenave dermatólogo francés, nombró a la enfermedad "*lupus erythematosus*" y en 1872 M. Kaposi fue el primero en reconocer la participación visceral de la enfermedad. Con base en sus observaciones definió dos tipos de afectación: discoide o localizada y diseminada o sistémica (7).

La evaluación de los criterios diagnósticos se realizó con la intención de clasificar a los pacientes para fines de investigación y publicación por primera vez en 1971; once años más tarde, en 1982, éstos fueron modificados. En la actualidad se basa en 11 criterios. Para la clasificación de un paciente con LES se requiere la presencia simultánea o progresiva de 4 ó más de estos criterios (6).

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Las manifestaciones clínicas del LES son variadas; muchas de ellas son útiles también como criterios diagnósticos. Dentro de las más frecuentes encontramos las siguientes: Alteraciones mucocutáneas en más del 80% de los enfermos. En este tipo de afección caben la fotosensibilidad presente en el 60% de los sujetos en forma inicial. El eritema en "alas de mariposa" (lesión considerada clásica y casi patognomónica del LES) ocurre en la mitad de los pacientes. Las alteraciones en mucosas se presentan en el 40% de los sujetos y pueden ser lesiones discoideas con eritema, atrofia y despigmentación de los labios; las úlceras orales o nasales indoloras son parte de las alteraciones mucocutáneas, lo mismo que la gingivitis y perforación del tabique nasal (que en ocasiones pasa inadvertida). La alopecia se presenta en el 70% de los sujetos, y ya no se incluye dentro de los criterios diagnósticos revisados (8).

La artritis es una alteración común en el LES, similarmente a lo que ocurre en la mayoría de las enfermedades reumáticas autoinmunes. Su presencia se describe hasta en un 95% de los pacientes. Su carácter es generalmente no erosivo, aunque se han descrito lesiones erosivas en un

pequeño porcentaje y afecta predominantemente a las articulaciones pequeñas, aunque las grandes también se ven afectadas.

La enfermedad periférica articular con frecuencia afecta al tejido periarticular y a los tendones cercanos, lo que puede originar deformaciones articulares, fácilmente corregibles en etapas iniciales (9).

Dentro de las alteraciones cardiovasculares el fenómeno de Raynaud ocupa un lugar destacado y es posible documentarlo hasta en la mitad o más de los enfermos. La serositis se manifiesta como pleuresía o pericarditis hasta en un 60% de los casos de LES. Otras alteraciones a este nivel documentadas como parte del LES son las vegetaciones valvulares no infecciosas, la pericardio y endocarditis. Las disfunciones de las valvulas mitral y aórtica se pueden encontrar hasta en el 70% de los enfermos; el derrame pericárdico pequeño o moderado se ha documentado hasta en el 65% de los sujetos. Raramente llega a ocasionar taponamiento cardíaco; las lesiones miocárdicas puras han sido poco documentadas (10).

La enfermedad arterial vascular en el LES tiene diversos mecanismos patogénicos incluyendo arteritis, coagulación intravascular diseminada (CID), siendo ésta frecuentemente asociada con el anticoagulante lúpico (AL). La vasculitis (mayormente de pequeños y medianos vasos), se presenta en el 20% de los sujetos, en tanto que el livedo reticularis se considera una alteración muy común (11).

Las alteraciones renales se encuentran presentes en mas de la mitad de los casos. Se pueden manifestar principalmente como proteinuria, presencia de cilindros granulares, ó bien, de eritrocitos, hemoglobina, tubulares y/o mixtos (12).

Dentro de las alteraciones hematológicas que se encuentran en el LES, se encuentran: anemia hemolítica autoinmune, trombocitopenias, leuco/linfopenias, anemias microcíticas; más recientemente se ha descrito la presencia de anticoagulantes (AL), y se han podido identificar y caracterizar su naturaleza fisicoquímica. Su importancia ha aumentado en los últimos años y se ha caracterizado un síndrome conocido como *síndrome antifosfolípidos* (SAL) donde entre otros hallazgos se encuentran incrementados la prevalencia de trombosis, pérdida fetal y trombocitopenia. Otras alteraciones

hematológicas descritas en el LES son la presencia de anticuerpos a Cardiolipina (ACL) y la disminución de las concentraciones de proteínas C y S (anticoagulantes naturales) (13).

El LES se acompaña también de una serie de manifestaciones neurológicas y psiquiátricas que enmascaran el diagnóstico y suceden hasta en el 30% de los sujetos. Varían desde la sola cefalea tipo migraña, hasta las crisis convulsivas, pseudotumor cerebral, EVC y las propias del sistema nervioso periférico (SNP). Muchas de estas manifestaciones pasan desapercibidas. Su presencia hasta hace algunos años se consideraba de mal pronóstico y su aparición antecedía un desenlace fatal (14).

### ETIOPATOGENIA:

La etiología precisa del LES se desconoce. Han sido varios los factores implicados, dentro de los cuales cabe en forma resumida mencionar los siguientes: 1. Una disregulación de la respuesta inmune. Se han documentado alteraciones en las funciones de los linfocitos T y B; aumento en la síntesis de autoanticuerpos y niveles bajos de complemento. Presencia de inmunocomplejos circulantes y retraso en su depuración por parte del sistema reticuloendotelial. Se desconoce el o los antígenos que inician dicha respuesta inmunológica. La susceptibilidad para presentar LES parece estar determinada por factores genéticos sobre los cuales actuarían agentes ambientales. Los factores genéticos precisos y el mecanismo de herencia de ellos, es desconocido al momento actual. Algunos microorganismos como virus, bacterias, especies de mycoplasmas y retrovirus han sido implicados en la iniciación y/o perpetuación de la respuesta inmunológica alterada (15). Las hormonas sexuales desempeñarían algún papel protagónico según diversos autores, en conjunción con el resto de mecanismos implicados. Dentro de las alteraciones encontradas destacan: hiperestrogenismo, hipoandrogenismo e hiperprolactinemia (16-20).

### DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de LES para fines de clasificación se efectúa ante la presencia de 4 o más de los criterios revisados y aceptados por el ACR, siendo necesario además un período de 6 meses cuando menos de su presencia en un sujeto sospechoso de LES. Siendo una entidad más frecuente en las mujeres, y en determinados grupos de edad, el diagnóstico es posible sospecharlo en etapas recientes del padecimiento, sobre todo cuando son varias las manifestaciones presentes. Las dificultades diagnósticas se presentan cuando el padecimiento ocurre en los varones y hay poco entrenamiento clínico. Además, la aparición y aumento de las infecciones por HIV se prestan a confusión. Estos dos tipos de desórdenes pueden ser similares tanto clínica como inmunológicamente. Ambos pueden presentarse con rash cutáneo, artritis, linfadenopatías, miositis, leucopenia, trombocitopenia, hiperamnioglobulinemia y niveles altos circulantes de complejos inmunes. Los títulos bajos de anticuerpos antinucleares en pacientes infectados con HIV dificultan el diagnóstico. Los resultados falsos positivos para HIV pueden ocurrir en pacientes con LES, y llevar a errores de diagnóstico de infección de HIV. En estos casos es imprescindible la confirmación rigurosa por Western-Blott (21).

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El LES es una enfermedad con trasfondo inmunológico y múltiples alteraciones sistémicas. Su presentación inicial puede prestarse a confusión con diversas enfermedades, debido a lo proteiforme de sus características clínicas. El diagnóstico puede dificultarse aún más en los varones y cuando hay poco entrenamiento clínico.

La literatura referente a LES en varones es escasa, y en nuestro país, prácticamente nula. La experiencia de LES en varones en nuestro servicio no se ha analizado; por todas las razones enunciadas, no tenemos aún información de cual es la experiencia clínica de nuestro servicio referente a el diagnóstico de LES en varones.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer la prevalencia, características clínicas principales, alteraciones inmunológicas y de laboratorio, así como el curso de la enfermedad en varones con LES manejados en el servicio de Reumatología del Hospital de Especialidades del CMN MAC. IMSS. Puebla.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Conocer la prevalencia del LES en varones en el servicio de Reumatología de nuestro servicio en los últimos 5 años.
2. Conocer las características clínicas principales de los varones diagnosticados con LES.
3. Describir las principales alteraciones de laboratorio e inmunológicas en nuestros pacientes.
4. Describir el curso clínico del padecimiento en los sujetos estudiados.

## MATERIAL Y METODOS:

El presente trabajo se efectuó en el Hospital de Especialidades del CMN MAC IMSS, Puebla, en una retrocohorta que comprendió los últimos 5 años de los enfermos atendidos en los servicios de Reumatología y que contaban con su registro correspondiente en el Archivo Clínico de la unidad. Fueron considerados para inclusión en el estudio todos aquellos enfermos con diagnóstico de LES, que cumplieran los criterios revisados del ACR, con expedientes y datos completos. Se consideraron como criterios de no inclusión a los diagnósticos de LES que correspondieron a mujeres; varones con diagnósticos de enfermedades reumáticas autoinmunes diferentes al LES y a aquellos que aunque preliminarmente se sospechó LES, su curso y exámenes complementarios hayan demostrado una enfermedad reumática diferente. Finalmente, de los inicialmente incluidos, eliminamos a los que no contaron con los suficientes datos en el expediente para analizarlos y a enfermos diagnosticados por otros médicos fuera de la unidad como LES que no cumplían los criterios propuestos y aceptados por el ACR para fines de clasificación. Los datos referentes a cada enfermo se recolectaron en hojas diseñadas para tal efecto, seleccionando como variables para nuestro análisis las siguientes características: edad de inicio, tiempo de retraso en el diagnóstico, antecedentes heredo-familiares positivos para enfermedad reumática estudiada o diferente a la misma. Artralgias, artritis, alteraciones cutáneas, alteraciones renales, serositis, alteraciones hematológicas, alteraciones hormonales, cardiovasculares, neurológicas, diagnósticos iniciales, alteraciones de laboratorio e inmunológicas y finalmente, complicaciones, curso y desenlace de la enfermedad al momento de estudio.

La selección de la muestra se efectuó a partir de los registros existentes en el servicio de Reumatología, que permitieron localizar algunos expedientes en el Archivo Clínico de nuestro hospital. Los datos correspondientes a otros enfermos fueron obtenidos al momento de su atención en la consulta. Se incluyeron para la elaboración del trabajo solo los correspondientes a aquellos enfermos que cumplieran 4 de los criterios propuestos para clasificación del ACR.

Para el análisis de nuestro estudio de pacientes de varones con LES, efectuamos solo estadística descriptiva, expresando los resultados en medias, desviación estándar (DS), rangos, frecuencias relativas y acumuladas, gráficos y tablas.

## RESULTADOS:

De la población fuente que acude a los servicios de Reumatología y Medicina Interna del CMN MAC IMSS. de la Cd. de Puebla, obtuvimos 15 casos con diagnóstico de LES. Sólo cumplieron los criterios de selección y clasificación 11 casos; sin embargo, uno de éstos últimos no fue posible localizarlo, por lo que la muestra final analizada para nuestro efecto quedó con 10 sujetos. Los cuatro casos que no cumplieron los criterios requeridos correspondieron a sujetos con padecimientos renales y neurológicos y positividad a algunos reactantes de fase aguda, sin cumplir los criterios del ACR. Su evolución y desenlace (en dos de ellos con estudio necrópsico), demostró otros padecimientos, y no hubo hallazgos compatibles con el diagnóstico de LES. El retraso en el diagnóstico de LES tuvo una duración promedio de 4.5 años con una DS de 2.54; la edad de los enfermos se situó en promedio en 32.1 años con una DS de 23.48. Esta cifra tan amplia para la DS se vió afectada por los rangos amplios de presentación del diagnóstico de LES en nuestra población: 9-82a. Los diagnósticos iniciales más frecuentes con los que se manejó a los enfermos previo a el establecimiento del diagnóstico de LES fueron: artritis reumatoide (20%) y fiebre de origen a determinar (30%). Algunos de los enfermos cursaron con estos dos diagnósticos. Los restantes correspondieron a Síndrome de Sjögren, Espondiloartropatía, Glomerulonefritis, Púrpura trombocitopénica autoinmune. En dos de los casos sí se sospechó desde un inicio el diagnóstico de LEG, por la existencia previa de la enfermedad en un familiar de primer grado, que ya estaba siendo tratado en el servicio. La existencia de alguna enfermedad reumática autoinmune en familiares se documentó en el 50% de los sujetos. Dos tuvieron antecedentes positivos para artritis reumatoide y hubo agregación familiar en 3 para LES: el padre y dos de sus hijos. En la tabla número 1 se resumen todas estas características.

Las manifestaciones clínicas más destacadas fueron las siguientes. Las artralgias estuvieron presentes en 9 de los 10 pacientes, en tanto que una verdadera artritis documentada por los médicos tratantes solo se contabilizó en 7. Igual número alcanzó la fotosensibilidad. El eritema malar lo presentaron 4 de los sujetos y correspondió a los que se situaban en el grupo de edad de 16-30 años. Se encontró alopecia en 4 sujetos. Las alteraciones renales estuvieron presentes en 7 de los 10 sujetos: 5 tuvieron proteinuria, 2 hematuria, 4 síndrome nefrótico. La biopsia renal se efectuó en 7 de

los pacientes. En tres de ellos el resultado histopatológico correspondió a lesiones mesangiales y en 4 los datos fueron de una glomerulonefritis proliferativa difusa (clase IV).

La serositis documentada por estudios de gabinete mostró derrame pleural en 4 y derrame pericárdico en 3. Un total de 9 de los pacientes presentó fiebre con temperatura mayor de 38.5° en el inicio de su enfermedad o bien, durante la evolución de la misma; como parte también de los síntomas generales, la fatiga y la pérdida de peso fueron acompañantes de las dos terceras partes de los enfermos. En dos de ellos (los más jóvenes), hubo retraso en el crecimiento, probablemente asociado a el uso de corticosteroides. Las úlceras orales ocurrieron en el 60% de los pacientes, en tanto que el síndrome de Sjögren solo se presentó en el 20% de los mismos. Las alteraciones hematológicas comprendieron: anemia microcítica (60%); anemia hemolítica (2%); trombocitopenia (40%); leucopenia (80%); y linfocitopenia (80%). Las alteraciones hormonales comprendieron hiperprolactinemia (>20ug/l) en 4 de 5 sujetos a los que se les solicitó e hipoxandrogenismo manifestada por testosterona baja en 3 de 5 sujetos probados. Durante su evolución presentaron como complicaciones las siguientes: Herpes zoster 3 casos; internamientos por exacerbaciones de manifestaciones neuropsiquiátricas y renales 70% de los sujetos; 1 desarrolló citomegalovirus y positividad para el VIH-1. Actualmente contamos con 6 sujetos vivos y 4 fallecidos a consecuencia de complicaciones de la enfermedad reumática.

## DISCUSION Y COMENTARIOS:

El LES es una enfermedad que cuenta con descripciones clínicas desde el siglo XII, si bien, en forma incompleta. Posteriormente en el siglo XVII se alcanzó una precisión mayor de sus manifestaciones e involucro de diversos sistemas que mercedaron no solo el reconocimiento de los casos de LES, sino la frecuencia reconocida de la enfermedad. La uniformidad en la forma de reconocer y clasificar a el LES, se ha asentado con base en los criterios de la ARA (actualmente ACR) en 1971 y 1982. Todos estos esfuerzos aportados por los clínicos que inicialmente en forma individual estudiaban el LES, y con el advenimiento de el incremento en los conocimientos que conforman el area de la Reumatología y las asociaciones y agrupaciones dedicadas a normar las actividades de divulgación, formación, investigación y aplicación práctica de la misma han aportado cifras que remarcan su importancia, dentro de las que destacan la prevalencia de 1 caso por cada 700 mujeres en edad repro y productiva. Las cifras con que se cuenta también permiten apreciar que a diferencia de las suposiciones iniciales que la consideraban una enfermedad casi exclusiva de las mujeres con patrones de distribución de 10:1 a 8:1 en la relación mujer/varón, la relación probablemente sea de 8:3.

Las afirmaciones iniciales de que el LES fuera una enfermedad con predominio o exclusividad del sexo femenino seguramente han influido en parte para que el diagnóstico de LES en varones se retrase o sea insospechado. Muchos de los autores dedicados al estudio del LES en general consideran que la enfermedad es subdiagnosticada. Nosotros consideramos que ésta afirmación es totalmente compatible con lo que sucede respecto al LES en varones.

La literatura publicada dedica pocos estudios a el lupus en hombres. En gran parte puede ser debido a lo difícil que es establecer el diagnóstico en el sexo masculino, más que a una baja prevalencia de la enfermedad en ellos. En nuestro estudio pudimos documentar 10 casos que cumplen los criterios suficientes para clasificación. Es probable que los casos de LES sean mayores en nuestro centro hospitalario y en el periodo de tiempo estudiado: la documentación completa de los criterios no fue posible por no existir todos los datos en los registros de los enfermos. Otras razones que pueden enmascarar el diagnóstico de LES en los varones es lo diverso y proteiforme de las manifestaciones de la enfermedad. Muchos de los fallecimientos debidos a enfermedades renales se quedan sin un

diagnóstico etiológico preciso, lo mismo que los eventos cerebrovasculares en jóvenes y que pudiesen tener un fondo de autoinmunidad

Las manifestaciones clínicas del LES, así como el curso, y desenlace final se han considerado diferentes para varones y mujeres ( ). Gran parte de estas diferencias podría ser atribuido a el patrón sexual que guardan algunas hormonas y que influirían en la respuesta inmune, aumentando o atenuando su expresividad. Se ha demostrado en modelos experimentales que la prolactina incrementa la producción de autoanticuerpos, y lo mismo sucede para los estrógenos, de ahí las exacerbaciones que experimenta el LES durante la gestación y puerperio. Sin embargo, la aparición de la enfermedad va mucho más allá de los simples cambios hormonales. En nuestra serie, tuvimos pacientes en los extremos de la vida, cuando las concentraciones hormonales no alcanzan a las cifras repartadas en los periodos de exacerbación. Dado el carácter retrospectivo del estudio, no todos los enfermos contaban con estas determinaciones hormonales; sin embargo, es notable que en los sujetos que se determinaron testosterona y prolactina hubo alteraciones, encontrándolas a la primera abajo de los rangos normales y a la segunda, elevada. Estos hallazgos concuerdan con los de otros autores (19-22-23).

## CONCLUSIONES:

El LES en varones en nuestra población muestra un comportamiento similar al descrito en otras series. La frecuencia de la enfermedad es baja, a pesar de el número relativamente grande de población de mujeres con LES que se atiende en nuestro hospital (755 según el último recuento), lo que nos daría una proporción de 7% aproximadamente para LES en varones del total de los casos de LES.

La certeza diagnóstica en cuanto a reconocer la enfermedad en los varones, ha aumentado. Los clínicos entrenados para reconocer la enfermedad, conjuntamente con una mayor sensibilidad y especificidad de los métodos de laboratorio y gabinete han sido indudablemente factores que permiten el reconocimiento de los diagnósticos de LES en varones. La existencia de alguna enfermedad reumática autoinmune previa en los familiares, es otro dato igualmente orientador.

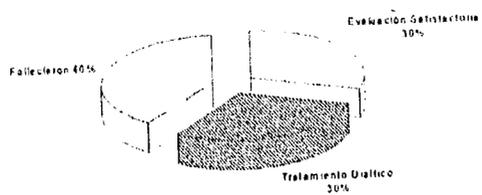
El LES en nuestra población de varones no tuvo el desenlace fatal a tiempo corto mencionado en otras series. La supervivencia a más de 5 años del 60% de la población estudiada guarda algunas diferencias con otras series, donde cabría hacer un análisis estratificado para identificar diferentes factores pronósticos que influyan en la mortalidad, lo cual será motivo de otro estudio en el futuro.

En conclusión, consideramos que el LES en varones tuvo una frecuencia baja en el periodo de tiempo estudiado (7 años) y de acuerdo a el tamaño total de la población con diagnóstico de LES que se atiende en nuestro hospital, que incluye tanto población local, como población de referencia.

TABLA NUM. 1  
**PRINCIPALES HALLAZGOS CLINICOS EN**  
**10 ENFERMIOS VARONES CON LES DEL HEP. CMN MAC.**

Artritis y artralgias	7	70%
Mucoentaneas	4	40%
Afeccion renal	7	70%
Serositis	4	40%
Sintomas Constitucionales	6	60%
Fiebre	9	90%
Ulceras orales	6	60%
Sx. Sjögren	2	20%
Anemia microcitica	6	60%
hemolítica	2	20%
Trombocitopenia	4	40%
Leuco/litopenia	8	80%
Prolactina ↑	4	
Testosterona ↓	3	

### EVALUACION CLINICA



Manifestaciones clínicas principales en 10 casos de LES en varones

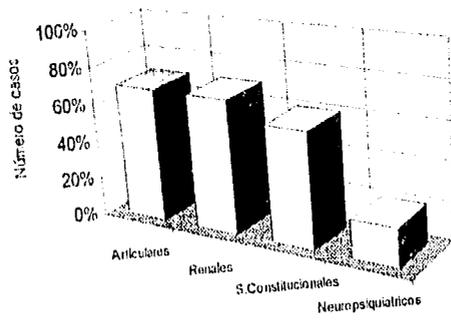


TABLA NUMERO 2

PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE 10 ENFERMOS VARONES  
CON LES EN EL HEP CMN MAC. IMSS

Paciente	Edad	Dx Inicial	Retraso en el Dx	LES Inicio
1	82	S. Sjögren	7 a	Cutáneo
2	56	Púrpura	7 a	Hematológico
3	24	F.O. D.	5	Renal
4	20	LES	2	Renal
5	23	AR+FOD	3	Renal, cutáneo
6	13	Hipogonadismo Espondiloartropatia	3	Articular
7	22	HIV+	2	Cutáneo Neurológico
8	9	FOD GMN Eas	6	Articular
9	19	Espondiloartropatia?	6	Articular
10	53	LES	4	Cutáneo

\*\*\* Se les calificó como forma de inicio de LES de acuerdo a el predominio de alguna de las manifestaciones. Obviamente muchos de los enfermos compartian 2 o más hallazgos iniciales predominantes.

Los diagnósticos iniciales presentados, también corresponden al diagnóstico inicial principal, aunque podían tener más de uno.

## REFERENCIAS

1. Duarte SC, Castelazo DG. Lupus Eritematoso Sistémico. *Medicine* 1993;12:618-34
2. Barile L, Graef A, Jara L, et al. Sex hormones and Childhood SLE. *J Rheumatol* 1994;21:966
3. Piette JCH, Wechler B, Frances C, et al. Systemic Lupus Eritematosus and the antiphospholipid syndrome: Reflections about the relevance of ARA Criteria. *J Rheumatol* 1992;19:1835-37
4. Tan EM, Coelm AS, Fries JF, et al. The 1992 revised criteria for classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982;25:1271-77
5. Font J, Pallarés L, Cervera R et al. Systemic lupus erythematosus in the elderly: clinical and immunological characteristics. *Ann Rheum Diss* 1991;50:702-5
6. Asherson R, Lahita R. Sex hormones modulation in the systemic lupus erythematosus: still a therapeutic option?. *Ann Rheum Diss* 1991;50:897-898
7. El-Garf A, Salah S. Juvenile systemic lupus erythematosus among Egyptian childrens. *J Rheumatol* 1990;17:1168-70.
8. Swaak A, Nossent J, Bronsveld W et al. Systemic lupus erythematosus. II observations on the occurrence of exacerbation in the disease course: Duth experience with 110 patients studied prospectively. *Ann Rheum Dis* 1989;48:455-60
9. Hasselaar P, Dersken R, Blozki L, et al. Risk factors for thrombosis in lupus patients. *Ann Rheum Dis*. 1989;48:933-40
10. Cervera R, Font J, Paré C, et al. Cardiac disease in systemic lupus erythematosus: prospective study of 70 patients. *Ann Rheum Dis* 1992;51:156-59
11. McDonald J, Stewart J, Urowitz M et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Diss*. 1992;51:56-60
12. Gudmunsson S, Steinsson K. Systemic lupus erythematosus in Iceland 1975 through 1984. A Nationwide epidemiological study in a unselected population. *J Rheumatol* 1990;17:1162-67
13. Font J, Pallarés L, Cervera R, et al. Lupus eritematoso sistémico: estudio clínico e inmunológico de 300 pacientes. *Medicina Clínica* 1993;100:601-5
14. Hopkinson N. Epidemiology of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Diss*. 1992;51:1292-94
15. Nossent J. Systemic lupus erythematosus on de Caribbean Island of Curacao: an epidemiological investigation. *Ann Rheum Diss* 1992;51:1197-1201

16. Nojima Y, Minota S, Yamada A, et al. Correlation of to ribosomal P protein with psychosis in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 1992;51:1053-55.
17. Venables P. Diagnóstico y tratamiento del Lupus Eritematoso Sistémico. *BMJ* 1994;1:472-76
18. Font J, Cervera R. Diez años de los nuevos criterios para la clasificación del lupus eritematoso sistémico. ¿Está todo aclarado?? *Medicina Clínica* 1992;99:28-30
19. Inman R, Jovanovic L, Markenson J et al. Systemic lupus erythematosus in men. *Arch Internal Med.* 1982;142:1813-15
20. Ward M, Studenski S. Systemic lupus erythematosus in men: a multivariate analysis of gender differences in clinical manifestations. *J Rheumatol* 1990;17:220-224
21. Font J, Cervera R, Navarro M, et al. Systemic lupus erythematosus in men: clinical and immunological characteristics. *Ann Rheum Dis* 1992;51:1050-52
22. Esteve IM, Blasini A, Dalhia O, et al. False positive result for antibody to HIV in two men with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 1992;51:1071-73
23. Blauco FJ, de la Mata J., Gómez Reino J. et al. Lupus eritematoso sistémico en varones. *Rev. Esp. Reumatol* 1955; 22:268-272-