



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

PEDIATRÍA

TÍTULO DE LA TESIS

**MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS EN
PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO
SISTÉMICO ATENDIDOS EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE PEDIATRÍA DE 2001-2021.**

PRESENTA:

DRA. VERÓNICA ARMIDA MORENO LACALLE

TUTOR DE TESIS:

DRA. MARÍA TERESA GARCÍA ROMERO

ASESORES METODOLÓGICOS

**DRA. PATRICIA CRAVIOTO QUINTANA
FIS. MAT. FERNANDO GALVAN CASTILLO**



Ciudad de México 2023



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.

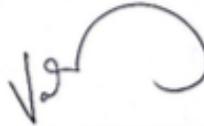
**"MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
PEDIATRÍA DE 2001-2021".**



**DR. LUIS XOCHIHUA DIAZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRIA**



**DR. LUIS XOCHIHUA DIAZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA**



**DRA. ROSA VALENTINA VEGA RANGEL
ENCARGADA DEL DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO**



**DRA. MARIA TERESA GARCIA ROMERO
TUTORA DE TESIS**



**DRA. PATRICIA CRAVIOTO QUINTANA
ASESOR METODOLÓGICO**



**FÍS. MAT. FERNANDO GALVÁN CASTILLO
ASESOR METODOLÓGICO**

Título:

Manifestaciones dermatológicas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría de 2001-2021.

Autores:

- Alumna: Dra. Verónica Armida Moreno Lacalle, Residente de tercer año de Pediatría.
- Tutora: Dra. María Teresa García Romero, Médico adscrito al servicio de Dermatología.
- Asesores metodológicos: Dra. Patricia Cravioto Quintana, Fis. Mat. Fernando Galván Castillo.

Indice:

1. Resumen
2. Marco teórico y Antecedentes
3. Planteamiento del problema
 - Pregunta de investigación
4. Justificación
5. Objetivos
 - General
 - Específicos
6. Material y método
 - Clasificación de la investigación
 - Universo de estudio
 - o Criterios de inclusión
 - o Criterios de exclusión
 - o Criterios de eliminación
 - Explicación de selección de sujetos
 - Variables a estudiar
7. Análisis estadístico
8. Resultados

9. Discusión

10. Conclusiones

1. Resumen:

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria crónica con manifestaciones clínicas complejas. Las manifestaciones cutáneas en el LES son frecuentes, llegando a afectar hasta el 85% de los pacientes. Se ha visto que en el 25% de los pacientes son la primera manifestación clínica de la enfermedad. La mayoría de los pacientes presenta lesiones cutáneas que pueden clasificarse como inespecíficas o específicas de lupus. Dentro de las específicas encontramos las agudas, subagudas y crónicas. Dentro de las manifestaciones inespecíficas podemos encontrar: fenómeno de Raynaud, livedo reticularis, eritema palmar, telangiectasias periungueales, púrpura palpable y úlceras; y dentro de las específicas están las agudas, subagudas o crónicas.

Se realizó un estudio descriptivo, analítico, longitudinal, retrospectivo en el Instituto Nacional de Pediatría del 2001-2021 de 125 pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico pediátrico (LESp), de los cuales 110 (88%) eran del sexo femenino y 15 (12%) del masculino. Por tipo de lesión, se identificó lesión específica aguda en 21.6% de los pacientes, lesión específica crónica en 16%, lesión inespecífica en 32.8%; mientras que no se detectaron lesiones específicas subagudas. Dentro de las lesiones agudas, las más comunes fueron eritema malar (71.2%) y eritema generalizado (39.2%); en la crónica la más frecuente fue LES discoide (12.8%); y en las lesiones inespecíficas predominaron las úlceras orales (56.8%) y alopecia por efluvio telógeno (20.8%).

2. Marco teórico y Antecedentes:

Antecedentes:

El lupus eritematoso sistémico (LES) fue reconocido por primera vez en la época de la edad media por la descripción de sus manifestaciones dermatológicas. Se cree que la palabra lupus viene de dos idiomas; (del latín, lobo) ya que adopta una gran similitud con la cara arañada de un lobo, que exhibe en la nariz y en las mejillas un eritema malar con forma de alas de mariposa. También (del francés, Loup) que es un estilo francés de máscara que las mujeres utilizaban alrededor de los ojos.

El término lupus se atribuye al médico Rogerius (en el siglo XII), ya que utilizó la palabra lupus para describir el eritema malar clásico. El tratamiento para la enfermedad se descubrió por primera vez en 1984, cuando se vió que la quinina era una terapia efectiva, siendo el mejor tratamiento disponible para los pacientes con esta entidad, hasta que en mediados del siglo XX Philip Showalter Hench, descubrió la eficacia de los corticoesteroides¹.

Definición:

El lupus eritematoso sistémico pediátrico (LESp) es una enfermedad autoinmunitaria crónica con manifestaciones clínicas complejas. A pesar de que la presentación, las manifestaciones clínicas, los hallazgos inmunológicos y el tratamiento del LES pediátrico son similares a los de pacientes adultos, hay aspectos especiales que se deben considerar en la población pediátrica. Las formas del LESp son más graves que las de la población adulta. Además, se ha visto que el LESp interfiere de forma importante en la adaptación escolar, en aspectos psicosociales, relacionados, entre otros, con la apariencia física y el retraso del crecimiento².

Epidemiología:

El LES, es más frecuente en mujeres, suele debutar en la edad fértil, pero aproximadamente un 20% de los pacientes van a debutar en la edad infantil, con un pico de incidencia a los 12 años, siendo infrecuente antes de los 5 años de edad (<5%)³. La incidencia anual aproximada en EE.UU. es de 0.6 casos/100.000 niños; con una prevalencia de 5-10/100.000 niños⁴. Uno de los factores que ha demostrado su implicación en la incidencia, la prevalencia y la gravedad de las manifestaciones clínicas es la raza, siendo las razas negra, asiática e hispánicas los pacientes con un peor pronóstico³. Las manifestaciones cutáneas en el LES son frecuentes,

llegando a afectar hasta el 85% de los pacientes. Se ha visto que en el 25% de los pacientes es la primera manifestación clínica de la enfermedad. Pacientes con lupus eritematoso cutáneo pueden tener únicamente afección en la piel, con una incidencia de 4.3 por 10,000 habitantes⁵.

Fisiopatología:

El LES es el prototipo de enfermedad autoinmune crónica, multisistémica, de curso variable, potencialmente mortal. La etiopatogenia es desconocida, similar a otras enfermedades autoinmunes, probablemente multifactorial, con implicación de factores genéticos, epigenéticos y ambientales exógenos o endógenos³.

Los autoanticuerpos representan una de las características más importantes del LES y pueden proporcionar datos acerca de los mecanismos de daño en varios de los órganos afectados en esta enfermedad⁶. En más del 90 % de los casos se detectan anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, y en la mitad anti-ADN de cadena doble (ADNds), anti-Sm, anti-Ro, anti-La y anti-U1RNP⁷. La mayoría de las manifestaciones clínicas están mediadas directa o indirectamente por la formación de estos autoanticuerpos e inmunocomplejos⁸. Por la gran variabilidad y la poca especificidad de los síntomas iniciales, generalmente hay un retraso en el diagnóstico de un mes hasta 3.3 años. Al inicio de la enfermedad, generalmente se encuentran asociados los siguientes síntomas; fiebre, pérdida de peso, artralgias o artritis, rash malar o secundario a fotosensibilidad y enfermedad renal⁹.

Diagnóstico:

En el LES, la mayoría de los enfermos presenta lesiones cutáneas que pueden clasificarse como inespecíficas o específicas de lupus⁸. Es importante su identificación ya que todos los subtipos de lesiones dermatológicas en piel por LES son parte de los criterios diagnósticos de la enfermedad.

Las manifestaciones dermatológicas específicas se subclasifican en agudas, subagudas o crónicas. La lesión aguda más frecuente y característica es el rash en alas de mariposa, es un eritema sobre el dorso nasal y las mejillas que respeta los pliegues nasogenianos y aparece tras la exposición solar⁸. Cuando es más generalizado, involucra la región en V del cuello, hombros, espalda y las regiones

expuestas como brazos y piernas⁵. Otras lesiones agudas incluyen el rash generalizado o lesiones bullosas⁸.

En las lesiones subagudas no siempre hay afección sistémica; aproximadamente el 50% de estos pacientes tendrán LES, mientras que el 10% de los pacientes con LES presentan lesiones subagudas⁸. El 70% aproximadamente de los pacientes son portadores de anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB¹⁰.

Se presenta con la existencia de una erupción de morfología y distribución características, con leve o ninguna afectación sistémica, pueden adoptar un patrón psoriasiforme y/o anular-policíclico, desencadenadas por la exposición solar, afectando áreas fotoexpuestas como la cara, el cuello, el escote, los hombros o la cara extensora de los brazos. Raramente se extienden por debajo de la cintura, y respetan de manera característica nudillos, axilas y caras laterales del tronco¹¹. Las lesiones, una vez iniciadas, pueden evolucionar hacia el desarrollo de dos aspectos morfológicos distintos: 1) las que muestran una extensión periférica con curación central por lo que adoptan una morfología anular (LECS-anular), o 2) las que conforman pápulas o placas uniformemente papuloescamosas o psoriasiformes (LECS-papuloescamoso o psoriasiforme)¹⁰. Las lesiones curan dejando hipopigmentaciones postinflamatorias transitorias, en ocasiones pueden quedar telangiectasias persistentes¹¹. En algunos casos la lesión de la epidermis es tan intensa que puede provocar necrosis de la totalidad de la misma o la formación de ampollas, también clínicamente visibles, por la extensa vacuolización de la capa basal y el edema subepidérmico, con aparición de un cuadro clínico similar a la necrólisis epidérmica tóxica¹⁰.

Las manifestaciones cutáneas crónicas son la variante más benigna de la enfermedad, pero es poco frecuente en niños. La principal forma de presentación es el lupus eritematoso discoide clásico (LED), que se clasifica en localizado (70% de los casos), cuando las lesiones se confinan a la cabeza y el cuero cabelludo; y generalizado, cuando las lesiones se presentan por debajo del cuello. A diferencia de los adultos que evolucionan a un LES en el 5% de los casos, en el LED infantil la incidencia es del 26% al 31%¹². Es poco frecuente en la infancia; sólo el 2 % de todos los LED aparecen antes de los 10 años¹¹. El LED Se caracteriza por pápulas

o placas bien delimitadas, muchas veces redondeadas, eritematosas, cubiertas por una descamación adherida, de intensidad variable; en ciertos casos, es posible observar los tapones córneos formados por pequeños cúmulos de queratina en el interior del ostium folicular. Estas lesiones siguen una evolución tórpida dejando en su zona central áreas de despigmentación, telangiectasias y atrofia o cicatriz¹⁰. También se ha descrito en niños el lupus profundo o paniculitis lúpica, aunque es muy poco frecuente. Se caracteriza por placas eritematosas y/o nódulos subcutáneos localizados preferentemente en la cara, las nalgas, los brazos o los muslos, que curan dejando depresiones residuales¹¹. Las depresiones quedan como consecuencia de la desaparición del panículo adiposo tras la curación del proceso inflamatorio. Es por ello que estas lesiones pueden resultar muy deformantes a la vez que difíciles de tratar¹⁰. Otra presentación cutánea crónica descrita es el lupus eritematoso tímido, sin embargo, no se ha reportado en niños. Se caracteriza por pápulas induradas rosa-violáceas, placas no cicatriciales y nódulos⁵, dichas lesiones aparecen en forma de brotes, casi siempre en relación con la exposición solar, de forma predominante en las zonas de piel más fotoexpuestas como el escote, los hombros, la cara o los brazos¹⁰.

Hablando de las manifestaciones cutáneas inespecíficas del LESp podemos encontrar: fenómeno de Raynaud, livedo reticularis, eritema palmar, telangiectasias periungueales, púrpura palpable, úlceras, infartos digitales, atrofia blanca y vasculitis urticariforme¹².

Tratamiento:

La finalidad del tratamiento del lupus eritematoso cutáneo (LEC) es, mejorar la apariencia del paciente y prevenir el desarrollo de cicatrices, atrofia o trastornos de la pigmentación. Los tres pilares del tratamiento del LEC son la fotoprotección, los antipalúdicos de síntesis y los corticoides tópicos¹⁰. La fotoprotección debido a que la fotosensibilidad es un fenómeno frecuente en los pacientes con LEC y los estudios de fotoprovocación han demostrado que el espectro de radiación ultravioleta (UV) capaz de desencadenar lesiones cutáneas incluye a los UVA, UVB y, a veces, la luz visible. Por esta razón resulta fundamental en el tratamiento de los pacientes, siendo ideal un fotoprotector de amplio espectro (>30 spf) y resistente al

agua. Es importante recomendar otras medidas de fotoprotección como evitar la exposición solar entre las 10 de la mañana y las tres de la tarde y uso de ropa protectora¹⁰. Los antipalúdicos han demostrado una excelente respuesta a las manifestaciones cutáneas; Una revisión en Cochrane demostró que la respuesta en general a antipalúdicos fue del 64%, siendo 91% efectivo en pacientes con lupus cutáneo agudo, 68% en pacientes con lupus eritematoso tumidus, 63% en pacientes con lupus cutáneo subagudo y 57% en pacientes con lupus discoide⁵. La aplicación tópica de corticoides resulta muy útil cuando las lesiones son escasas y están limitadas a una pequeña área de la piel, como ocurre con frecuencia en el LEC crónico y el LE tímido¹⁰.

3. Planteamiento del problema:

El LES es una enfermedad autoinmune crónica que puede afectar a cualquier órgano/sistema y aumentar de manera importante la morbilidad y mortalidad¹³. En la edad pediátrica, es una enfermedad rara con una incidencia de 0.3 a 0.9 por cada 100,000 niños y una prevalencia de 3.3 a 88 por cada 100,000 niños¹⁴. Entre el 15-18,5% de los casos se diagnostican antes de los 18 años y entre el 18-24,5% después de los 50 años de edad¹⁵. Como se mencionó previamente, el curso de la enfermedad en pediátricos suele ser más agresivo respecto a los adultos, con mayor requerimientos de esteroides y medicamentos inmunosupresores, por lo que se encuentran en mayor riesgo de entrar a la adultez con morbilidad, daño y discapacidad asociado a la enfermedad¹⁶. La frecuencia de las manifestaciones mucocutáneas en esta patología oscila entre el 55-85% y se ha encontrado asociación entre manifestaciones cutáneas específicas de LES y actividad sistémica de la enfermedad¹⁷. Por tal motivo es de suma importancia identificar de manera temprana las manifestaciones dermatológicas de esta entidad para poder brindar la atención médica inmediata y necesaria para disminuir la morbimortalidad en la etapa pediátrica para así llegar a la adultez en mejores condiciones, así como disminuir el impacto social y personal sobre las secuelas dermatológicas cicatrizales que pueda dejar.

3.1 Pregunta de investigación:

- ¿Cuales son las manifestaciones dermatológicas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico en el Instituto Nacional de Pediatría durante el periodo de 2001-2021?

4. Justificación:

En el LESp es muy importante el componente mucocutáneo dentro de la enfermedad, tanto que conforma 4 de los 11 criterios para hacer el diagnóstico de LES, demostrándose esto en un estudio realizado en adultos donde se evaluaron 77 pacientes con esta entidad clínica; encontrándose que 68 pacientes (93%) presentaron lesiones mucocutáneas durante el transcurso de la enfermedad y 62% de los pacientes presentaron afección mucocutánea desde el inicio¹⁸. La identificación de las manifestaciones mucocutáneas es de suma importancia ya que una evaluación dermatológica cuidadosa y específica puede tomar parte importante en la identificación, diagnóstico y pronóstico de la enfermedad¹⁹. Así mismo es importante saber que el componente cutáneo y la fotosensibilidad se han visto asociadas con la radiación ultravioleta²⁰, por lo que es importante conocer y prevenir esta exposición. Teniendo conocimiento sobre esto, e identificando las manifestaciones dermatológicas las cuales son una manifestación temprana del LESp podremos brindar una atención precoz y por consiguiente un mejor pronóstico y calidad de vida a los pacientes.

5. Objetivos:

a) General

- Describir las manifestaciones dermatológicas del LESp en pacientes pediátricos del Instituto Nacional de Pediatría del 2001-2021.

b) Específicos

- Describir cual es la manifestación dermatológica inicial más frecuente del LESp.

- Describir las manifestaciones dermatológicas más frecuentes de manera global en el Lupus Eritematoso Sistémico en la edad pediátrica.
- Describir la frecuencia de manifestaciones específicas e inespecíficas de LES en la edad pediátrica y analizar si hay diferencias por edad o género de los pacientes.

6. Material y método:

- A. Clasificación de la investigación: descriptivo, analítico, longitudinal, retrospectivo.
- B. Universo de estudio: Niñas y niños de 0 a 18 años de edad con el diagnóstico de LES atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría del 2001-2021.
 - Criterios de inclusión: Niñas y niños de 0 a 18 años de edad con el diagnóstico de LES atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría del 2001-2021.
 - Criterios de exclusión: Pacientes que no hayan cursado con manifestaciones dermatológicas y tengan diagnóstico de LESp, pacientes cuya información en el expediente clínico no sea suficiente (que no tengan por lo menos el 75% de las variables a estudiar) y pacientes cuyas notas de evolución dermatológica no tengan un diagnóstico certero sobre la lesión dermatológica.
 - Criterios de eliminación: Pacientes a los que posteriormente se decidió que el diagnóstico ya no era LESp, Pacientes que hayan desarrollado otra enfermedad autoinmune con manifestaciones dermatológicas que pudieran confundir el diagnóstico.
- C. Explicación de selección de sujetos: Se acudirá al archivo clínico donde se solicitarán los expedientes con el CIE 10 diagnóstico de LESp, se descargarán los expedientes electrónicos, se aplicarán los criterios de inclusión, exclusión y eliminación y se analizarán dentro del expediente clínico las variables que se mencionan a continuación.
- D. Variables a estudiar:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE
IDENTIFICACIÓN (EXPEDIENTE)			
Edad del paciente	Edad del paciente al momento de checar el expediente.	Número ordinal	Cuantitativa Continua
Sexo o género	Denominación que se da al sujeto según sus características fenotípicas y genotípicas.	1. Femenino 2. Masculino	Cualitativa Nominal Dicotómica
Fecha de nacimiento	Día, mes, año de nacimiento del paciente.	Dd/mm/aa	Cuantitativa Continua
Origen y residencia	Origen y residencia del paciente	1. Origen 2. Residencia	Cualitativa Politómica
Enfermedades de base	Enfermedades de base que ya tenga como diagnóstico el/la paciente, ya se autoinmune o no autoinmune.	1. Autoinmune 2. Infecciosa 3. Oncológica 4. Otras (especifique) 5. Ninguna	Cualitativa Politómica
Tratamiento actual del paciente	Tratamiento médico actual que se le está dando al paciente.	1. Medicamento administrado al paciente	Cualitativa
Vía de administración del tratamiento actual del paciente	Vía de administración del tratamiento médico actual que se le está dando al paciente.	1. Oral 2. Tópico 3. Intramuscular 4. Intravenoso	Cualitativa Politómica
Tratamientos previos del paciente	Tratamientos médicos previos que se le han dado al paciente.	1. Medicamentos administrados al paciente	Cualitativa

Vía de administración de los tratamientos previos del paciente	Vía de administración del tratamiento médico actual que se le está dando al paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oral 2. Tópico 3. Intramuscular 4. Intravenoso 	Cualitativa Politómica
Antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes	Enfermedades autoinmunes en familiares de primer o segundo grado (padres, hermanos y abuelos).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Cualitativa Dicotómica
Enfermedades autoinmunes en familiares de primer o segundo grado	Qué enfermedades autoinmunes hay en familiares de primer o segundo grado	<ol style="list-style-type: none"> 1. LES 2. LE cutáneo 3. Vitiligo 4. Psoriasis 5. Artritis reumatoide 6. Otras (especifique) 	Cualitativa Politómica
Edad de primera lesión dermatológica	Edad que tenía el paciente cuando apareció la primera lesión dermatológica.	Número ordinal	Cuantitativa Continua
Edad de diagnóstico del LESp	Edad que tenía el paciente cuando le hicieron el diagnóstico de LESp.	Número ordinal	Cuantitativa Continua
Tipo de manifestación dermatológica específica del LES	Manifestación dermatológica específica que presenta el paciente con LESp.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aguda 2. Subaguda 3. Crónica 	Cualitativa Nominal Politómica
Manifestación dermatológica aguda	Manifestación dermatológica aguda que presenta el paciente con LESp.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eritema malar 2. Eritema generalizado 3. Ampollas 	Cualitativa Nominal Politómica
Manifestación dermatológica subaguda	Manifestación dermatológica subaguda que	<ol style="list-style-type: none"> 1. LECS anular 	Cualitativa Nominal Dicotómica

	presenta el paciente con LESp.	2. LECS papuloescamoso-psoriasisiforme	
Manifestación dermatológica crónica	Manifestación dermatológica crónica que presenta el paciente con LESp.	1. Lupus eritematoso discoide 2. Paniculitis lúpica 3. Lupus tumidus	Cualitativa Nominal Politómica
Manifestación dermatológica inespecífica del LES	Manifestación dermatológica inespecífica que presenta el paciente con LESp.	1. Fenómeno de Raynaud 2. Livedo reticularis 3. Telangiectasias 4. Púrpura palpable 5. Úlceras 6. Vasculitis urticariforme 7. Atrofia blanca 8. Alopecia por efluvio telógeno 9. Capilares ungueales alterados 10. Otra	Cualitativa Nominal Politómica
Uso de fotoprotección	Si el paciente usa fotoprotección diaria o no.	1. Si 2. No	Cualitativa Dicotómica
Tratamiento específico para la lesión dermatológica por LESp	Tratamiento médico dado para la lesión dermatológica por LESp.	1. Tratamiento médico brindado	Cualitativa
Vía de administración del tratamiento para la lesión dermatológica	Vía de administración del tratamiento médico para la lesión dermatológica.	1. Oral 2. Tópico 3. Intramuscular 4. Intravenoso	Cualitativa Politómica

7. Analisis estadístico:

Se elaborará una base de datos en excel que incluya todas las variables presentadas, posteriormente se exportará al paquete estadístico SPSS v.25 para realizar un análisis de los datos recabados en el documento excel. Se utilizará para variables cualitativas frecuencias y porcentajes, para cuantitativas medidas de

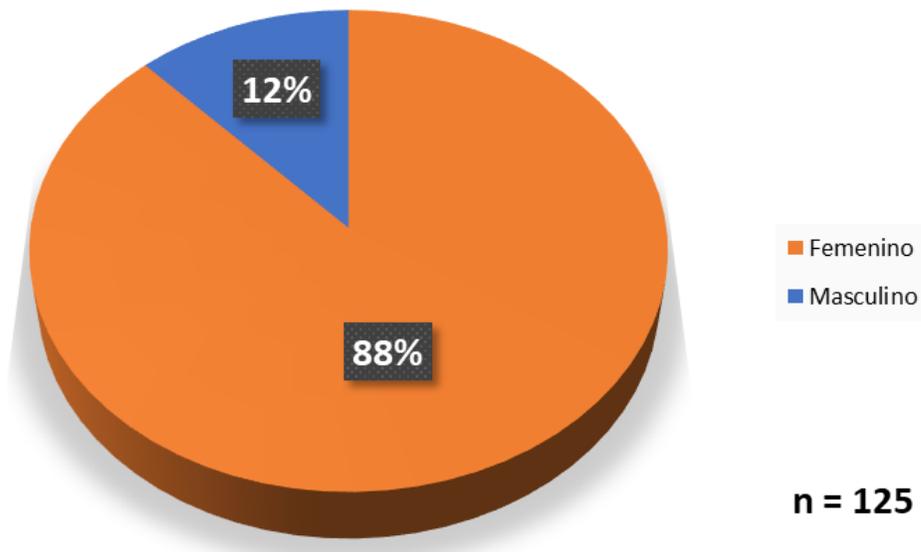
tendencia central (media o mediana) de acuerdo con prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y medidas de dispersión (desviación estándar o rango intercuartil) según corresponda. Para comparar entre grupos se utilizará prueba de hipótesis chi cuadrada para variables cualitativas, con valor $p < 0.05$ considerado estadísticamente significativo.

Los datos se mostrarán en tabla, gráfica de sectores, de barras, histograma de distribución o gráfica de cajas según sea el caso.

8. Resultados:

Se analizaron datos de 125 pacientes incluidos en el estudio con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico pediátrico (LESp), de los cuales 110 (88%) eran del sexo femenino y 15 (12%) del masculino. **(Gráfica 1).**

Gráfica 1. Distribución de los pacientes de acuerdo al sexo



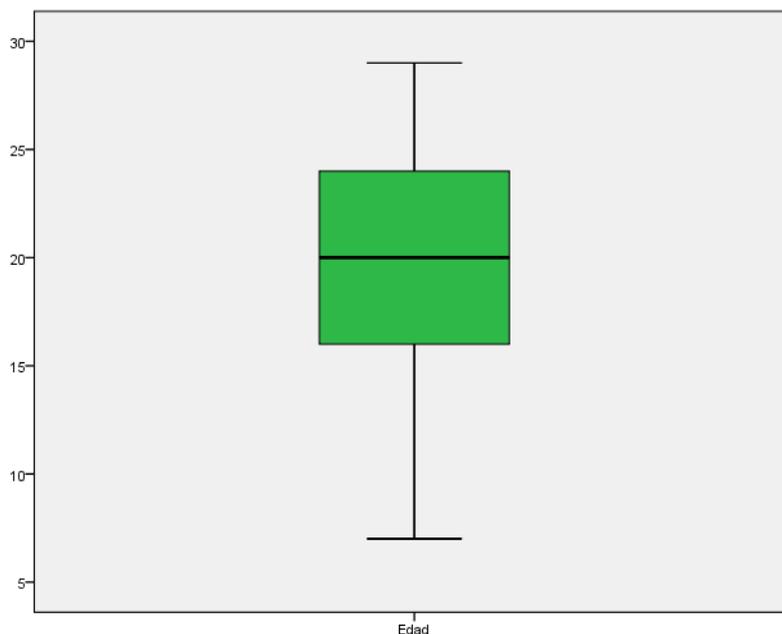
Se estudiaron pacientes atendidos entre el año 2001 y 2021, y en cuanto a la edad de los pacientes al momento de revisar el expediente, se obtuvo una media 19.8 años, con desviación estándar (\pm) 4.6, edad mínima 7 y máxima 29. **(Tabla 1 y Gráfica 2).**

Tabla 1. Descripción cuantitativa de la edad de los pacientes al momento de la revisión del expediente

Variable	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo
Edad (años)	19.8	4.6	7	29

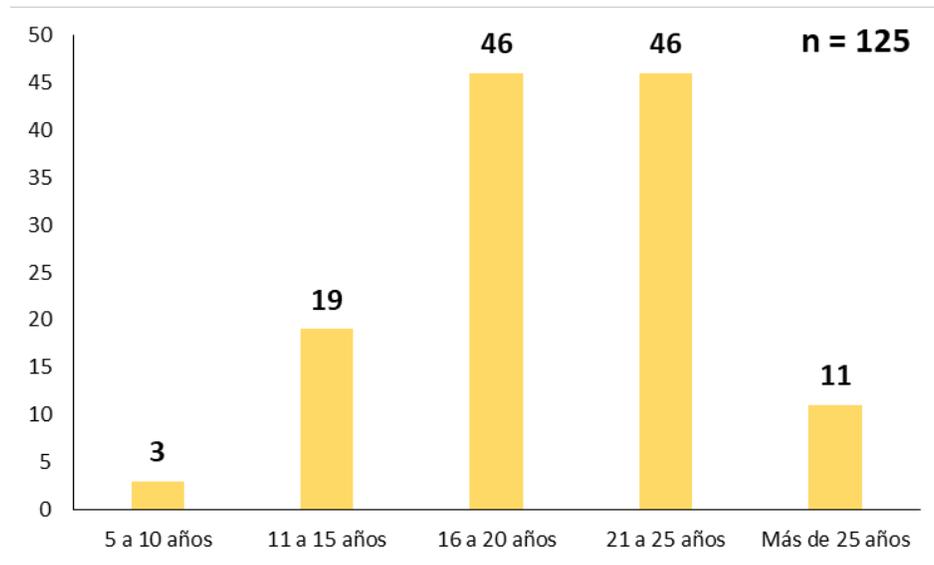
*Kolmogorov-Smirnov = 0.060

Gráfica 2. Distribución de los pacientes de acuerdo con la edad



Por grupo de edad, se observó predominio de los grupos de edad actual de 16 a 20 años y 21 a 25 años con 46 pacientes cada uno (36.8%), seguidos de 11 a 15 años en 19 pacientes (15.2%), más de 25 años en 11 (8.8%) y de 5 a 10 años en 3 (2.4%). **(Gráfica 3).**

Gráfica 3. Distribución de los pacientes por grupos de edad actual



En cuanto al lugar de origen y de residencia de los pacientes, se observó en ambas variables predominio de Distrito Federal con 65 y 64 pacientes respectivamente (52 y 51.2%), seguido de Estado de México con 37 pacientes en cada caso (29.6%). (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción del lugar de origen y lugar de residencia de los pacientes

Variable	Lugar de origen		Lugar de residencia	
	No.	%	No.	%
	125	100.0	125	100.0
Distrito Federal	65	52.0	64	51.2
Estado de México	37	29.6	37	29.6
Hidalgo	7	5.6	8	6.4
Tlaxcala	3	2.4	3	2.4
Guerrero	2	1.6	3	2.4
Guanajuato	2	1.6	2	1.6
Querétaro	2	1.6	2	1.6
Veracruz	2	1.6	2	1.6
Oaxaca	2	1.6	1	0.8
Puebla	1	0.8	0	0.0
Sinaloa	1	0.8	2	1.6
Chiapas	1	0.8	1	0.8

Con respecto a los antecedentes de enfermedades de base de los pacientes, se reportó que en 4 pacientes (3.2%) había enfermedad de base infecciosa, en 18

(14.4%) otra enfermedad de base (depresión mayor, epilepsia, hipertensión y nefropatía) y ninguno se reportó con enfermedad oncológica. (**Tabla 3**).

Tabla 3. Descripción de las enfermedades de base de los pacientes

Variable	No.	%
	125	100.0
Enfermedad de base infecciosa		
Sí	4	3.2
No	121	96.8
Enfermedad de base oncológica		
Sí	0	0.0
No	125	100.0
Enfermedad de base (otras)		
Sí	18	14.4
No	107	85.6

Con respecto a los antecedentes heredofamiliares en primer o segundo grado, se reportó antecedente de enfermedad autoinmune en 10 pacientes (8%), de los cuales 4 correspondieron a LES (3.2%), 3 artritis reumatoide (2.4%), 2 LES cutáneo (1.6%) y 1 con vitíligo (0.8%), y no se reportó antecedente de psoriasis ni alguna otra enfermedad. (**Tabla 4**).

Tabla 4. Antecedentes de enfermedad autoinmune en familiares

Variable	No.	%
	125	100.0
Enfermedad autoinmune		
Sí	10	8.0
No	114	91.2
Tipo de enfermedad (n = 10)		
LES	4	3.2
Artritis reumatoide	3	2.4
LES cutáneo	2	1.6
Vitíligo	1	0.8
Psoriasis	0	0.0
Otras	0	0.0

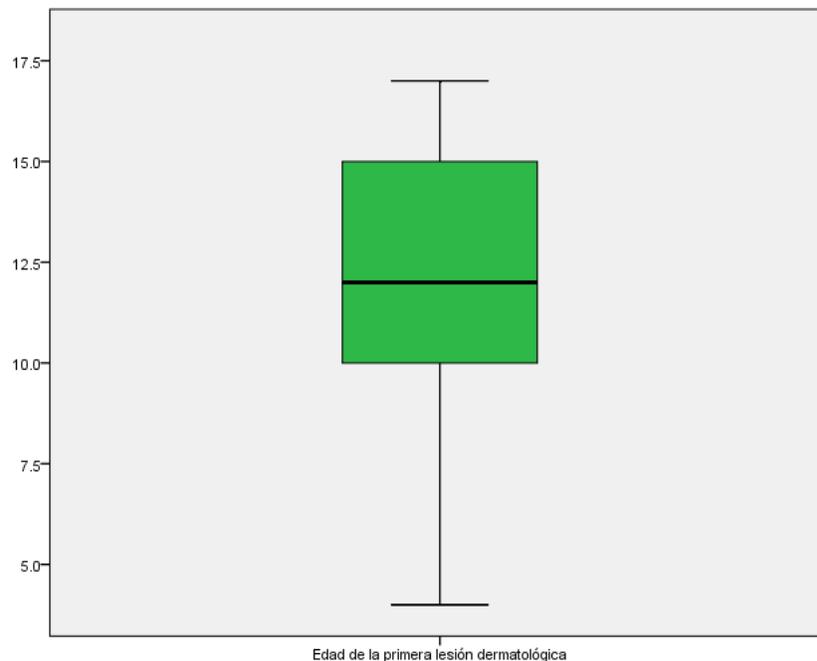
Se obtuvo la edad de la primera lesión dermatológica, con mediana 12 años, rango intercuartil (RIC) 5, edad mínima 4 y máxima 17 años. **(Tabla 5 y Gráfica 4).**

Tabla 5. Descripción cuantitativa de la edad de los pacientes al momento de la primera lesión dermatológica

Variable	Mediana	Rango intercuartil	Valor mínimo	Valor máximo
Edad de primera lesión dermatológica	12	5	4	17

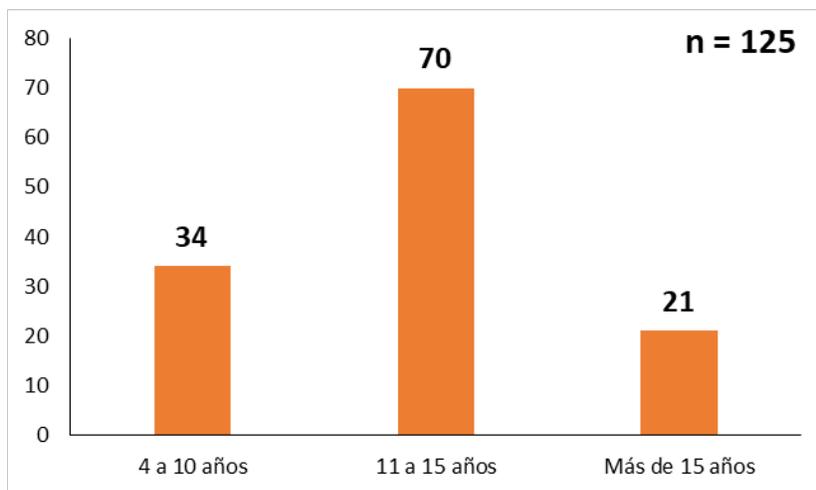
*Kolmogorov-Smirnov = 0.012

Gráfica 4. Distribución de los pacientes de acuerdo con la edad al momento de la primera lesión dermatológica



Por grupo de edad, la primera lesión dermatológica apareció con mayor frecuencia entre los 11 a 15 años de edad en 70 pacientes (56%), seguido de 4 a 10 años en 34 (27.2%) y más de 15 años en 21 (16.8%). **(Gráfica 5).**

Gráfica 5. Distribución de los pacientes de acuerdo con el grupo de edad al momento de la primera lesión dermatológica



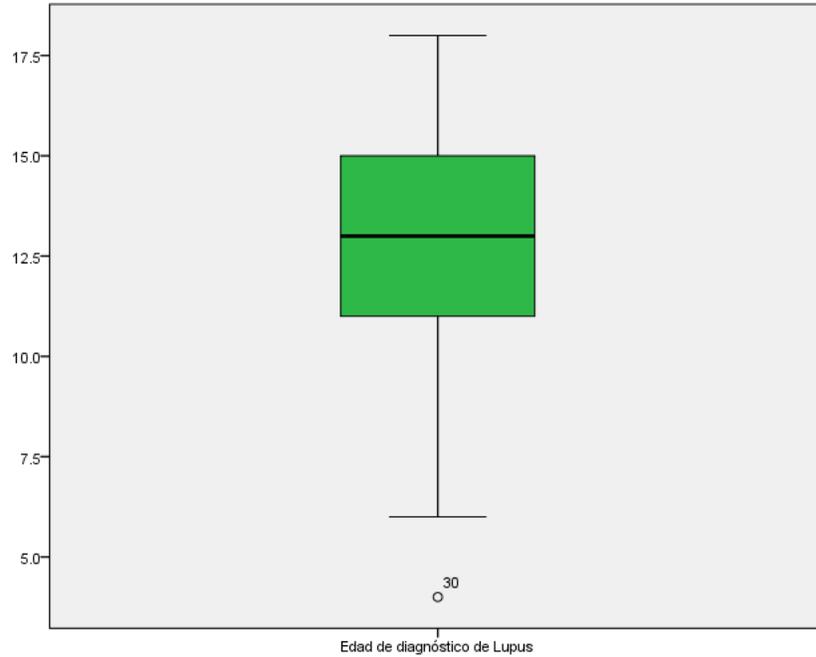
En cuanto a la edad al momento del diagnóstico de LESp, se obtuvo mediana 13 años, RIC 4, edad mínima 4 y máxima 18 años. **(Tabla 6 y Gráfica 6).**

Tabla 6. Descripción cuantitativa de la edad de los pacientes al momento del diagnóstico de LESp

Variable	Mediana	Rango intercuartil	Valor mínimo	Valor máximo
Edad al momento del diagnóstico (años)	13	4	4	18

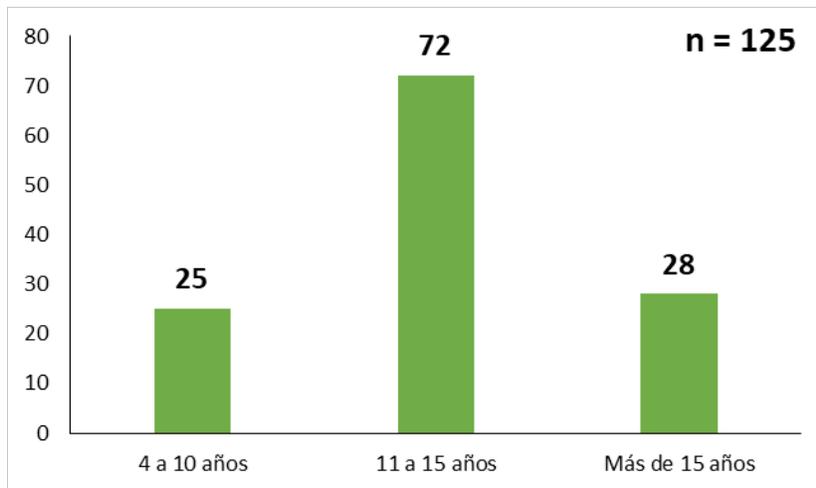
*Kolmogorov-Smirnov = 0.018

Gráfica 6. Distribución de los pacientes de acuerdo con la edad al momento del diagnóstico de LESp



Por grupo de edad, el diagnóstico de LESp se realizó con mayor frecuencia entre los 11 a 15 años de edad en 72 pacientes (57.6%), seguido de más de 15 años en 28 (22.4%) y 4 a 10 años en 25 (20%) y **(Gráfica 7)**.

Gráfica 7. Distribución de los pacientes de acuerdo con la edad al momento del diagnóstico de LESp



El tratamiento inicial establecido fue vía oral en 100% de los pacientes, tópico en 22 (17.6%) e intravenoso en 105 (84%). Se reportó tratamiento previo en 8.8% de los pacientes. **(Tabla 7).**

Tabla 7. Tratamiento establecido en los pacientes con LESp

Variable	No.	%
	125	100.0
Oral		
Sí	125	100.0
No	0	0.0
Tópico		
Sí	22	17.6
No	103	82.4
Intravenoso		
Sí	105	84.0
No	20	16.0
Tratamiento previo		
Sí	11	8.8
No	114	91.2

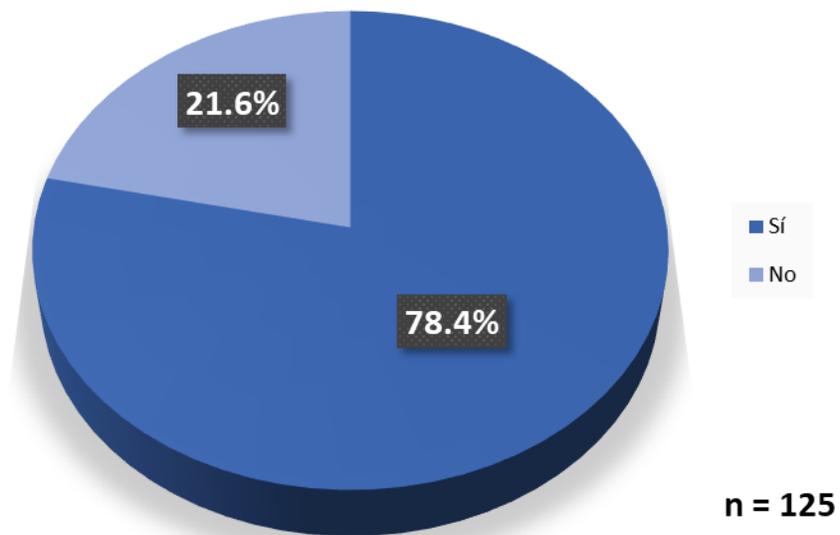
De los medicamentos empleados, en 119 pacientes (95.2%) se reportó uso de esteroides, en 120 (96%) hidroxicloroquina, y en 86 (68.8%) micofenolato, todos vía oral. **(Tabla 8).**

Tabla 8. Medicamento utilizado en los pacientes con LESp

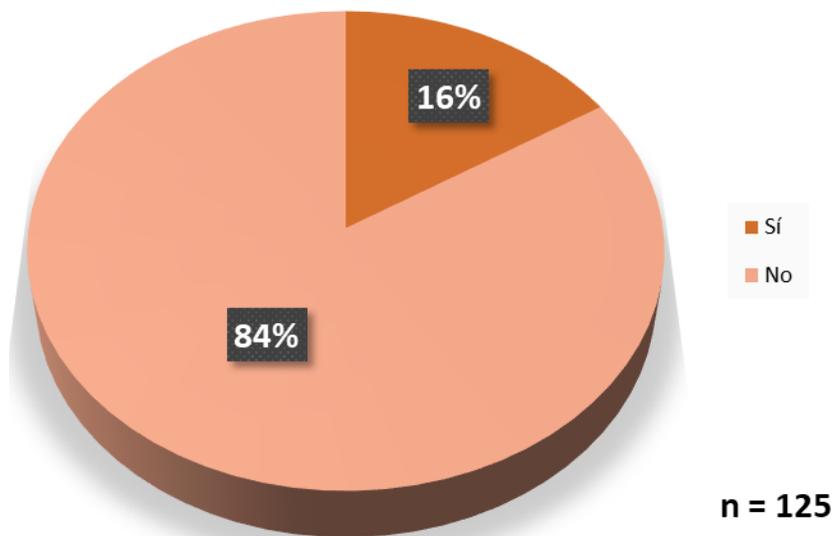
Variable	No.	%
	125	100.0
Esteroides		
Sí	119	95.2
No	6	4.8
Hidroxicloroquina		
Sí	120	96.0
No	5	4.0
Micofenolato		
Sí	86	68.8
No	39	31.2

Se analizaron los tipos de lesión específicas (aguda, subaguda y crónica) e inespecíficas. Las lesiones específicas de LES agudo se reportaron en 98 pacientes (78.4%). La lesión específica subaguda no se detectó en ningún paciente. La lesión específica crónica se reportó en 20 pacientes (16%). Y las lesiones inespecíficas se detectaron en 84 pacientes (67.2%). (Gráficas 8, 9 y 10).

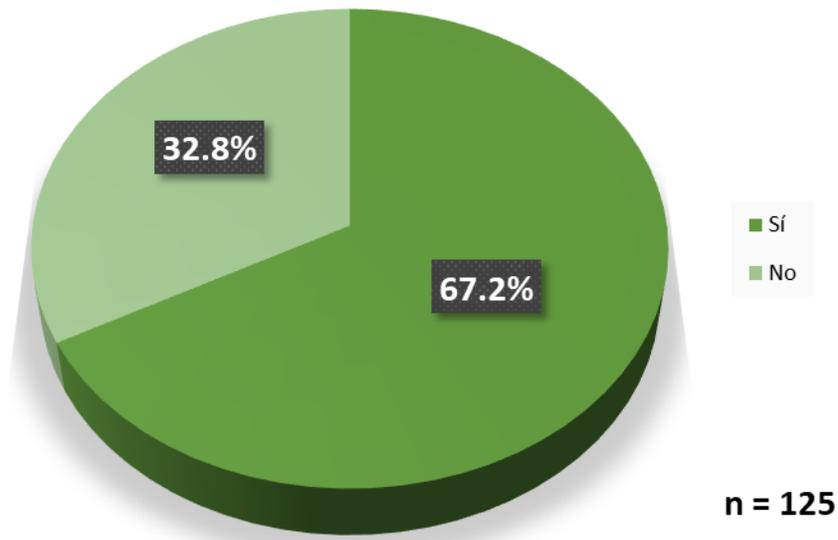
Gráfica 8. Lesión específica aguda en LESp



Gráfica 9. Lesión específica crónica en LESp



Gráfica 10. Lesión inespecífica en LESP



Con respecto a los tipos de lesión específica aguda, se reportó eritema malar en 89 pacientes (71.2%), eritema generalizado en 49 (39.2%) y ampollas en únicamente 2 (1.6%). (Tabla 9).

Tabla 9. Tipo de lesión específica aguda

Lesión aguda	No.	%
	125	100.0
Eritema malar		
Sí	89	71.2
No	36	28.8
Eritema generalizado		
Sí	49	39.2
No	76	60.8
Ampollas		
Sí	2	1.6
No	123	98.4

Con respecto a los tipos de lesión específica crónica, se reportó LES discoide en 16 pacientes (12.8%) y paniculitis lúpica en 4 (3.2%). No se identificó ningún paciente con lupus tumidus. **(Tabla 10).**

Tabla 10. Tipo de lesión específica crónica

Lesión crónica	No.	%
	125	100.0
LES discoide		
Sí	16	12.8
No	109	87.2
Paniculitis lúpica		
Sí	4	3.2
No	121	96.8
Lupus tumidus		
Sí	0	0.0
No	125	100.0

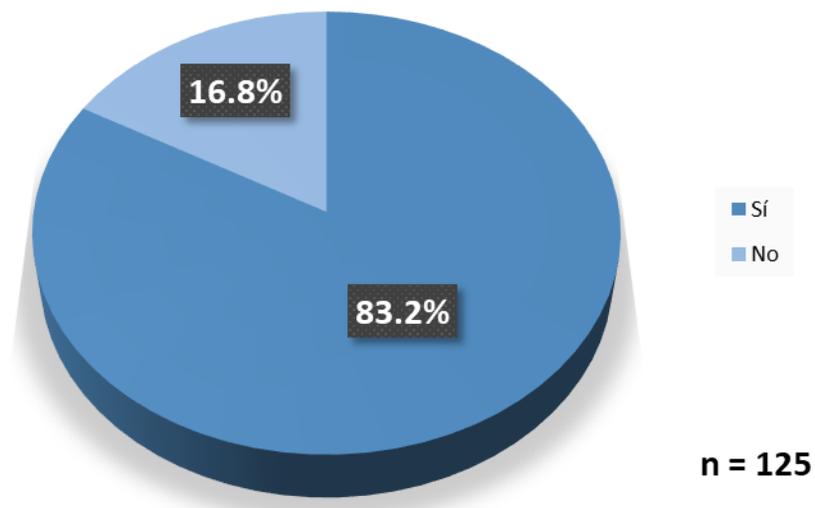
Referente al tipo de lesión inespecífica, se identificaron úlceras orales en 71 pacientes (56.8%), seguido de alopecia por efluvio telógeno en 26 (20.8%), fenómeno de Reynaud en 7 (5.6%), vasculitis urticariforme en 5 (4%), livedo reticularis en 4 (3.2%) y capilares ungueales alterados en 1 paciente (0.8%). No se identificó en ningún paciente telangiectasias, púrpura palpable ni atrofia blanca. **(Tabla 11).**

Tabla 11. Tipo de lesión inespecífica

Lesión inespecífica	No.	%
	125	100.0
Fenómeno de Reynaud		
Sí	7	5.6
No	118	94.4
Livedo reticularis		
Sí	4	3.2
No	121	96.8
Úlceras orales		
Sí	71	56.8
No	54	43.2
Vasculitis urticariforme		
Sí	5	4.0
No	120	96.0
Alopecia por efluvio telógeno		
Sí	26	20.8
No	99	79.2
Capilares ungueales alterados		
Sí	1	0.8
No	124	99.2

En 104 pacientes se reportó uso de fotoprotección (83.2%) y en 21 no (16.8%).
(Gráfica 11).

Gráfica 11. Uso de fotoprotección en LESp



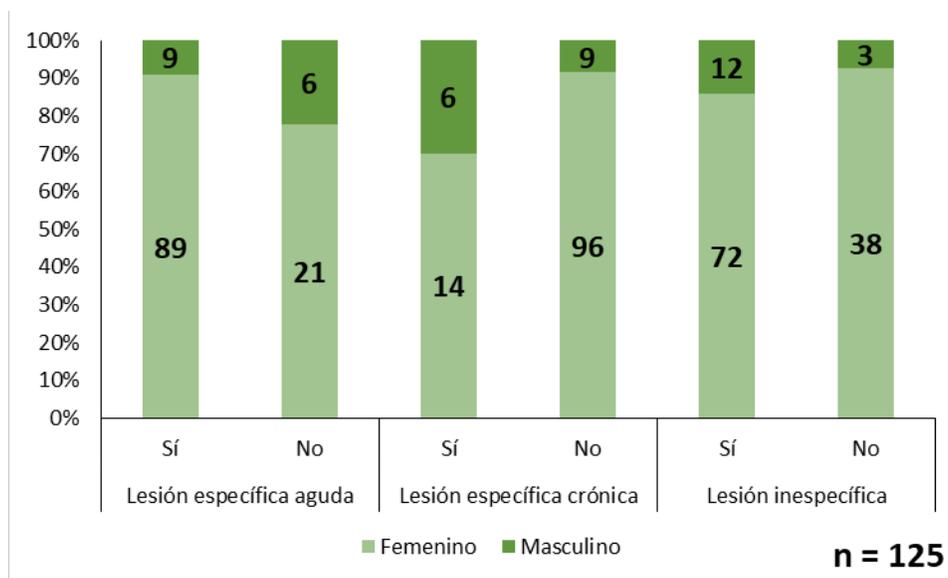
Se compararon los tipos de lesiones de acuerdo con el sexo y edad. Con respecto al sexo, se identificó lesión específica aguda en 80.9% del femenino y 60% del masculino, lesión específica crónica en 12.7% y 65.5% respectivamente, y lesión inespecífica en 65.5% y 80%, con diferencias significativas en la cantidad de hombres con respecto a mujeres únicamente en lupus discoide y crónico ($p=0.007$). (Tabla 12 y Gráfica 12).

Tabla 12. Comparación de los tipos de lesiones de acuerdo con el sexo

Tipo de lesión	Sexo				p*
	Femenino		Masculino		
	No.	%	No.	%	
Lesión aguda					
Sí	89	80.9	9	60.0	0.06
No	21	19.1	6	40.0	
Lesión crónica					
Sí	14	12.7	6	40.0	0.007
No	96	87.3	9	60.0	
Lesión inespecífica					
Sí	72	65.5	12	80.0	0.26
No	38	34.5	3	20.0	

*Chi cuadrada

Gráfica 12. Comparación de los tipos de lesiones de acuerdo con el sexo



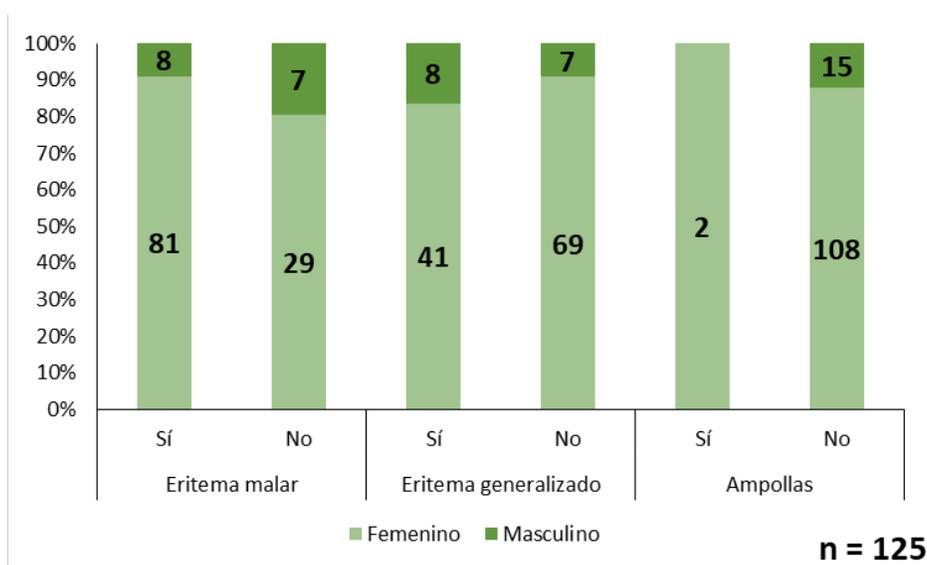
Haciendo énfasis en las lesiones específicas agudas, se identificó eritema malar en 73.6% del sexo femenino y 53.3% del masculino; eritema generalizado en 37.3% y 53.3% respectivamente; y ampollas únicamente en 1.8% del sexo femenino, mientras que en el masculino no se identificó. (Tabla 13 y Gráfica 13).

Tabla 13. Comparación de los tipos de lesión específica aguda de acuerdo con el sexo

Tipo de lesión específica aguda	Sexo				p*
	Femenino		Masculino		
	No.	%	No.	%	
Eritema malar					
Sí	81	73.6	8	53.3	0.10
No	29	26.4	7	46.7	
Eritema generalizado					
Sí	41	37.3	8	53.3	0.23
No	69	62.7	7	46.7	
Ampollas					
Sí	2	1.8	0	0.0	0.60
No	108	98.2	15	100.0	

*Chi cuadrada

Gráfica 13. Comparación de los tipos de lesión específica aguda de acuerdo con el sexo



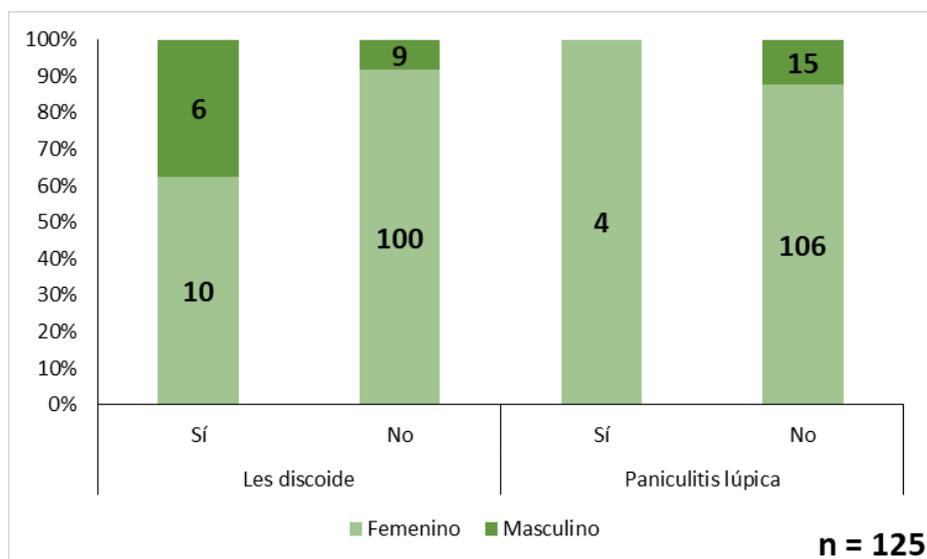
Referente a las lesiones específicas crónicas, se identificó LES discoide en 9.1% del sexo femenino y 40% del masculino; y paniculitis lúpica únicamente en 3.6% del sexo femenino, mientras que en el masculino no se identificó. **(Tabla 14 y Gráfica 14).**

Tabla 14. Comparación de los tipos de lesión específica crónica de acuerdo con el sexo

Tipo de lesión específica crónica	Sexo				p*
	Femenino		Masculino		
	No.	%	No.	%	
LES discoide					
Sí	10	9.1	6	40.0	0.001
No	100	90.9	9	60.0	
Paniculitis lúpica					
Sí	4	3.6	0	0.0	0.04
No	106	96.4	15	100.0	

*Chi cuadrada

Gráfica 14. Comparación de los tipos de lesión específica crónica de acuerdo con el sexo



Por último, con respecto a las lesiones inespecíficas, se identificó fenómeno de Reynaud en 5.5% del sexo femenino y 6.7% del masculino; livedo reticularis

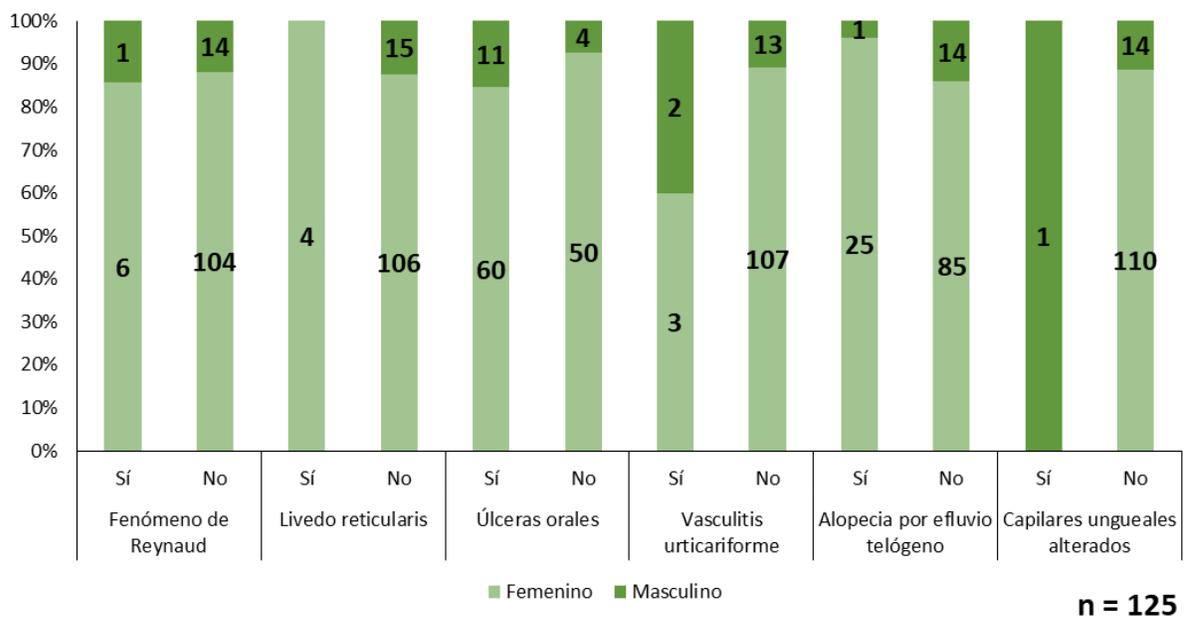
únicamente en 3.6% del sexo femenino, mientras que en el masculino no se identificó; úlceras orales en 54.5% del femenino y 73.3% del masculino; vasculitis urticariforme en 2.7% y 13.3% respetivamente; alopecia por efluvio telógeno en 22.7% y 6.7%; y capilares ungueales alterados únicamente en 6.7% del sexo masculino. (Tabla 15 y Gráfica 15).

Tabla 15. Comparación de los tipos de lesión inespecífica de acuerdo con el sexo

Tipo de lesión inespecífica	Sexo				p*
	Femenino		Masculino		
	No.	%	No.	%	
Fenómeno de Reynaud					
Sí	6	5.5	1	6.7	0.85
No	104	94.5	14	93.3	
Livedo reticularis					
Sí	4	3.6	0	0.0	0.70
No	106	96.4	15	100.0	
Úlceras orales					
Sí	60	54.5	11	73.3	0.17
No	50	45.5	4	26.7	
Vasculitis urticariforme					
Sí	3	2.7	2	13.3	0.05
No	107	97.3	13	86.7	
Alopecia por efluvio telógeno					
Sí	25	22.7	1	6.7	0.15
No	85	77.3	14	93.3	
Capilares ungueales alterados					
Sí	0	0.0	1	6.7	0.07
No	110	100.0	14	93.3	

*Chi cuadrada

Gráfica 15. Comparación de los tipos de lesión inespecífica de acuerdo con el sexo



9. Discusión:

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune de carácter crónico con manifestaciones clínicas complejas. En raras ocasiones, el lupus aparece en niños, convirtiéndolo en una presentación poco estudiada; lo cual afecta a esta población, ya que aunque es poco frecuente se presenta de una forma mucho más aguda y agresiva que en los adultos, lo que modifica de forma importante el pronóstico. La baja frecuencia y el hecho de que sea una enfermedad típicamente asociada con pacientes adultos hacen que el manejo clínico de estos pacientes sea complicado, por lo que se requieren medidas especiales y específicas diferentes a las de los adultos²¹.

A pesar de que la presentación, las manifestaciones clínicas, los hallazgos inmunológicos y el tratamiento del LES pediátrico (LESp) presentan similitudes a los de pacientes adultos, existen algunos aspectos que se deben considerar con mayor énfasis en la población pediátrica, ya que como se mencionó, las formas del LESp

son más graves que las de la población adulta; además, se ha identificado que el LESp interfiere de forma importante en otros aspectos, como la adaptación escolar, aspectos psicosociales, relacionados, entre otros, con la apariencia física y el retraso del crecimiento².

Por la gran variabilidad y la poca especificidad de los síntomas iniciales, generalmente existe un retraso en el diagnóstico que va de un mes hasta 3.3 años. Al inicio de la enfermedad, generalmente se encuentran asociados síntomas como fiebre, pérdida de peso, artralgias o artritis, rash malar o secundario a fotosensibilidad y enfermedad renal⁹.

Enfatizando en el componente mucocutáneo, en el LESp cobra especial importancia, ya que conforma 4 de los 11 criterios para emitir el diagnóstico, siendo la presencia de lesiones mucocutáneas una de las lesiones más frecuentes, llegando a afectar hasta el 85% de los pacientes y cuya presentación incluso puede ser el detonante para la sospecha diagnóstica, como se ha observado en el 25% de los casos aproximadamente⁵¹⁸.

Dentro de la clasificación de lesiones dermatológicas, en la población pediátrica se ha establecido que las lesiones específicas crónicas son las más benignas pero menos frecuentes a esta edad y dentro de las lesiones más frecuentes se ha identificado el rash en alas de mariposa⁸.

Con respecto a algunas variables sociodemográficas que se han estudiado, en cuando al sexo, se ha identificado que el LES, es más frecuente en mujeres, suele debutar en la edad fértil, pero aproximadamente un 20% de los pacientes inician en la edad infantil, con un pico de incidencia a los 12 años, siendo infrecuente antes de los 5 años de edad (<5%)³.

La relación mujer:hombre es aproximadamente 5:1 en LESp, mientras que en el LES adulto la relación se duplica 10:1.²² También se ha reportado que la relación

mujer:hombre cambia por décadas, de 4:3 cuando el inicio es en la primera década de la vida a 4:1 en la segunda década y 9:1 en la etapa adulta, disminuyendo a una relación 5:1 cuando el inicio es después de los 50 años²³. En nuestro estudio, se identificó predominio del sexo femenino (88%) con relación 9:1 aproximadamente.

A su vez, el diagnóstico del LES no es común antes de los 10 años de edad y la edad promedio de presentación es 12.1 años, de acuerdo con lo establecido por Stichweh y Benseler en sus estudios de investigación^{2,24}.

Boteanu concuerda en que el LES es menos frecuente en la población pediátrica, sin embargo, se ha identificado debut en la infancia que representa aproximadamente el 20% de todos los pacientes con LES³.

De forma similar a lo reportado, en nuestro estudio la mediana de edad al momento del diagnóstico de la enfermedad es 13, (RIC 4), mientras que la edad al momento de la aparición de la primera lesión dermatológica fue mediana 12 (RIC 5), lo que refleja que aproximadamente puede existir mínimo un año de retraso en el establecimiento del diagnóstico de LESp, lo que afecta la evolución del paciente, encontrando en la literatura un retraso similar en el diagnóstico de un mes hasta 3.3 años⁹.

Considerando la clasificación establecida de las lesiones dermatológicas específicas (aguda, subaguda y crónica) e inespecíficas, Boteanu y colaboradores, en su estudio comparativo de hallazgos pediátricos contra (vs) población adulta, reportaron eritema malar en 68.3% de los pacientes pediátricos vs 49% en la edad adulta, úlceras orales en 52.4% vs 41.2% y fenómeno de Reynaud en 37.5% vs 32.2%, como principales hallazgos³.

Por su parte, Stichweh y colaboradores, en su estudio describieron que la piel se afecta con frecuencia en el LESp, identificando diversas manifestaciones cutáneas en niños durante la evolución de la enfermedad incluyendo: eritema malar (22-74%),

úlceras orales (26-48%), erupción vasculítica (10-52%), fotosensibilidad (16-50%), alopecia (7-48%), lesiones discoides (5-19%) y fenómeno de Raynaud².

Un metanálisis reciente concluye que en el LESp son más frecuentes el exantema malar, las úlceras mucocutáneas²⁵.

El exantema en la cara «en alas de mariposa» es característico y lo presentan más del 60%. Es un eritema fijo y fotosensible, que suele incluir las prominencias malares, el puente nasal e incluso los pabellones auriculares y la barbilla, respetando el surco nasogeniano. Cura sin secuelas, a diferencia del lupus discoide, que deja cicatrices atróficas, y, aunque infrecuente en la infancia, se debe reconocer y diferenciar de la tiña en el cuero cabelludo. Las manifestaciones mucosas son úlceras orales y nasales, en general indoloras²⁶.

En cuanto a las lesiones dermatológicas, los hallazgos de nuestro estudio son consistentes con lo reportado por los autores mencionados, ya que en 78.4% se identificó lesión específica aguda, en 67.2% lesión inespecífica y solamente en 16% lesión específica crónica, mientras que no se reportó ningún caso con lesión subaguda. Por tipo de lesión, la más frecuente de tipo agudo fue el eritema malar (71.2%), de tipo crónico el LES discoide (12.8%) y de tipo inespecífica las úlceras orales (56.8%) y la alopecia por efluvio telógeno (20.8%), hallazgos que son consistentes con lo reportado en la literatura.

Torrente y colaboradores, realizaron un estudio con el objetivo de describir las características del lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil (LESj) y establecer sus diferencias en comparación con el LES de inicio adulto (LESa) a partir de una gran base de datos nacional. Dentro de los resultados, se analizaron 3,428 pacientes, de las cuales 89.6% eran mujeres, la media de edad al momento del diagnóstico fue 16.6 ± 6.3 años, se reportó con mayor frecuencia antecedente familiar de LES²⁷.

Nuestros resultados son consistentes con lo establecido por Torrente y colaboradores con respecto a las variables sociodemográficas descritas. Además, dentro de los antecedentes familiares en primer y/o segundo grado, de igual forma, el antecedente de LES fue el más frecuente dentro de los pacientes con LESp.

Brunner y colaboradores, realizaron un estudio con el objetivo de investigar las posibles diferencias entre el LES de inicio en la infancia y en la edad adulta. Se comparó una cohorte de inicio con LES de inicio en la niñez (n = 67) con una cohorte de inicio con LES de inicio en la edad adulta (n = 131), cada uno de los cuales fue diagnosticado entre 1990 y 1998 y seguido hasta febrero de 1999. Dentro de los resultados, se observó que los niños tenían una enfermedad más activa que los adultos en el momento del diagnóstico y durante el seguimiento. El tratamiento con esteroides (97% versus 72%; $p < 0.0001$) y fármacos inmunosupresores (66% versus 37%; $p = 0.0001$) se usó significativamente más a menudo en niños con LESp₂₈.

En nuestro estudio, con respecto a los fármacos empleados, de igual manera se reportó con mayor frecuencia el uso de esteroides (95.2%) e hidroxicloroquina (96%). Además, el uso de fotoprotección se identificó en 83.2% de los pacientes, lo cual es relevante ya que los tres pilares del tratamiento del LES son la fotoprotección, los antipalúdicos de síntesis y los corticoides tópicos₁₀.

Con lo anteriormente descrito, se puede establecer que la identificación de las manifestaciones mucocutáneas es de suma importancia ya que una evaluación dermatológica cuidadosa y específica puede tomar parte importante en la evolución y pronóstico de la enfermedad₁₉, lo cual por ende, al identificar las manifestaciones dermatológicas de forma temprana en el LESp, se podrá brindar una atención oportuna y mejorar el pronóstico y calidad de vida a los pacientes.

Dentro de las limitaciones del estudio se detectaron algunas que ocurren con frecuencia ya que al basarse en registros realizados con anterioridad, no se puede garantizar el correcto llenado de las variables de interés de este estudio. Se

detectaron algunos pacientes con expedientes incompletos y por ende con información faltante, por lo que lo que no se encontraba redactado se consideró como ausente o negativo. Así mismo, la falta de continuidad del paciente por cumplir la mayoría de edad, no permitió realizar la comparación sobre el pronóstico de la enfermedad en la edad pediátrica contra el de la adulta.

Dentro de las fortalezas de este estudio, se encuentra que dado que la literatura al respecto del LESp y específicamente en lo referente a las manifestaciones dermatológicas es escasa, por lo cual los resultados obtenidos en este estudio aportarán al conocimiento científico en nuestro medio hospitalario y servirán como referencia para la toma de decisiones clínico terapéuticas en la evaluación de pacientes afectados, con la finalidad de establecer el diagnóstico y tratamiento lo antes posible y modificar el curso de la enfermedad en beneficio de los pacientes.

Dentro de las limitaciones del estudio encontramos expedientes incompletos con información incompleta por lo que lo que no se encontraba redactado en el expediente se tomaba como un ausente o negativo. Así mismo la falta de continuidad del paciente por mayoría de edad para realizar comparación sobre pronóstico de la enfermedad en la edad pediátrica vs la adulta.

10. Conclusiones:

Con respecto a las variables sociodemográficas, predominó el sexo femenino (88%), mediana de edad al momento del diagnóstico de 13 años (RIC 4), y mediana de edad al momento de la primera lesión dermatológica de 12 años (RIC 5). Por tipo de lesión, se identificó lesión específica aguda en 21.6% de los pacientes, lesión específica crónica en 16%, lesión inespecífica en 32.8%; mientras que no se detectaron lesiones específicas subagudas. Dentro de las lesiones agudas, las más comunes fueron eritema malar (71.2%) y eritema generalizado (39.2%); en la crónica la más frecuente fue LES discoide (12.8%); y en las lesiones inespecíficas

predominaron las úlceras orales (56.8%) y alopecia por efluvio telógeno (20.8%). Comparando los tipos de lesiones tanto específicas como inespecíficas entre el sexo femenino con el masculino, no se identificaron diferencias significativas, excepto en lesión específica crónica ($p=0.007$), tipo LES discoide ($p=0.001$) y paniculitis lúpica ($p=0.04$). Estos resultados obtenidos son concordantes con lo establecido en la literatura y son relevantes para la aplicación y toma de decisiones en la valoración de los pacientes pediátricos con LESp, con la finalidad de identificar las lesiones dermatológicas sugestivas y establecer un diagnóstico y tratamiento con oportunidad.

12. Bibliografía:

1. Bermúdez Marrero WM, Vizcaino Luna Y, Bermúdez Marrero WA. Lupus eritematoso sistémico. [Internet] Cuba: Acta Médica del Centro. 2017 [citado 2 Jul 2021]; Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/795>.
2. Stichweh D, Pascual V. Lupus Eritematoso Sistémico Pediátrico [Internet]. Dallas: Anales de Pediatría. 2005. [citado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-lupus-eritematoso-sistemico-pediatico-articulo-13079833>.
3. Boteanu A. Lupus eritematoso sistémico pediátrico. Protocolos diagnósticos terapéuticos pediátricos [Internet]. Madrid: Asociación española de pediatría. 2020. [citado 2 Jul 2021]; Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_lupus.pdf
4. Caggiani M, Gazzara G. Lupus eritematoso sistémico en niños y adolescentes [Internet]. Uruguay: Archivo pediátrico de Uruguay. 2003. [citado 2 Jul 2021]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492003000400002

5. Arkin LM, Nguyen C, Klein-Gitelman M. Cutaneous manifestations of pediatric lupus [Internet]. Wisconsin: Wolters Kluwer Health. 2019.[citado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31085940/>
6. Severiche Maury DM, Escobar MR, Naranjo LAG, García ALV, Vahos CHM, Duque GMV. A series of 115 patients with systemic lupus erythematosus: Clinical and immunological characteristics [Internet]. Colombia: Elsevier. 2014. [citado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-ciento-quince-pacientes-con-lupus-S0121812314000085>
7. Barete S, Chosidow O, Francès C. Lupus eritematoso [Internet]. Paris: Elsevier. 2004. [citado 2 Jul 2021] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541004702767>
8. Pérez Gómez A, Ruiz Gutiérrez L, Moruno Cruz H, Sánchez Atrio AI, Cuende Quintana E. Lupus eritematoso sistémico [Internet]. Madrid: Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 2013. [citado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-lupus-eritematoso-sistemico-i--articulo-S0304541213705638>
9. Harry O, Yasin S, Brunner H. Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus: A Review and Update [Internet]. Cincinnati: The Journal of pediatrics, Elsevier. 2018. [citado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29703361/>
10. Marsol IB, Caruncho CR. Manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso. Inmunología [Internet]. Barcelona: Elsevier. 2010. [citado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-inmunologia-322-articulo-manifestaciones-cutaneas-del-lupus-eritematoso-S0213962610700172>
11. Requena C, Pardo J, Febrer I. Lupus eritematoso infantil [Internet]. Valencia: Actas Dermo-Sifilog. 2004. [citado 3 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-lupus-eritematoso-infantil-articulo-13061963>
12. Tobón A, Aluma MS, Vásquez LA, Eraso R. Lupus eritematoso cutáneo en niños: Énfasis en las manifestaciones dermatológicas [Internet]. Colombia: Rev Asoc Col Dermatol. 2008. [citado 3 Jul 2021]. Disponible en:

https://revistasocolderma.org/sites/default/files/lupus_eritematoso_cutaneo.pdf

13. Levy DM, Kamphuis S. Systemic Lupus Erythematosus in Children and Adolescents [Internet]. Toronto: Elsevier. 2012. [citado 3 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22560574/>
14. Rodríguez-García, A, Osorio-Sagrero S, Maldonado Velázquez, R, Faugier Fuentes S. Lupus eritematoso generalizado juvenil: patrones clínicos e inmunológicos en una cohorte de 150 pacientes del Hospital Infantil de México «Federico Gómez» [Internet]. Ciudad de México: Asoc Mex ABC. 2016. [citado 3 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67333>
15. Pinto P LF, Velásquez F CJ, Márquez H J. Subgrupos de Lupus Eritematoso Sistémico: influencia de la edad de inicio, la raza, el sexo y el perfil de anticuerpos en las manifestaciones clínicas de la enfermedad [Internet]. Colombia: Rev Colomb Reumatol. 2008. [citado 3 Jul 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232008000400004
16. Koné-Paut I, Piram M, Guillaume S, Tran TA. Lupus in adolescence [Internet]. Francia: SAGE Journals. 2007. [citado 3 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17711896/>
17. Franco CJV, Prada AA, Padilla LMR, Grajales FIV, Gómez LAR. Manifestaciones cutáneas de lupus eritematoso sistémico temprano y correlación con la actividad sistémica [Internet]. Colombia: IATREIA. 2011. [citado 3 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180522525003>
18. Saurit V, Campana R, Ruiz A, Manifestaciones mucocutáneas en pacientes con lupus eritematoso sistémico [Internet]. Buenos Aires: Medicina. 2003. [citado 3 Jul 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000400002

19. Ribero S, Sciascia S, Borradori L, Lipsker D. The Cutaneous Spectrum of Lupus Erythematosus. [Internet]. Clin Rev Allergy Immunol. 2017. [citado 3 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28752372/>
20. Ahluwalia J, Marsch A. Photosensitivity and photoprotection in patients with lupus erythematosus. [Internet]. San Diego: SAGE Journals. 2019. [citado 3 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31023132/>
21. Olmos-García FX, Suárez-Larios LM, Velázquez-Contreras CA, Sotelo-Cruz N, Manjarrez–Orduño N. Lupus Eritematoso Sistémico en la Edad Pediátrica. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2014; 31(2): 101-106.
22. Levy DM, Peschken CA, Tucker LB, Chédeville G, Huber AM, Pope JE, *et al.* The 1000 Canadian faces of lupus: Influence of ethnicity on disease in the pediatric cohort. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012;:21779.
23. Danchenko N, Satia JA, Anthony MS. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. Lupus. 2006; 15(5):308–318.
24. Benseler S, Silverman E. Systemic lupus erythematosus. Rheum Dis Clin N Am. 2007; 33: 471-478.
25. Tucker LB, Uribe AG, Fernández M, Vilá LM, McGwin G, Apte G, *et al.* Adolescent onset of lupus results in more aggressive disease and worse outcomes: results of a nested matched case-control study within LUMINA, a multiethnics US cohort (LUMINA LVII). Lupus. 2008; 17: 314.
26. Merino-Muñoz R, Remesal-Camba A, Murias-Loza S. Lupus eritematoso sistémico. Anales de Pediatría Continuada. 2013; 11(2): 89-97.
27. Torrente-Segarra V, Salman Monte TC, Rúa-Figueroa I, Sánchez-Alonso F, López-Longo FJ, Galindo Izquierdo M, *et al.* Juvenile- and adult-onset systemic lupus erythematosus: a comparative study in a large cohort from the Spanish Society of Rheumatology Lupus Registry (RELESSER). Clin Exp Rheumatol. 2017;35 (6):1047-1055.
28. Brunner HI, Gladman DD, Ibáñez D, Urowitz MD, Silverman ED. Difference in disease features between childhood-onset and adult-onset systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 2008; 58 (2): 556-562.

**Cronograma de Actividades
Servicio de Dermatología
INP**

Actividades	Ago/Sep 21	Oct/Nov 21	Dic/Ene 21	Feb/Mar 22	Abr/May 22	Jun/Ago 22	Sept/Nov 22	Dic/Ene 23	Feb/Mar 23
Búsqueda bibliográfica	X								
MARCO TEORICO Antecedentes Planteamiento del Problema		X							
Justificación, Objetivos /General y Específicos)			X						
MATERIAL Y METODOS			X						
Plan de análisis				X	X				
Recolección de la información						X			
Procesamiento de la información							X		
Análisis de la información							X		
Redacción de la Tesis								X	
Presentación de tesis									X