

**Epidemiología y características demográficas del lupus cutáneo en
Colombia según datos del registro nacional de salud de Colombia 2015
– 2019**

Autor

Melissa Rivera Maldonado

Tutores

Daniel Gerardo Fernández Ávila

Laura Patricia Charry Anzola

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para obtener el
título de especialista en Dermatología**

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Medicina



Diciembre 12 de 2022

**Epidemiología y características demográficas del lupus cutáneo en
Colombia según datos del registro nacional de salud de Colombia 2015
– 2019**

APROBADO:

Isabel Cristina Cuellar Ríos,

Médica dermatóloga

Directora del programa de Especialización en Dermatología

Jurado 1

Jurado 2

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

Artículo 23 de la Resolución No. 13 de julio de 1946

Tabla de contenido

1.	<i>Pregunta de investigación</i>	5
2.	<i>Introducción</i>	5
3.	<i>Marco teórico</i>	7
4.	<i>Justificación</i>	12
5.	<i>Objetivos</i>	13
5.1	Objetivo general:	13
5.2	Objetivos específicos:.....	13
6.	<i>Metodología</i>	14
6.1	Tipo de Estudio	14
6.2	Población de estudio.....	14
6.3	Tamaño de la muestra	14
6.4	Definición de variables:.....	14
	Tabla 1: definición de las variables.....	14
6.5	Recolección de datos.....	19
6.6	Plan de análisis	19
7.	<i>Aspectos Éticos</i>	19
8.	<i>Resultados</i>	20
	Gráfica 1. Distribución geográfica de los casos de lupus cutáneo en el periodo de 2015 y 2019 por departamentos en la población colombiana	22
	Tabla 2. Prevalencia del lupus cutáneo y sus subtipos de acuerdo a los códigos CIE – 10, según sexo, entre los años 2015 y 2019, en mayores de 19 años.....	23
	Gráfica 2. Distribución de las prevalencias de lupus cutáneos y sus subtipos entre el periodo de 2015 y 2019	23
9.	<i>Discusión</i>	24
10.	<i>Conclusiones</i>	29
11.	<i>Referencias</i>	30

1. Pregunta de investigación

¿Cuál es el perfil epidemiológico y demográfico del lupus eritematoso cutáneo en Colombia, entre los años 2015 y 2019, utilizando datos del SISPRO?

2. Introducción

El lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune con diferentes espectros de presentación y severidad, que pueden tener un compromiso multiorgánico o limitado a ciertos órganos. El lupus eritematoso cutáneo (LEC), hace referencia a las manifestaciones cutáneas específicas de lupus, las cuales pueden o no, estar asociadas a manifestaciones sistémicas (1). El LEC, se clasifica en los subtipos agudo, subagudo y crónico de acuerdo a sus características clínicas e histopatológicas. Actualmente, se acepta que estas manifestaciones están asociadas con el curso de la enfermedad (2). El lupus cutáneo agudo (ACLE), por sus siglas en inglés, tiene dos formas de presentación. Puede manifestarse de manera local, con placas eritematosas y edematosas sobre las prominencias malares y el puente nasal, conocido como “rash malar” o “eritema en alas de mariposa” o puede tener una presentación generalizada con un rash

máculo papular acentuado en las zonas foto expuestas (3). En el ACLE, casi la totalidad de los pacientes, presenta lupus eritematoso sistémico (LES) asociado (4). Al igual que la forma aguda, la clasificación subaguda también tiene dos presentaciones clínicas. Una de ellas, se caracteriza por lesiones papuloescamosas o psoriasiformes y la otra forma, se presenta con lesiones anulares. Ambas manifestaciones son más frecuentes en zonas fotoexpuestas (3) y se calcula que 20 % a 30 % de los pacientes pueden progresan a LES (5). Por otra parte, el lupus cutáneo crónico, tiene diferentes formas de presentación, siendo la más frecuente el lupus discoide, el cual, representa el 50 % de los casos (4), y se clasifica en localizado cuando compromete solo áreas por encima del cuello, y generalizado si compromete lugares debajo del cuello. Clínicamente, se presentan pápulas o placas eritematosas bien definidas y con superficie queratósica, que tienen un crecimiento radial con posterior formación de áreas atróficas en el centro (3). Se calcula que entre 5 % a 18 % de los pacientes con lupus discoide, progresan a LES y se ha visto que los que tienen una presentación generalizada son lo que tienen mayor riesgo de presentar esta progresión (5). Otras formas de presentación del lupus crónico, incluyen el lupus profundo, el tipo chilblain y el lupus tímido (4).

Teniendo en cuenta que el LEC se presenta con manifestaciones en cara o zonas expuestas en un porcentaje considerable de los pacientes, se ha evidenciado que esta patología tiene un impacto importante en la calidad

de vida de las personas que la padecen, lo que se ve reflejado en un puntaje menor en escalas como el “short form health survey” (SF – 36), no solo en comparación con la población general, sino también, al compararlos con pacientes con LES, con otras enfermedades dermatológicas o con patologías de base como infarto agudo del miocardio, diabetes mellitus o hipertensión arterial (6). De igual manera, es posible que al tener un impacto significativo en la calidad de vida, puede llegar a afectar la salud mental de los pacientes, generando una mayor morbilidad, al igual que mayores costos para el sistema de salud.

3. Marco teórico

Para la elaboración de éste marco teórico, se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos de Pubmed, Embase, Scielo y Lilacs, utilizando los términos Mesh “Lupus Erytematosus, Cutaneous”, “Lupus Erytematosus, Systemic”, “epidemiology”, “Latin America”, “South and Central America” y “Colombia”, restringiendo los resultados a artículos que contaran con el texto completo y que se hubieran realizado en los últimos 5 años, para el caso de la epidemiología del LES; no obstante, no se realizó la misma restricción en relación a la temporalidad para el LEC ya que los estudios son más escasos.

El lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune en la cual hay una alteración tanto de la inmunidad innata, como de la humoral. Inicia por una falla en la tolerancia hacia diferentes antígenos propios, presentes principalmente en el núcleo de la célula, aunque también, hay algunos dirigidos contra componentes citoplasmáticos (9). El reconocimiento antigénico por parte de los autoanticuerpos, desencadena una respuesta inflamatoria, la cual, no solo está mediada por la inmunidad adaptativa, sino que también, incluye la innata, principalmente, mediante el complemento (5). El LES y el LEC hacen parte de las manifestaciones del lupus y como sus nombres lo indican, el LES, tiene un compromiso multisistémico, mientras que el LEC, hace referencia a las manifestaciones cutáneas. No obstante, el LEC puede progresar o hacer parte del espectro clínico del LES.

Debido a su relativa frecuencia, alto impacto en morbilidad y mortalidad, al igual que en el sistema de salud, se han desarrollado varios estudios alrededor del mundo que establecen la epidemiología del LES y que incluso, han permitido realizar comparaciones de los hallazgos en diferentes países (7). Tanto así, que contamos con estudios epidemiológicos en varios países de Latinoamérica como en Brasil (10), Colombia (11) y una cohorte de más de 10 años de seguimiento que incluía pacientes con LES en Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Guatemala, México, Perú y Venezuela (12). De acuerdo a estos estudios, fue posible establecer que, en Venezuela, Colombia y Brasil, había una

mayor prevalencia de latinos con ascendencia africana, en quienes la actividad de la enfermedad era mayor comparada con caucásicos que predominan en Argentina y Cuba. Adicionalmente, se hizo un análisis de la enfermedad en el contexto rural y se encontró que, esta variable se asocia con una mayor actividad de la enfermedad al momento del diagnóstico al igual que un mayor riesgo de compromiso renal (12). En relación a Colombia, se encontró que es un país con una alta prevalencia, (91.9 casos por 100,000 habitantes) siendo mayor en departamentos más industrializados como Bogotá DC, Antioquia y Valle del Cauca. Así mismo, se encontró una relación entre mujeres y hombres de 7.9 a 1, lo que es congruente con la mayoría de estudios epidemiológicos que establecen una mayor prevalencia en mujeres (11).

No obstante, no sucede lo mismo con el LEC, ya que son muy pocos los estudios epidemiológicos de esta patología realizados en los últimos 5 años. Entre ellos, se destaca un estudio de cohortes realizado en Sudáfrica, que buscaba establecer las manifestaciones cutáneas de pacientes, predominantemente de raza negra, que tuvieran diagnóstico de LES. Este estudio, se hizo a través de series de casos de pacientes que contaban con el diagnóstico mencionado y que asistían a un centro médico en Sudáfrica, de los cuales ,93 % eran mujeres de raza negra y se encontró que, 76 % de los pacientes, también presentaban LEC, siendo el subtipo más frecuente el discoide (13). En Dinamarca, se realizó un estudio de cohorte acerca de la epidemiología del LEC y sus subtipos en toda la población,

basada en los registros de tres bases de datos asociadas al sistema de salud del país, encontrando una incidencia anual de LEC de 2.74 por 100,000 habitantes, con un predominio femenino y un riesgo acumulado en 10 años, de 12.9 % de desarrollar LES después del diagnóstico de LEC (14). En Nueva Zelanda, se estudió la prevalencia de los subtipos de LEC en las diferentes etnias que se encuentran dentro de este país, estableciendo que las personas pertenecientes a la etnia de Māori y Pacific tienen un riesgo relativo mayor de desarrollar LEC, especialmente, la variante discoide, a comparación de la población con ascendencia europea en Auckland.

(15). En Minnesota, Estados Unidos, se realizó un estudio retrospectivo para evaluar la epidemiología tanto del LES como del LEC, en el cual se pudo establecer una incidencia de LEC de 4.2 por 100,000 habitantes y se determinó que en hombres la incidencia de LEC era mayor que la de LES.(16). En otros países como en Kuwait, también se ha descrito las características epidemiológicas y demográficas de pacientes con LEC de una institución particular, pero en este caso, se limitó el estudio a la población pediátrica, en donde se documentaron 19 casos de LEC, con una edad media de presentación de 11 años y una marcada predominancia femenina del 95% (17). En Suramérica, hay un estudio de series de casos, realizado en la Guyana Francesa, en donde se hizo una búsqueda de pacientes afrodescendientes, con LEC puro, definido como aquel que se manifiesta inicialmente, con presentación de las variantes subagudas o

crónicas. Se encontró que, la manifestación más frecuente era el lupus discoide y que las otras presentaciones del LEC crónico y subagudo, eran poco prevalentes (18). Adicionalmente, en Sao Pablo, realizaron la caracterización del perfil demográfico y clínico de 290 pacientes entre los años 1982 y 1996, que asistieron al Hospital Santa Casa. Los pacientes debían tener el diagnóstico de LEC y al menos una lesión discoide, y se excluyeron aquellos que presentaban LES de manera concomitante. Encontraron que la mayoría eran mujeres, con una relación mujer a hombre de 3.6 a 1, y que la edad de inicio en el 86 % de los pacientes fue entre los 20 y 59 años, con una edad media de 31 años. Además, documentaron que las otras presentaciones clínicas más frecuentes, después de la forma discoide, eran la verrugosa o hipertrófica y que la localización más frecuente fue la cara, presente en 90 % de los pacientes (19). En Colombia, contamos únicamente con datos de literatura gris, con datos presentados en un poster en el Congreso Internacional de Lupus Eritematoso Sistémico en el 2013 en Argentina, en la que se describieron las manifestaciones cutáneas de una cohorte de 310 pacientes colombianos con LES. Se encontró que 88 % de los pacientes presentaba manifestaciones cutáneas y que éstas estaban asociadas a autoinmunidad familiar, compromiso renal, serositis y criterios inmunológicos. No obstante, estas manifestaciones fueron definidas como rasgos latentes, e incluían presentaciones clínicas como fotosensibilidad, úlceras orales, rash malar, lupus discoide, lupus subagudo y urticaria (20). De acuerdo a

la información presentada anteriormente, es claro que el conocimiento en cuanto a la epidemiología del LEC es escaso y que de manera concreta, en nuestro país no se cuenta con información respecto a la epidemiología de la patología ni a la caracterización de las personas con dicho diagnóstico, teniendo en cuenta posibles diferencias en relación a sexo, edad y a la localización geográfica dentro de Colombia.

4. Justificación

De acuerdo a la recopilación de diferentes estudios realizados a nivel mundial, se calcula que los pacientes con LES, tienen una mortalidad hasta de 2.6 veces mayor, comparada con la población general (7). Adicionalmente, estos pacientes tienen una alta morbilidad por el compromiso multiorgánico, al igual que las complicaciones secundarias al tratamiento (8). Dado que en muchas ocasiones, el compromiso cutáneo puede preceder las manifestaciones sistémicas o incluso, ser la única manifestación de la enfermedad, es importante conocer su epidemiología y distribución demográfica para poder identificar la población que se encuentra en riesgo de desarrollar manifestaciones sistémicas para establecer estrategias de diagnóstico y tratamiento oportuno. Además, es posible que algunos factores, como la edad, sexo y lugar de procedencia, puedan estar relacionados con la epidemiología del LEC, así como se ha visto en estudios epidemiológicos del LES (8).

En el momento, en Colombia no se cuenta con estudios que aporten información acerca de la epidemiología del LEC ni de sus características demográficas en nuestro país, lo que impide que se tenga un conocimiento de datos como la prevalencia, que resulta importante en la toma de decisiones con respecto a una atención oportuna que permita disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad. Es por esta razón, que se realizó este trabajo de investigación, con el fin de llenar este vacío de la información en nuestro país.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general:

Establecer la epidemiología y características demográficas de los pacientes con lupus eritematoso cutáneo y sus variantes clínicas, en la población colombiana

5.2 Objetivos específicos:

1. Determinar la prevalencia del LEC y sus subtipos clínicos en Colombia, calculando la prevalencia para las diferentes regiones geográficas del país.

2. Establecer la distribución de los diferentes subtipos clínicos en relación al sexo, edad y tipo de afiliación al sistema de salud

6. Metodología

6.1 Tipo de Estudio

Estudio observacional descriptivo de corte transversal

6.2 Población de estudio

Se estudió la población Colombiana con diagnóstico de LEC o de alguna de sus variantes clínicas que se encontraba registrada dentro de la base de datos del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO) entre los años 2015 y 2019.

6.3 Tamaño de la muestra

Dado que era posible estudiar a toda la población que se encontraba registrada dentro de SISPRO, no se realizó toma de muestra de la población.

6.4 Definición de variables:

Tabla 1: definición de las variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Unidades de medida
-----------------	-------------------	-------------------------	---------------------------

Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa de razón	Años
Sexo	Fenotipo femenino o masculino	Cualitativa nominal	0: Hombre 1: Mujer
Grupo etario	Se agruparán los casos de acuerdo a la edad por quinquenios	Cualitativa ordinal	Por grupos quinquenales. 0 – 4 años 5 – 9 años 10 – 14 años 15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 – 39 años 40 – 44 años 45 – 49 años 50 – 54 años 55 – 59 años 60 – 64 años 65 – 69 años 70 – 74 años

			<p>75 – 79 años</p> <p>80 – 84 años</p> <p>85 – 89 años</p> <p>90 – 94 años</p> <p>95 – 99 años</p>
Diagnóstico	De acuerdo al código CIE 10	Cualitativa nominal	<p>Por código CIE – 10:</p> <p>L930: Lupus eritematoso discoide</p> <p>L931: Lupus eritematoso cutáneo subagudo</p> <p>L932: Otros lupus eritematosos localizados</p>
Localización geográfica	Departamento en dónde se realice el reporte	Cualitativa nominal	<p>Alguno de los 33 departamentos de Colombia:</p> <p>Amazonas</p> <p>Antioquia</p> <p>Arauca</p>

			Atlántico Bogotá DC Bolívar Boyacá Caldas Caquetá Casanare Cauca Cesar Chocó Córdoba Cundinamarca Guainía Guaviare Huila La Guajira Magdalena Meta Nariño Norte de Santander
--	--	--	--

			Putumayo Quindío Risaralda San Andrés y Providencia Santander Sucre Tolima Valle del Cauca Vaupés Vichada
Tipo de régimen de afiliación	De acuerdo a los tipos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Cualitativa nominal	0: Régimen subsidiado 1: Régimen contributivo

6.5 Recolección de datos

Se realizó a partir de los datos consignados en SISPRO, identificando el diagnóstico de lupus eritematoso discoide, lupus eritematoso cutáneo subagudo y otros lupus eritematosos localizados, de acuerdo a los códigos CIE – 10, sexo, edad, lugar de residencia y tipo de afiliación al sistema de salud, dentro del periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2019.

6.6 Plan de análisis

Se dividieron los grupos por departamento y sexo y luego, se hizo una nueva división de acuerdo a la edad por quinquenios y se calculó la prevalencia en términos de porcentaje para cada sexo y departamento del país, teniendo como referencia, los datos poblaciones del censo nacional de población y vivienda del 2018.

7. Aspectos Éticos

Teniendo en cuenta que los datos se tomaron de una base de datos que pertenece al Ministerio de Salud de Colombia y en la que no se está teniendo acceso a la historia clínica, fotos u otro tipo de documentos que puedan violar la privacidad de los pacientes o alterar alguna de las

variables biológicas, fisiológicas o psicológicas, de acuerdo a la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud, se considera una investigación sin riesgo.

8. Resultados

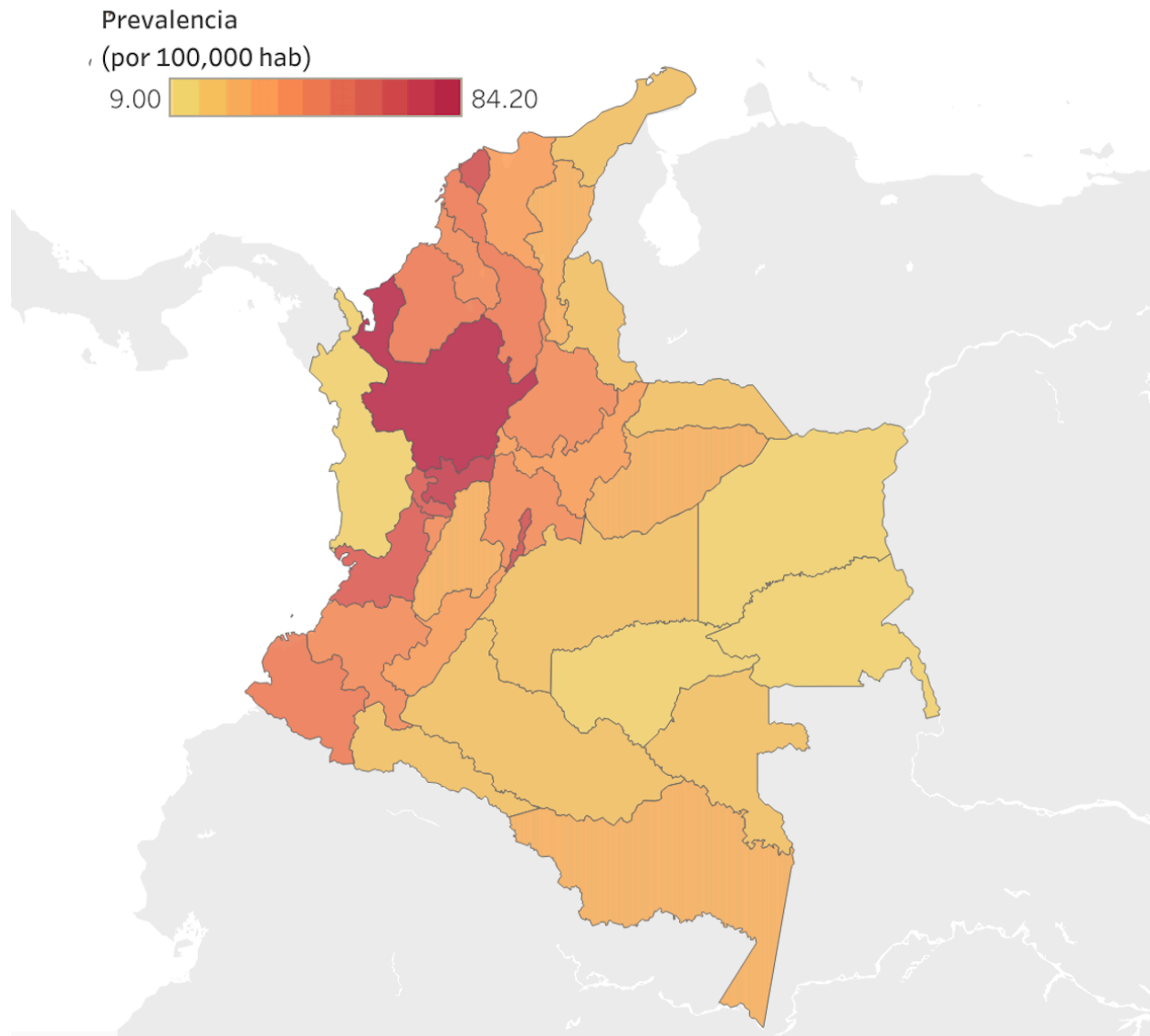
Entre el 1 de enero del 2015 y el 31 de diciembre del 2019, se identificaron un total de 26,356 casos de lupus cutáneo, de los cuales, 19,906 correspondían a casos en mayores de 19 años, para una prevalencia de 76 por 100,000 habitantes. El 49 % de estos casos correspondieron a lupus eritematoso discoide, 31 % a otros lupus eritematosos localizados, y 20 % a lupus eritematoso subagudo. De los casos en mayores de 19 años, 16,908 correspondieron a mujeres, lo que permite establecer un relación mujer : hombre de 6 : 1. Con respecto al grupo etario, el lupus cutáneo tuvo una mayor prevalencia en las personas entre los 55 a los 59 años, siendo de 107 por 100,000 habitantes. En cuanto a la distribución por departamentos, se encontró que la prevalencia del lupus cutáneo tenía una gran variabilidad, siendo tan baja como de 9 casos por 100,000 habitantes en el departamento de Guainía, comparado con el departamento de Antioquia, en donde la prevalencia fue de 84 casos por 100,000 (Gráfica 1).

En cuanto a los subtipos de lupus cutáneo, se encontró que, el lupus eritematoso discoide fue el que presentó una mayor prevalencia, con 37 casos por 100,000 habitantes. Al evaluar los datos según la distribución por sexo, se encontró predominio en el sexo femenino para todos los subtipos de lupus cutáneo (Tabla 2).

En general, para todas las formas de lupus cutáneo se encontró una mayor prevalencia en el grupo etario de 55 a 59 años. Para el caso del lupus discoide la prevalencia en este grupo etario, fue de 53 por 100,000 habitantes y para el lupus eritematoso subagudo fue de 23 por 100,000 habitantes (Gráfica 2).

De acuerdo a la localización geográfica, el departamento de Antioquia fue el que presentó una mayor prevalencia, tanto para lupus eritematoso discoide como para lupus eritematoso subagudo, siendo de 41 casos por 100,000 habitantes y 20 casos por 100,000 habitantes, respectivamente, lo cual es concordante con lo encontrado en el lupus cutáneo en general. Los otros departamentos con mayor número de casos de lupus eritematoso discoide fueron Valle del Cauca, San Andrés y Providencia y Bogotá, con 33, 31 y 30 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. Para el lupus subagudo, el segundo departamento con un mayor número de casos fue Caldas, con 14 casos por 100,000 habitantes. A diferencia de los subtipos ya mencionados, el departamento con mayor prevalencia para otros lupus eritematosos localizados fue Caldas, con 31 casos por 100,000 habitantes.

Gráfica 1. Distribución geográfica de los casos de lupus cutáneo en el periodo de 2015 y 2019 por departamentos en la población colombiana.



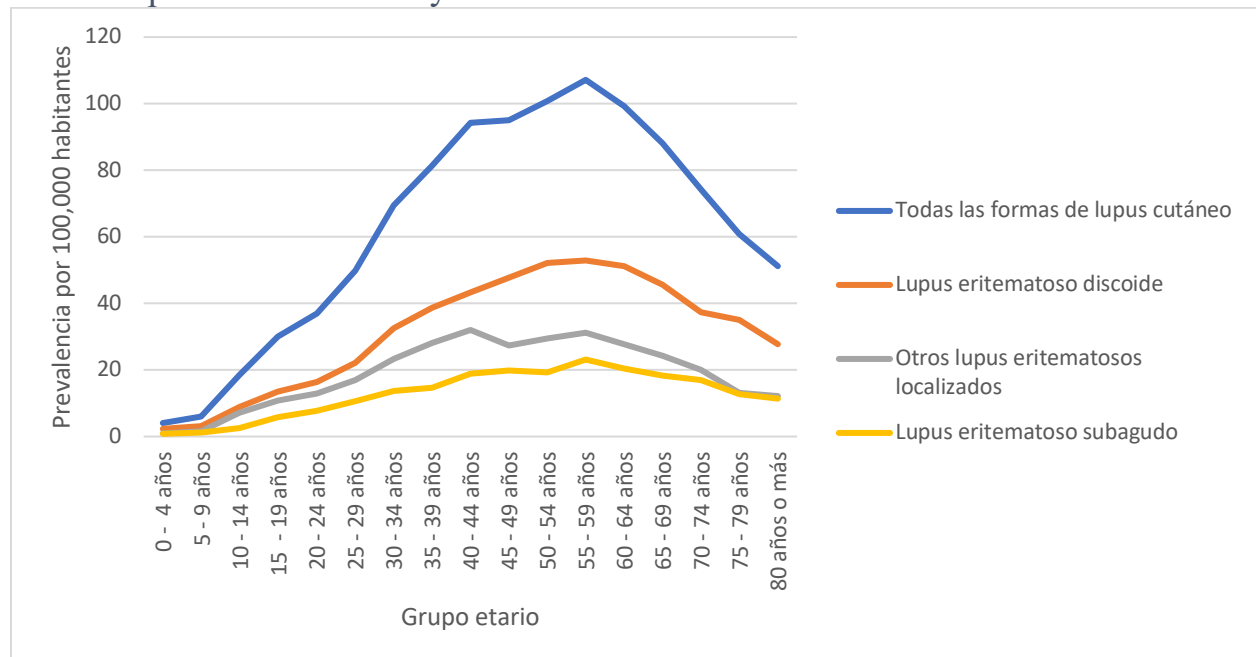
La prevalencia se calculó con el promedio poblacional de la época con denominador por 100,000 habitantes.

Tabla 2. Prevalencia del lupus cutáneo y sus subtipos de acuerdo a los códigos CIE – 10, según sexo, entre los años 2015 y 2019, en mayores de 19 años.

Diagnóstico	Prevalencia general	Prevalencia en mujeres	Prevalencia en hombres	Relación mujer : hombre
Lupus cutáneo	76	117	21	6 : 1
Lupus eritematoso discoide	37	54	12	5 : 1
Lupus eritematoso subagudo	15	24	4	6 : 1
Otros lupus eritematosos localizados	24	39	5	8 : 1

Prevalencia calculada por 100,000 personas

Gráfica 2. Distribución de las prevalencias de lupus cutáneos y sus subtipos entre el periodo de 2015 y 2019



9. Discusión

El lupus cutáneo es una patología que genera una alta morbilidad en los pacientes, dado el compromiso de áreas expuestas, y en algunos casos, las cicatrices y lesiones deformantes posteriores a algunas de estas manifestaciones. Adicional a esto, dependiendo del tipo, se asocia en mayor o menor medida a un componente autoinmune a nivel sistémico, que puede desencadenar diferentes complicaciones en el paciente e incluso, podría llevar a la muerte. Los estudios epidemiológicos permiten establecer la carga de las enfermedades, y enfocar de una mejor manera tanto el diagnóstico como el tratamiento de las mismas. De acuerdo a lo encontrado en este estudio, el lupus cutáneo presenta una prevalencia de 76 casos por 100,000 habitantes en mayores de 19 años, siendo más frecuente el lupus eritematoso discoide. Así mismo, se encontró un predominio femenino en todos los tipos de lupus cutáneo, y el pico de edad fue entre los 55 y 59 años, similar a lo que sucede con el lupus eritematoso sistémico (11).

En Dinamarca, se realizó un estudio epidemiológico similar al nuestro, en el cual se utilizaron bases de datos que incluían un 100 % de la cobertura poblacional, y que permitieron la evaluación de la epidemiología del lupus cutáneo en la población danesa en un periodo de 8 años (14). Encontraron que el subtipo más frecuente fue el lupus discoide, y que había un

predominio femenino de la enfermedad, con una relación de 4 : 1, lo cual es concordante con nuestros resultados. No obstante, la edad con mayor prevalencia de lupus cutáneo fue mayor en la población danesa, en hombres fue entre los 55 y 64 años y en mujeres entre los 64 y 75 años. Adicionalmente, la prevalencia fue considerablemente menor en esa población, siendo de tan solo, 2.74 por 100,000 habitantes. De manera similar, en Suecia se realizó un estudio de toda la población mediante el uso del registro nacional de pacientes y los códigos CIE – 10. En este estudio también se encontró una mayor frecuencia del lupus discoide, y un predominio femenino con una relación mujer : hombre de 3 : 1. En cuanto a la edad, se reportó una edad media de inicio de 59 años (21).

A pesar de no ser un estudio que incluía gran parte o la totalidad de la población, en Nueva Zelanda se estudió la prevalencia y su variación en las etnias europeas, maorí e indio/asiáticos, encontrando una mayor prevalencia en la etnia maorí, siendo de 42 casos por 100,000 personas (15). Así mismo, fue posible establecer que presentaban un mayor riesgo relativo de presentar el subtipo discoide, a comparación de los otros subtipos de lupus cutáneo. No obstante, el análisis de captura – recaptura sugería que la prevalencia verdadera general sería tres veces mayor a lo encontrado, con un estimado de 86 casos por 100,000 habitantes, siendo un valor cercano al encontrado en la prevalencia de nuestra población.

En Suráfrica se realizó un estudio en una cohorte de pacientes que ya tuvieran el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, para evaluar las manifestaciones cutáneas específicas y no específicas de la enfermedad (13). Se incluyeron 298 pacientes, de los cuales, 93 % fueron mujeres de raza negra. Se encontró que 76 % presentaban lesiones cutáneas específicas de lupus, de las cuales, el subtipo más frecuente fue el lupus discoide, lo cual es concordante tanto con nuestro estudio.

Con respecto al continente americano, en Estados Unidos, en el condado de Olmsted, Minnesota, se realizó un estudio retrospectivo de la epidemiología del lupus cutáneo y el lupus eritematoso sistémico (16). Llama la atención que se encontró una mayor prevalencia de lupus cutáneo a comparación del lupus sistémico, siendo de 70.4 y 30.5 por 100,000 habitantes, respectivamente. Contrario a lo que sucede en Colombia, en donde la prevalencia de lupus eritematoso sistémico y el lupus cutáneo es de 91.9 casos y 76 casos por 100,000 habitantes, respectivamente (11). Con respecto al sexo, también se encontró un predominio femenino, y la edad promedio de diagnóstico fue 54 años, es decir, similar a lo encontrado en la población colombiana descrita en nuestro estudio. Aunque menos reciente, en 1992 se realizó un estudio observacional con 67 pacientes que tenían lesiones de lupus cutáneo por hallazgos histopatológicos, pero no cumplían criterios del Colegio Americano de Reumatología para lupus eritematoso sistémico (22). De

estos pacientes, 85 % correspondían a lupus cutáneo discoide, que si bien es un porcentaje mucho mayor al encontrado en nuestro estudio, corresponde en el sentido de ser el subtipo más frecuente. Igualmente, se encontró un predominio femenino, representando 81 % de los pacientes. Con respecto a la edad media de diagnóstico, hay una diferencia con a nuestro estudio, ya que Wallace et al, reportaron una edad promedio de diagnóstico de 37 años, es decir, casi 20 años menos del grupo etario en dónde se reportó una mayor prevalencia en nuestro estudio. Lo anterior, puede deberse a que en nuestro estudio se evaluó solo prevalencia, más no la edad de diagnóstico, pero no se descarta que hayan factores asociados a una presentación más temprana del lupus cutáneo en años previos.

En América del Sur se realizó un estudio retrospectivo en la Guyana Francesa, en pacientes afrodescendientes con lupus cutáneo puro, definido como aquel que tuviera como primera manifestación lesiones de lupus cutáneo subagudo o crónico (18). Similar a nuestro estudio, hubo un predominio en el sexo femenino, y la forma más frecuente de presentación fue el lupus discoide. A diferencia de la población europea y de nuestro estudio, la edad promedio de presentación encontrada en esta población fue mucho menor, siendo de 27 años. No obstante, es importante resaltar que solo 51 pacientes fueron incluidos. Otro estudio latinoamericano fue realizado en Brasil, con pacientes de un hospital de

Sao Paulo que presentaban lesiones de lupus cutáneo discoide, sin diagnóstico concomitante de lupus eritematoso sistémico (19). Dentro de estos pacientes, la edad de presentación también fue más temprana, entre los 31 y 33 años, comparada con nuestros resultados. No obstante, también encontraron un predominio en el sexo femenino.

Con base en nuestros resultados y a los estudios ya mencionados, es evidente que al igual que el lupus eritematoso sistémico, el lupus cutáneo también presenta una mayor prevalencia en las mujeres. Igualmente, en los estudios que se evaluaron los subtipos de lupus cutáneo, en todos se encontró que la presentación más frecuente era el lupus discoide, al igual que en nuestro estudio en Colombia. A pesar de los pocos estudios epidemiológicos, y que varios de ellos no tenían una cobertura poblacional importante, es evidente que las prevalencias del lupus cutáneo tienen una variación significativa con respecto a la localización geográfica, al igual que con respecto al grupo etario.

El presente trabajo tiene como limitaciones, el hecho de que solo se incluyeron aquellos casos en los que algunas de las formas de lupus cutáneo constituyera el diagnóstico principal, por lo que no se incluyeron aquellos casos en los que el lupus cutáneo fuera un diagnóstico secundario, lo que podría reflejarse en un subregistro de la información.

Adicionalmente, dentro de los códigos del CIE – 10, no se cuenta con uno que sea específico para las formas agudas del lupus cutáneo, lo cual podría limitar de una manera importante el registro de este tipo de pacientes, los cuales podrían estar incluidos dentro los otros lupus eritematosos localizados o más posiblemente excluidos dada su relación con el Lupus Eritematoso Sistémico, quedando registrados en los códigos correspondientes a este último. Otra limitación es que dada la naturaleza de la información, no es posible calcular la incidencia del lupus cutáneo, así como tampoco es posible establecer la duración de la enfermedad o su severidad. Nuestro estudio es el primero en evaluar la prevalencia de lupus cutáneo en Colombia, y representa un esfuerzo dentro de la construcción y mejor conocimiento de la epidemiología del lupus cutáneo, no solo en nuestro país, sino también, como posible punto de referencia para otros países de Latinoamérica.

10. Conclusiones

El presente estudio muestra la información demográfica y epidemiológica del lupus cutáneo en Colombia, usando datos oficiales del Ministerio de Salud de nuestro país. Se evidenció una mayor prevalencia con respecto a otros estudios, pero fue concordante en otros aspectos, como el tipo de lupus cutáneo más frecuente y el predominio en el sexo femenino.

11. Referencias

1. Hejazi EZ, Werth VP. Cutaneous Lupus Erythematosus: An Update on Pathogenesis, Diagnosis and Treatment. Vol. 17, American Journal of Clinical Dermatology. Springer International Publishing; 2016. p. 135–46.
2. Fernandez AP. Connective Tissue Disease Current Concepts. *Dermatol Clin* [Internet]. 2019 Jan;37(1):37–48. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.07.006>
3. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS. eds. 2019. *Fitzpatrick's Dermatology, 9e* New York, NY: McGraw-Hill
4. Wenzel J. Cutaneous lupus erythematosus: new insights into pathogenesis and therapeutic strategies. *Nat Rev Rheumatol*. 2019 Sep 1;15(9):519–32
5. Blake SC, Daniel BS. Cutaneous lupus erythematosus: A review of the literature. Vol. 5, *International Journal of Women's Dermatology*. Elsevier Inc; 2019. p. 320–9.
6. Ogunsanya, M., Kalb, S., Kabaria, A. and Chen, S. (2017), A systematic review of patient-reported outcomes in patients with cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol*, 176: 52-61. doi:10.1111/bjd.14868

7. Ocampo-Piraquive V, Nieto-Aristizábal I, Cañas CA, Tobón GJ. Mortality in systemic lupus erythematosus: causes, predictors and interventions [Internet]. Vol. 14, Expert Review of Clinical Immunology. Taylor and Francis Ltd; 2018. p. 1043–53. Available from:<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1744666X.2018.1538789>
8. Stojan G, Petri M. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: An update. Vol. 30, Current Opinion in Rheumatology. Lippincott Williams and Wilkins; 2018. p. 144–50.
9. Mendez – Rayo T, Ochoa – Zárate L, Posso – Osorio I, Ortiz E, Naranjo – Escobar J, Tobón GJ. Interpretación de los autoanticuerpos en las enfermedades reumatológicas. Rev Colom Reumatol. 2018;25(2):112–125.
10. Vilar MJP, Rodrigues JM, Sato EI. Incidência de lúpus eritematoso sistêmico em Natal, RN - Brasil. Rev Bras Reumatol. 2003;43(6):347–51.
11. Fernández-Ávila DG, Bernal-Macías S, Rincón-Riaño DN, Gutiérrez Dávila JM, Rosselli D. Prevalence of systemic lupus erythematosus in Colombia: data from the national health registry 2012-2016. Lupus [Internet]. 2019 Sep 27;28(10):1273–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31354025>
12. Pons-Estel GJ, Catoggio LJ, Cardiel MH, Bonfa E, Caeiro F, Sato E, et al. Lupus in Latin-American patients: lessons from the GLADEL

- cohort. *Lupus* [Internet]. 2015 May 18;24(6):536–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25697768>
13. Koch K, Tikly M. Spectrum of cutaneous lupus erythematosus in South Africans with systemic lupus erythematosus. *Lupus* [Internet]. 2019 Jul 1;28(8):1021–6. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0961203319856091>
 14. Petersen MP, Möller S, Bygum A, Voss A, Bliddal M. Epidemiology of cutaneous lupus erythematosus and the associated risk of systemic lupus erythematosus: a nationwide cohort study in Denmark. *Lupus* [Internet]. 2018 Aug 22;27(9):1424–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29788808>
 15. Jarrett P, Thornley S, Scragg R. Ethnic differences in the epidemiology of cutaneous lupus erythematosus in New Zealand. *Lupus* [Internet]. 2016 Nov 11;25(13):1497–502. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27235700>
 16. Jarukitsopa S, Hoganson DD, Crowson CS, Sokumbi O, Davis MD, Michet CJ, et al. Epidemiology of systemic lupus erythematosus and cutaneous lupus erythematosus in a predominantly white population in the United States. *Arthritis Care Res.* 2015 Jun 1;67(6):817–28.
 17. Alkharafi NNAH, Alsaeid K, Alsumait A, Al-Sabah H, Al-Ajmi H, Rahim JA, et al. Cutaneous lupus erythematosus in children: Experience from a tertiary care pediatric dermatology clinic. *Pediatr*

- Dermatol [Internet]. 2016 Mar 1x;33(2):200–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/pde.12788>
18. Deligny C, Marie D Sainte, Clyti E, Arfi S, Couppié P. Pure cutaneous lupus erythematosus in a population of African descent in French Guiana: A retrospective population-based description. *Lupus* [Internet]. 2012 Nov 28;21(13):1467–71. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0961203312458167>
 19. Freitas THP de, Proença NG. Lúpus eritematoso cutâneo crônico: estudo de 290 pacientes. *An Bras Dermatol*. 2003 Dec;78(6):703–12.
 20. Molano - Gonzalez N, Pérez - Fernandez, L, Amaya - Amaya J, Rojas - Villarrafa A, Anaya JM. *Lupus* 2013 22:(144-)
 21. Grönhagen CM, Fored CM, Granath F, Nyberg F. Cutaneous lupus erythematosus and the association with systemic lupus erythematosus: a population-based cohort of 1088 patients in Sweden. *Br J Dermatol*. 2011 Jun;164(6):1335-41. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.javeriana.edu.co/21574972/>
 22. Wallace DJ, Pistiner M, Nessim S, Metzger AL, Klinenberg JR. Cutaneous lupus erythematosus without systemic lupus erythematosus: Clinical and laboratory features. *Semin Arthritis Rheum*. 1992;21(4):221–6.

