

ARTÍCULO ORIGINAL

Lupus eritematoso sistémico de inicio en la infancia en el Hospital María, Especialidades Pediátricas, 2019-2023

Childhood-onset systemic lupus erythematosus at Hospital María, Especialidades pediátricas, 2019-2023

Christopher Wilhelm Rivera Lazzo¹  <https://orcid.org/0009-0000-6021-7533>, Adolfo Martín Díaz²  <https://orcid.org/0000-0003-3984-3059>, Dina Raquel Álvarez³  <https://orcid.org/0000-0001-8778-3869>, Dilia Saucedo Acosta^{3,4}  <https://orcid.org/0000-0001-6824-5723>, Karla Zobeyda Fernández⁵  <https://orcid.org/0000-0002-4311-7407>.

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Posgrado de Pediatría; Tegucigalpa, Honduras.

²Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP), Unidad de Gestión Clínica de Inmunología y Alergias; Tegucigalpa, Honduras.

³Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP), Unidad de Docencia e Investigación; Tegucigalpa, Honduras.

⁴Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Departamento de Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras.

⁵Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP), Dirección de Gestión Clínica; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria, multisistémica y compleja, con etiología multifactorial. **Objetivo:** Describir las características clínicas y laboratoriales de los pacientes con LES de inicio en la infancia atendidos en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Inmunología y Alergia del Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP). **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. La población fueron pacientes con diagnóstico de LES que asistieron a la UGC de Inmunología y Alergia del HMEP. No se realizó cálculo de muestra. Los criterios de inclusión fueron: pacientes menores de 18 años, diagnóstico de LES por inmunólogo pediatra de HMEP, inicio de LES entre 2019-2023. En el análisis, se utilizó estadística descriptiva. Se contó con la aprobación del Comité de Bioética del HMEP. **Resultados:** Se analizaron 48 pacientes. Se encontró que el sexo femenino fue el más afectado, con una relación femenino-masculino de 15:1. La media de edad al diagnóstico fue de 14 años, siendo los adolescentes los más afectados en un 91.2%. La afectación renal fue la más frecuente en un 62.5% (30/48). Los anticuerpos antinucleares fueron positivos en el 97.9% (47/48); y el anti-DNA positivo en el 81.20% (39/48). El 66.7% (32/48) requirió atención hospitalaria por la severidad de sus síntomas. La mortalidad fue de 4.1% (2/48). **Discusión:** Si bien el LES en pediatría es una patología de baja incidencia, la gravedad y evolución crónica que esta representa hace que sea imperativo plantear la sospecha diagnóstica precoz y asegurar la referencia oportuna para su manejo. **Palabras clave:** Enfermedades autoinmunes, Lupus eritematoso sistémico, Pediatría.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) de inicio en la infancia es una enfermedad autoinmune multisistémica y compleja que resulta de la interacción de factores ambientales, hormonales y genéticos. Es más común en el sexo femenino, con una relación 9:1. Entre el 10 y el 17% de los pacientes con LES comienzan antes de los 16 años.¹⁻³

Las manifestaciones clínicas son variables en diferentes órganos y sistemas. Entre las más frecuentes se destacan síntomas como fiebre, afectación hematológica como leucopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica, afectación neuropsiquiátrica como delirio, psicosis, crisis epilépticas, neuropatías, afectación mucocutánea como rash malar, alopecia y úlceras orales.⁴⁻⁶ Además, estos pacientes pueden presentar serositis (derrame pleural, pericarditis), afectación renal, cardiovascular y artritis.⁷⁻⁹ En general, el LES de inicio pediátrico es más agresivo que el de inicio en la adultez.^{9,10}

La detección temprana y el inicio del manejo especializado son vitales para detener la crisis de la enfermedad y reducir el daño sistémico, incluso evitar mortalidad.^{11,12} El presente estudio se realizó con el fin de describir las características clínicas de los pacientes pediátricos con LES de inicio en la infancia atendidos en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Inmunología y Alergias del Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP), durante el período de enero de 2019 a diciembre de 2023.

Recibido: 22-11-2024 Aceptado: 12-05-2025 Primera vez publicado en línea: 22-05-2025
Dirigir correspondencia a: Dina Raquel Álvarez
Correo electrónico: dalvarez@hospitalmaria.org

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Rivera-Lazzo CW, Díaz AM, Álvarez DR, Saucedo-Acosta D, Fernández KZ. Lupus eritematoso sistémico de inicio en la infancia en el Hospital María, Especialidades Pediátricas, 2019-2023. Rev Méd Hondur. 2025; 93(1). xx-xx. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93i1.20386>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. El universo fueron pacientes atendidos en la UGC de Inmunología y Alergias del HMEP durante enero 2019 a diciembre 2023. No se realizó cálculo de muestra, pues se tomó el total de la población. Los criterios de inclusión fueron: a. pacientes menores de 18 años, con inicio de LES en la infancia; b. pacientes diagnosticados por un inmunólogo pediatra del HMEP utilizando los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología¹¹ (ACR por sus siglas en inglés) 1997, que requieren la presencia de 4 de 11 criterios. También se usaron los criterios de European League Against Rheumatism (EULAR)¹² en colaboración con ACR, que incluyen criterios clínicos y analíticos, para lo que se necesita una puntuación mayor de 10 y por lo menos un criterio clínico. Se excluyeron los pacientes con expediente clínico incompleto en 20% o más para las variables de interés en el estudio.

La recolección de datos se realizó a través de un instrumento diseñado por los investigadores; dicho instrumento estaba comprendido por las siguientes secciones: datos generales y sociodemográficos, antecedentes familiares, datos clínicos y datos laboratoriales. Se realizó una prueba piloto con 10 expedientes clínicos y se hicieron las correcciones correspondientes; posteriormente se realizó la recolección de datos utilizando una base de datos construida en el programa Microsoft Excel versión 16.8. Luego de la depuración de la base de datos, se realizó análisis en el programa STATA versión 15.1. Las variables cuantitativas fueron analizadas utilizando pruebas de normalidad para explorar la distribución de los datos. Además, para estas variables se estimaron medidas de tendencia central y dispersión. A las variables categóricas se les calculó frecuencias absolutas y relativas. Para calcular la relación por sexo, se dividió la frecuencia de la enfermedad en niños y niñas entre el máximo común divisor de la frecuencia en cada sexo.

Este estudio se realizó siguiendo los principios éticos para investigación con seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki. Este estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética del HMEP con registro IRB0011269, bajo dictamen 012-2024.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 65 niños con registro diagnóstico de LES entre 2019-2023; en 12 niños se descartó el diagnóstico de LES después del seguimiento en consulta externa, y se encontraron 5 casos con variables de interés incompletas. Finalmente, se analizaron 48 casos de pacientes con LES de inicio en la infancia (**Figura 1**).

El año 2023 fue el año con mayor cantidad de pacientes con LES de inicio en la infancia, representando 33.3% (16/48) del total, seguido del año 2019 con 23% (11/48) y del año 2022 con 20.8% (10/48) (**Figura 2**).

La edad de comienzo de síntomas en el 91.2% (44/48) de los pacientes fue en la adolescencia (12 a 17 años), seguido por la edad escolar (6 a 11 años) en el 6.2% (3/48) y de la edad

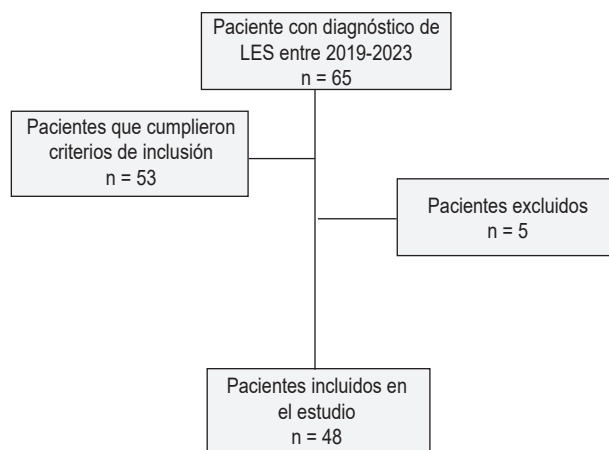


Figura 1. Selección de pacientes con lupus eritematoso sistémico de inicio en la infancia en el Hospital María, Especialidades Pediátricas, 2019-2023.

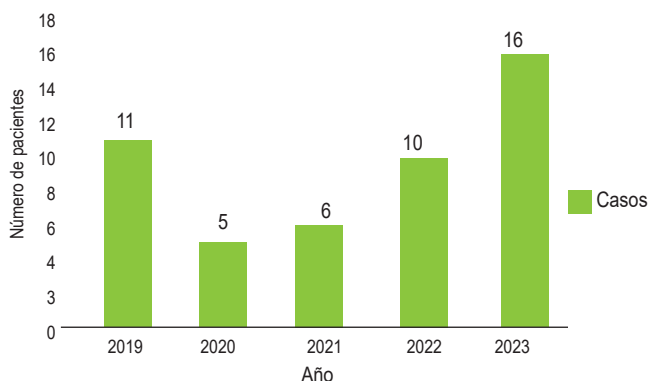


Figura 2. Diagnóstico por año de pacientes con Lupus eritematoso sistémico de inicio en la infancia en el Hospital María, Especialidades Pediátricas, 2019-2023.

preescolar en el 2% (1/48) de los pacientes. La media de edad fue de 14 años con desviación estándar de 2.5 años. La edad mínima de inicio de síntomas fue de 5 años y la máxima de 17 años. En cuanto al sexo, el más afectado fue el femenino en un 93.75% (45/48), obteniendo una relación femenino: masculino de 15:1 (45/3 y 3/3). De acuerdo con la zona de procedencia, se encontró que 39.5% (19/48) de los pacientes tuvo procedencia de la zona central del país, seguido por 27% (13/48) de zona oriental, y 10.41% (5/48) de la zona occidental y sur del país, siendo Francisco Morazán y Olancho los departamentos con mayor número de pacientes. Se encontró que el 50% (24/48) de los casos eran provenientes del área urbana (**Cuadro 1**).

En cuanto a los antecedentes de interés, se encontró que en 12.5% (6/48) de los pacientes, existía el antecedente de un familiar en primer grado con alguna patología de origen inmunológico, de las cuales las más frecuentes fueron: artritis reumatoide en 50% (3/6), LES en 33.3% (2/6) y esclerosis múltiple en 16.7% (1/6). Con respecto a las comorbilidades, el 31.25% (15/48) de los pacientes tenían comorbilidades; las más frecuentes fueron asma alérgica 33% (5/15), seguida de alergias alimentarias en 20% (3/15) de los pacientes (**Cuadro 2**).

Cabe mencionar que en dos casos el comienzo de la enfermedad ocurrió inmediatamente después de un episodio de

Cuadro 1. Características sociodemográficas del paciente pediátrico con LES en su inicio en el periodo enero 2019 a diciembre 2023. n=48.

Características sociodemográficas	n	(%)
Sexo		
Femenino	45	(93.8)
Masculino	3	(6.3)
Edad al diagnóstico en años		
Media de edad (DE)*	14	(2.5)
2- 5	1	(2.0)
6-11	3	(6.2)
12-17	44	(91.2)
Procedencia		
Zona norte	6	(12.5)
Zona occidental	5	(10.4)
Zona oriental	13	(27.0)
Zona centro	19	(39.5)
Zona sur	5	(10.4)
Tipo de procedencia		
Rural	24	(50.0)
Urbana	24	(50.0)

*DE: Desviación estándar.

enfermedad aguda por virus, uno de ellos por cuadro de dengue y otro por cuadro de SARS-CoV-2.

En cuanto al estado nutricional, de acuerdo con las gráficas de índice de masa corporal (IMC) de la OMS,¹³ se observó que 66.67% (32/48) de los pacientes se encontraba en peso saludable o peso adecuado para edad y sexo (**Cuadro 2**).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, se encontró que el tiempo de evolución desde el inicio del primer síntoma al diagnóstico por el inmunólogo pediatra se encontró entre uno hasta 36 meses, con una mediana de tres meses. Para la clasificación de sintomatología, se siguieron los criterios diagnósticos de ACR 1997¹¹ y la EULAR,¹² encontrando con mayor frecuencia síntomas constitucionales como fatiga en 58.3% (28/48), seguido de fiebre en 37.5% (18/48). En el 62.5% (30/48) de los pacientes se encontró afectación renal, manifestada en 52% (25/48) con hematuria microscópica (definida con la presencia de tres o más glóbulos rojos por campo de alto poder, en un estudio microscópico de sedimento urinario), misma frecuencia con proteinuria (definida como presencia excesiva de proteína en la orina, en cantidad superior a 150 mg en 24 horas). Adicionalmente, 20.8% (10/48) de los pacientes presentó elevación de valores de creatinina (**Cuadro 3**).

Es importante mencionar que a un 13.3% (4/30) de los pacientes que presentaron afectación renal se les realizó biopsia renal. Los resultados de esta confirman a tres pacientes con nefropatía lúpica Clase III (glomerulonefritis proliferativa focal y segmentaria) y uno con nefropatía lúpica Clase IV (glomerulonefritis proliferativa difusa). Lo anterior, de acuerdo con la clasificación de la nefropatía lúpica de la OMS.¹⁴ El 54.1% (26/48) de los pacientes presentaron hipertensión arterial (HTA).

Cuadro 2. Características clínicas de pacientes con inicio de LES en la infancia, atendidos en HMEP durante enero 2019 a diciembre 2023.

Características Clínicas	n	(%)
Antecedentes familiares con enfermedad inmunológica		
Sí	6	(12.5)
No	42	(87.5)
Enfermedades familiares		
Artritis reumatoide	3	(50.0)
LES	2	(33.3)
Esclerosis múltiple	1	(16.7)
Comorbilidades		
Sí	15	(31.3)
No	33	(68.7)
Tipo de comorbilidad		
Asma alérgica	5	(33.3)
Alergias alimentarias	3	(20.0)
Púrpura trombocitopénica idiopática	2	(13.3)
Obesidad	2	(13.3)
Diabetes insulino dependiente	2	(13.3)
Trastorno de ansiedad generalizada	1	(6.7)
Clasificación del estado nutricional		
Desnutrición	4	(8.3)
Saludable	32	(66.7)
Sobrepeso	10	(20.8)
Obesidad	2	(4.1)

En la afectación hematológica se encontró anemia hemolítica en 12.5% (6/48), leucopenia (definida como valores menores a 4000/mm³ en dos ocasiones) en 18.75% (9/48), linfopenia (definida con valores menores a 1500 mm³ en dos ocasiones) en 62.5% (30/48) y trombocitopenia en 14.5% (7/48) de los pacientes. En la afectación músculoesquelética, se encontró artritis (definida como aquella artritis no erosiva en dos o más articulaciones periféricas) en 39.5% (19/48) y miositis en 23% (11/48) de los pacientes (**Cuadro 3**).

Entre las manifestaciones en piel, se encontró con mayor frecuencia alopecia en 39.5% (19/48), seguido de eritema malar en 27% (13/48) y úlceras orales en 12.5% (6/48). Asimismo, los pacientes presentaron serositis, en mayor frecuencia derrame pericárdico y derrame pleural en 25% (12/48) y 20.8% (10/48) respectivamente. La afectación del sistema nervioso central o afectación neurológica se manifestó en 25% (12/48) con cefalea, en 14.56% (7/48) convulsiones, 12.5% (6/48) psicosis y 6.25% (3/48) con delirio. La afectación gastrointestinal se presentó en 14.58 % (7/48) de los pacientes. Las manifestaciones gastrointestinales fueron: hepatitis autoinmune en 6.25% (3/48), seguido de pancreatitis aguda, hepatomegalia y esplenomegalia en 4.1% (2/48) cada una (**Cuadro 3**).

Se encontró que los anticuerpos antinucleares (ANA) fueron positivos en 97.9% (47/48); anti-DNA positivo en 81.20%

Cuadro 3. Criterios clínicos y laboratoriales de pacientes con diagnóstico de LES en la infancia, atendidos en HMEP, enero 2019 a diciembre 2023.

Criterio Clínico	n	(%)
Síntomas constitucionales		
Fiebre	18	(37.5)
Fatiga	28	(58.3)
Pérdida de peso	12	(25.0)
Afectación renal		
Hematuria microscópica	25	(52.0)
Proteinuria	25	(52.0)
Elevación valores creatinina sérica	10	(20.8)
Síndrome Nefrótico	7	(14.5)
Afectación hematológica		
Linfopenia (menor a 1500 mm ³)	30	(62.5)
Leucopenia (menor a 4000/mm ³)	9	(18.8)
Trombocitopenia	7	(14.5)
Anemia hemolítica	6	(12.5)
Afectación músculoesquelética		
Artritis	19	(39.5)
Miositis	11	(23.0)
Afectaciones dermatológicas		
Alopecia	19	(39.5)
Eritema malar	13	(27.0)
Úlceras orales	6	(12.5)
Lupus Discoide	3	(6.3)
Serositis		
Derrame pericárdico	12	(25.0)
Derrame pleural	10	(20.8)
Pericarditis aguda	8	(16.6)
Afectación neurológica		
Cefalea	12	(25.0)
Convulsiones	7	(14.6)
Psicosis	6	(12.5)
Delirio	3	(6.3)
Afectación gastrointestinal		
Hepatitis autoinmune	3	(6.3)
Pancreatitis aguda	2	(4.1)
Hepatomegalia	2	(4.1)
Esplenomegalia	2	(4.1)
Afectación inmunológica		
ANA (anticuerpos antinucleares) positivos	47	(97.9)
Anti-DNA positivo	39	(81.2)
Anti-Sm positivo	7	(14.6)
Hipocomplementemia C3	34	(70.8)
Hipocomplementemia C4	27	(56.3)

(39/48); anti-Sm positivo en 14.58% (7/48). Los anticuerpos antifosfolípidos se realizaron solamente en 8 casos, siendo positivos en 25%. (2/8) de los pacientes. La hipocomplementemia, con C3 bajos (tomado como valor base de 88 a 201 miligramos por decilitro) se presentó en 70.83% (34/48) y valores de C4 bajos (tomando como valor de 16 a 48 miligramos por decilitro), se presentó en 56.25% (27/48) de los casos (**Cuadro 3**).

En cuanto al manejo de estos pacientes, se encontró que el 66.7% (32/48) necesitó atención hospitalaria de acuerdo con el tipo y la gravedad de sus síntomas. Del total de estos pacientes, el 43.8% (14/32) ameritó Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Los pacientes con alteraciones renales fueron atendidos en la sala de nefrología pediátrica, representando el 21.8% (7/32). Los pacientes con otras alteraciones fueron ingresados en la sala de hospitalización general, siendo estos el 34.4% (11/32). La estancia hospitalaria tuvo una mediana de 11 días, con rango intercuartílico (RI) de 3 a 43 días.

Como terapia de manejo en los pacientes hospitalizados se utilizó: pulsos de esteroides (metilprednisolona) en 81.25% (26/32), esteroides vía oral (prednisona) en 9.3% (3/32), pulsos de ciclofosfamida en 6.25% (2/32) de los pacientes y un paciente, 3.1% (1/32), requirió el uso de anticuerpo monoclonal (Rituximab). Dos pacientes fallecieron del total de pacientes incluidos en el estudio, representando 4.2% (2/48). La causa de muerte fue el choque séptico.

En cuanto al manejo ambulatorio, 100% (48/48) de los pacientes se manejó con esteroide vía oral (prednisona) y plaquinol. El 41.3% (19/46) fueron manejados con micofenolato, seguido de 28.26% (13/46) con azatioprina, 7.39% (8/46) con ciclofosfamida, 6.5% (3/46) con ciclosporina y 2.1% (1/46) con metotrexato.

DISCUSIÓN

El LES de inicio en la infancia es un trastorno autoinmune crónico, poco frecuente, de naturaleza multisistémica, asociado a una morbilidad significativa y con potencial de letalidad alto. Tiene un trasfondo genético mayor comparado con el LES del paciente adulto. Su naturaleza poco común hace que el diagnóstico y manejo sean desafiantes.¹⁵

A nivel mundial, la incidencia del LES de inicio en la infancia se reporta entre 0.3 y 0.9 casos por cada 100,000 niños al año, con una prevalencia que varía de 3.3 a 24 casos por cada 100,000 niños.^{16,17} Estudios estiman que el LES de inicio en la infancia representa entre el 10% y el 17% de los casos diagnosticados de LES en pacientes menores de 16 años. Sin embargo, en Honduras no se dispone de datos nacionales sobre la incidencia o prevalencia de LES en población pediátrica. En el presente estudio se analizaron 48 casos diagnosticados de LES durante un periodo de cinco años, diagnosticándose alrededor de 10 nuevos casos anuales.¹⁸⁻²¹

En este estudio, la edad promedio al momento del diagnóstico fue de 14 años. En contraste, otros estudios reportan el pico de diagnóstico de LES infantil en los 12.6 años.²¹ Asimismo, en el sudeste asiático, Tang et al. encontraron que la mayor parte de pacientes son diagnosticados entre los 11 y 13 años.²² Esta diferencia podría explicarse por el tiempo transcurrido entre la

sospecha clínica inicial y el diagnóstico definitivo, dado que muchos pacientes deben desplazarse desde zonas remotas del país, lo que significa costos de movilización para la familia. Aunque la edad promedio de diagnóstico en el presente estudio es mayor que la reportada en estudios internacionales, permanece dentro del rango de edad esperado para esta condición.

La incidencia de LES es significativamente mayor en el sexo femenino, con una relación reportada de sexo femenino/masculino de 9:1.¹ En nuestro estudio, observamos una proporción más elevada, de 15:1. La razón de esta diferencia no es del todo clara en nuestra población, pero se debe tomar en cuenta que el LES de inicio en la infancia es de diagnóstico complejo. Además, dado que es un trastorno más frecuente en el sexo femenino, es posible que la falta de sospecha clínica y la demora en la referencia oportuna del paciente pediátrico masculino con LES influyan en las diferencias encontradas.

En cuanto a la raza, encontramos que todos los pacientes eran mestizos. En consonancia con estos hallazgos, estudios internacionales reportan que el LES de inicio en la infancia es más frecuente en minorías étnicas, incluyendo mestizos, africanos y asiáticos. Se ha propuesto que esta mayor predisposición genética en la población mestiza se debe a alelos heredados de los colonizadores españoles hacia las poblaciones indígenas, los cuales incrementan el riesgo de padecer LES.²³ Es importante destacar que el riesgo de desarrollar LES de inicio en la infancia varía considerablemente entre poblaciones de diferentes regiones del mundo.²⁴ La mitad de los pacientes provenía de áreas rurales del país, y la mayoría residía en la zona central de Honduras. Esto puede explicarse por la ubicación del HMEP, cuyas principales áreas de influencia abarcan las regiones central, sur y oriental del país.

En un estudio publicado en 2022 en Taiwán, se concluyó que los hijos de madres con LES tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir LES juvenil. Otros factores de riesgo asociados a LES juvenil incluyen HTA, preeclampsia y eclampsia. También se investigaron otros antecedentes en familiares de primer grado, como artritis, enfermedad de Hashimoto y diabetes mellitus tipo 1.²⁵ De forma similar con estos hallazgos, en nuestro estudio, 16.6% (8/48) de los pacientes presentaban un familiar de primer grado con enfermedad autoinmune y 25% eran hijos de madre con LES.

El LES de inicio en la infancia presenta una variabilidad clínica considerable, incluso en comparación con los casos en adultos. Esto hace que el diagnóstico sea un desafío, ya que muchas manifestaciones, como úlceras orales, cefalea, artralgias y pérdida de peso, son inespecíficas y pueden deberse a otras causas en el paciente pediátrico. Los órganos y sistemas más comúnmente afectados son el renal, el hematológico y el mucocutáneo. El daño a órganos diana, especialmente al riñón, se observa en hasta un 80% de los pacientes pediátricos en el momento del diagnóstico, y hasta un 19 % de estos puede desarrollar enfermedad renal crónica.²⁶

En nuestro estudio, la afección más frecuente fue la renal, seguida de la hematológica, lo cual concuerda con los hallazgos de Tan et al. en su estudio realizado en Singapur.²⁷ En relación con el compromiso renal, más de dos tercios de los pacientes

presentaron nefritis lúpica. La manifestación de daño renal más común fue la HTA, presente en más de la mitad de los pacientes, seguida de hematuria microscópica y proteinuria.

Si bien la biopsia renal no se realiza de manera rutinaria en nuestro medio, esta se lleva a cabo en casos con afectación renal más severa. El hallazgo más frecuente encontrado en la biopsia renal fue nefropatía lúpica clase III (Glomerulonefritis proliferativa focal y segmentaria), seguido de nefropatía lúpica 1 clase IV (glomerulonefritis proliferativa difusa). Al contrario, con lo encontrado en Honduras, es recomendable que a todo LES cursando con nefritis lúpica, hematuria microscópica, proteinuria, HTA y disminución de la tasa de filtrado glomerular se les realice una biopsia renal, puesto que los hallazgos clínicos no siempre predicen de manera correcta los hallazgos en la biopsia renal.²⁶

La afectación neurológica es más frecuente en el LES de inicio en la infancia y juvenil que en los adultos.²⁸ Las manifestaciones neuropsiquiátricas más comunes son los eventos cerebrovasculares, convulsiones, cefalea y disfunción cognitiva.^{25,26} Encontramos que la cefalea fue el síntoma neurológico predominante, presente en una cuarta parte de los pacientes. A pesar de que, según la literatura, 95-97% de los pacientes sobrevivirán el neurolupus, del 20-25% de estos pueden sufrir secuelas neuropsiquiátricas permanentes. Por lo tanto, es fundamental realizar evaluaciones neurológicas a estos pacientes de forma rutinaria, para un diagnóstico y manejo oportunos.²⁷

En cuanto a los exámenes diagnósticos, el anticuerpo antinuclear (ANA) es reportado como el principal marcador en el LES de inicio en la infancia a nivel mundial, con estudios que alcanzan hasta un 100% de positividad. Otros exámenes diagnósticos de relevancia en el inicio de la enfermedad incluyen el anti-ADN, positivo en 70-80% de los casos, y niveles bajos de complemento en aproximadamente 50-80% de los pacientes.^{26,29,30} En el estudio de Abdwani et al., se encontró ANA positivo en 94% de los casos, anti-ADN en 82% y niveles bajos de complemento en 82%, hallazgos que coinciden con los resultados observados en nuestra investigación.³¹

La literatura científica reporta que el complemento es una prueba indirecta de la actividad de la enfermedad, particularmente cuando la nefritis lúpica está presente. Sin embargo, a pesar de su rutinario uso, no es necesariamente el mejor marcador.³²⁻³⁴ Es importante recalcar que, en los pacientes en nuestro estudio, el nivel de actividad de la enfermedad cuando fueron diagnosticados era alto, lo que podría ser la causa de estos niveles de C3 bajo tan prominente en la población estudiada. Actualmente, se encuentra en estudio el C4d, como marcador alternativo, el cual ha mostrado resultados prometedores, en especial en pacientes cursando con nefritis lúpica.^{32,35}

Los glucocorticoides siguen siendo un pilar fundamental en el tratamiento del LES en todas las edades. Se utiliza en forma de tratamiento tópico, vía oral a dosis bajas para la enfermedad leve a moderada, o como tratamiento oral o intravenoso de dosis altas para las manifestaciones graves.^{26,36-38} Consistente con la literatura, encontramos que la mayor parte de los pacientes en este estudio fueron manejados con glucocorticoides.

La principal limitante de este estudio radica en su naturaleza retrospectiva, lo que imposibilita el análisis de otras variables de interés en investigación que no se encuentran en los expedientes clínicos debido a que no son relevantes para la atención clínica. De igual forma, no fue posible recuperar datos faltantes de algunos pacientes que no estaban consignados en los expedientes clínicos. Aunado a esto, pese a que el HMEP es un hospital de referencia nacional, recibe menor cantidad de pacientes de la zona norte del país, donde se concentran las comunidades afrodescendientes, por lo que no es posible generalizar estos resultados a toda la población.

La principal fortaleza del estudio radica en que, hasta donde tenemos conocimiento, es el primer estudio en la población pediátrica hondureña con LES de inicio en la infancia. Por lo que estos datos generan evidencia científica valiosa que puede ser utilizada para la realización de protocolos de atención clínica. La cantidad de pacientes analizados es poca; no obstante, es significativa por tratarse de una enfermedad poco frecuente.

En conclusión, en este estudio realizado en un hospital de especialidades pediátricas, se encontró que el LES de inicio en la infancia predomina en el adolescente, con una edad media de inicio a los 14 años. Aparece principalmente en el sexo femenino y tiene factores genéticos que predisponen su aparición. La nefritis lúpica fue la principal forma de inicio en estos pacientes. Si bien el LES en pediatría es una patología de baja incidencia, la gravedad y evolución crónica que esta representa hace que sea imperativo plantear la sospecha diagnóstica precoz y ase-

gurar la referencia oportuna para su manejo. Es fundamental el seguimiento a largo plazo, ya que el inicio temprano de la enfermedad aumenta el riesgo de reactivación posterior a la remisión de los síntomas.

CONTRIBUCIONES

CRL, AMD, DSA, DRA y KZF contribuyeron en la concepción del estudio, creación del protocolo, recolección de datos y discusión de estos, así como en la redacción final del manuscrito y revisiones posteriores.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al personal de la Unidad de Documentación y Archivo del HMEP quienes contribuyeron activamente durante la recolección de datos.

DETALLE DE AUTORES

Christopher Rivera Lazzo, Médico residente del Posgrado de Pediatría, UNAH; christopher.lazzo@gmail.com
Adolfo Martín Díaz, Pediatra inmunólogo, adolfmart@hotmail.com

Dina Raquel Álvarez, Pediatra, MSc. en Epidemiología Hospitalaria y Control de infecciones intrahospitalarias; dalvarez@hospitalmaria.org

Dilcia Esperanza Saucedo Acosta, MSc. en Epidemiología, MSc. en Epidemiología Clínica; dilcia.sauceda@unah.edu.hn

Karla Zobeyda Fernández, Pediatra inmunóloga; kfernandez@hospitalmaria.org

REFERENCIAS

1. Wurster A, Bauler L, Howing C, McGlinchey Ford M. A novel presentation of childhood systemic lupus erythematosus in a 6-year-old child. *Lupus*. [Internet]. 2022 [citado 12 octubre 2024];31(10):1276-1279. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/09612033221111955>
2. Conrad N, Misra S, Verbakel JY, Verbeke G, Molenberghs G, Taylor PN et al. Incidence, prevalence and co-occurrence of autoimmune disorders over time and by age, sex and socioeconomic status: a population-based cohort study of 22 million individuals in the UK. *Lancet*. [Internet]. 2023 [citado 12 octubre 2024];401(10391):1878-1890. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00457-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00457-9).
3. Boteanu A. Lupus eritematoso sistémico pediátrico. *Protoc diagn ter pediatri*. [Internet]. 2020 [citado 12 octubre 2024]; 2:115-128. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_lupus.pdf
4. Serra-García L, Barba PJ, Morgado-Carrasco D. RF-2019 Classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Actas Dermosifiliográficas*. [Internet]. 2022 [citado 12 octubre 2024];113(3):310-312. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.04.021>
5. Aringer M, Leuchten N, Johnson SR. New criteria for lupus. *Curr Rheumatol Rep*. [Internet]. 2020 [citado 12 octubre 2024];22(6):18. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11926-020-00896-6>
6. Mosca M, Costenbader KH, Johnson SR, Lorenzoni V, Sebastiani GD, Hoyer BF et al. Brief report: how do patients with newly diagnosed systemic lupus erythematosus present? A multicenter cohort of early systemic lupus erythematosus to inform the development of new classification criteria. *Arthritis Rheumatol*. [Internet]. 2019 [citado 12 octubre 2024];71(1):91-98. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/art.40674>.
7. Renaudineau Y, Brooks W, Belliere J. Lupus Nephritis Risk Factors and Biomarkers: An Update. *Int J Mol Sci*. [Internet]. 2023 [citado 12 octubre 2024];24(19):14526. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10572905/>
8. Dima A, Balaban DV, Jurcut C, Jinga M. Systemic lupus erythematosus-related acute pancreatitis. *Lupus*. [Internet]. 2021 [citado 12 octubre 2024];30(1):5-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33307986/>
9. Zhang D, Lai J, Su G, Zhu J, Min, kang et al. Children systemic lupus erythematosus-associated pancreatitis. *Arthritis Res Ther*. [Internet]. 2024 [citado 15 enero 2025]; 26(1):28. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13075-024-03265-1>
10. Torrente-Segarra V, Salman Monte TC, Rua-Figuera 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*. [Internet]. 2017 [citado 12 octubre 2024]; 35(6):1047-1055. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/28628467>
11. Kuhn A, Bonsmann G, Anders HJ, Herzer P, Tenbrock K, Schneider M. The Diagnosis and Treatment of Systemic Lupus Erythematosus. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(25):423-32. doi: 10.3238/arztebl.2015.0423.
12. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(9):1400-1412. doi: 10.1002/art.40930.
13. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento del niño. [Internet]. Ginebra: OMS; 2008. [citado 12 octubre 2024]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Module_F_Final.pdf
14. González Naranjo LA, Vásquez Duque GM, Uribe Uribe O, Ramírez Gómez LA. Nefropatía lúpica. Presentación clínica, clasificación y tratamiento. *Rev.Colomb.Reumatol*. [Internet]. 2006 [citado 12 octubre 2024]; 13(4): 307-333. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_

- arttext&pid=S0121-81232006000400006&Ing=en
15. Valenzuela-Almada MO, Hocaoglu M, Dabit JY, Osei-Onomah SA, Basiaga ML, Orandi AB, et al. Epidemiology of Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus: A Population-Based Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022;74(5):728-732. doi: 10.1002/acr.24827.
 16. Vale ECSD, Garcia LC. Cutaneous lupus erythematosus: a review of etiopathogenic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 2023 [citado 12 octubre 2024];98(3):355-372. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36868923/>
 17. Gallagher KL, Patel P, Beresford MW, Smith EMD. What Have We Learnt About the Treatment of Juvenile-Onset Systemic Lupus Erythematosus Since Development of the SHARE Recommendations 2012? *Front Pediatr*. [Internet]. 2022 [citado 12 octubre 2024];10:884634. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2022.884634/full>
 18. Bello Vinuesa CR, Cañarejo Antamba GE, Espinoza Alvear CA, Pilco Medina JP, Zamora Triviño DE. Lupus eritematoso sistémico en edad pediátrica: actualización de la literatura. *J Am Health*. [Internet]. 2023 [citado 14 julio 2024]; 6(1):98-108. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/167>
 19. Valenzuela P, Ladino M, Vargas N. Caracterización de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico Infantil y su transición a etapa adulta. *Andes pediátr*. [Internet]. 2021 [citado 12 octubre 2024]; 92(3):375-381. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i3.1653>
 20. Mishra S, Behera JR, Rup AR, Sahu SK, Dash AK, Gudu RK et al. Clinical and Immunological Profile of Pediatric-Onset Systemic Lupus Erythematosus in Eastern India: A Prospective Observational Study. *Cureus*. [Internet]. 2024 [citado 12 octubre 2024];16(8):e66709. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11389870/>
 21. Watson L, Leone V, Pilkington C, Tullus K, Rangaraj S, McDonagh JE et al. Disease activity, severity, and damage in the UK Juvenile-Onset Systemic Lupus Erythematosus Cohort. *Arthritis Rheum*. [Internet]. 2012 [citado 12 octubre 2024];64(7):2356-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22294381/>
 22. Tang SP, Lim SC, Arkachaisri T. Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus: Southeast Asian Perspectives. *J Clin Med*. [Internet]. 2021 [citado 12 octubre 2024];10(4):559. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7913223/>
 23. López P, Mozo L, Gutiérrez C, Suárez A. Epidemiology of systemic lupus erythematosus in a northern Spanish population: gender and age influence on immunological features. *Lupus*. [Internet]. 2003 [citado 12 octubre 2024];12(11):860-865. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14667105/>
 24. Rubinstein TB, Knight AM. Disparities in Childhood-Onset Lupus. *Rheum Dis Clin North Am*. [Internet]. 2020 [citado 12 octubre 2024];46(4):661-672. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32981643/>
 25. Wu CH, Chen CA, Lin SH, Weng CT, Kuo PL, Shieh CC. Increased risk of early-onset childhood systemic lupus erythematosus for children born to affected parents: A nationwide child-parent cohort study. *Front Immunol*. [Internet]. 2022 [citado 12 octubre 2024];13:966809. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9483159/>
 26. David C, Badonyi M, Kechiche R, Insalaco A, Zecca M, De Benedetti F et al. Interface Gain-of-Function Mutations in TLR7 Cause Systemic and Neuro-inflammatory Disease. *J Clin Immunol*. [Internet]. 2024 [citado 15 enero 2025];44(2):60. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10850255/>
 27. Greenan-Barrett J, Doolan G, Shah D, Virdee S, Robinson GA, Choida V et al. Biomarkers Associated with Organ-Specific Involvement in Juvenile Systemic Lupus Erythematosus. *Int J Mol Sci*. [Internet]. 2021 [citado 12 octubre 2024];22(14):7619. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8306911/>
 28. Khajezadeh MA, Zamani G, Moazzami B, Nagahi Z, Mousavi-Torshizi M, Ziaee V. Neuropsychiatric Involvement in Juvenile-Onset Systemic Lupus Erythematosus. *Neurol Res Int*. 2018;2018:2548142. doi: 10.1155/2018/2548142.
 29. Tan JH, Hoh SF, Win MT, Chan YH, Das L, Arkachaisri T. Childhood-onset systemic lupus erythematosus in Singapore: clinical phenotypes, disease activity, damage, and autoantibody profiles. *Lupus*. [Internet]. 2015 [citado 12 octubre 2024];24(9):998-1005. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25926055/>
 30. Chen DY, Huang YH, Chen YM, Chen JJW, Yang TY, Chang GC et al. ANA positivity and complement level in pleural fluid are potential diagnostic markers in discriminating lupus pleuritis from pleural effusion of other aetiologies. *Lupus Sci Med*. [Internet]. 2021 [citado 12 octubre 2024];8(1):e000562. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8596033/>
 31. Abdwani R, Rizvi SG, El-Nour I. Childhood systemic lupus erythematosus in Sultanate of Oman: demographics and clinical analysis. *Lupus*. [Internet]. 2008 [citado 12 octubre 2024];17(7):683-686. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18625643/>
 32. Pennesi M, Benvenuto S. Lupus Nephritis in Children: Novel Perspectives. *Medicina (Kaunas)*. [Internet]. 2023 [citado 12 octubre 2024];59(10):1841. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10607957/>
 33. Lundtoft C, Sjöwall C, Rantapää-Dahlqvist S, Bengtsson AA, Jönsen A, Pucholt P et al. Strong Association of Combined Genetic Deficiencies in the Classical Complement Pathway With Risk of Systemic Lupus Erythematosus and Primary Sjögren's Syndrome. *Arthritis Rheumatol*. [Internet]. 2022 [citado 12 octubre 2024];74(11):1842-1850. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35729719/>
 34. Ayano M, Horiuchi T. Complement as a Biomarker for Systemic Lupus Erythematosus. *Biomolecules*. [Internet]. 2023 [citado 12 octubre 2024];13(2):367. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36830735/>
 35. Qin S, Wang X, Wang J, Wu H. Complement C4d as a biomarker for systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. *Lupus*. [Internet]. 2024 [citado 15 enero 2025];33(2):111-120. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38227433/>
 36. Trindade VC, Carneiro-Sampaio M, Bonfa E, Silva CA. An Update on the Management of Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus. *Paediatr Drugs*. [Internet]. 2021 [citado 12 octubre 2024];23(4):331-347. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34244988/>
 37. Elshaer R, Jaber S, Odeh N, Arbili L, Al-Mayouf SM. Safety and efficacy of biologics in childhood systemic lupus erythematosus: a critical systematic review. *Clin Rheumatol*. [Internet]. 2024 [citado 15 enero 2025];43(3):863-877. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38079010/>
 38. Chandwar K, Aggarwal A. Systemic Lupus Erythematosus in Children. *Indian J Pediatr*. [Internet]. 2024 [citado 12 octubre 2024];91(10):1032-1040. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37713101/>

ABSTRACT. Introduction: Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a complex, multisystemic autoimmune disease with a multifactorial etiology. **Objective:** To describe the clinical and laboratory characteristics of patients with childhood-onset SLE treated at the Clinical Management Unit (CMU) of Immunology and Allergy at Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP). **Methods:** This was an observational, descriptive, and cross-sectional study. The population included patients diagnosed with SLE who attended the CMU of Immunology and Allergy at HMEP. No sample size calculation was performed. Inclusion criteria were patients under 18 years of age, diagnosis of SLE by a pediatric immunologist at HMEP, and disease onset between 2019 and 2023. Descriptive statistics were used for the analysis. The study was approved by the Bioethics Committee of HMEP. **Results:** A total of 48 patients were analyzed. Females were predominantly affected, with a female-to-male ratio of 15:1. The mean age at diagnosis was 14 years, with adolescents comprising 91.2% of cases. Renal involvement was the most frequent manifestation, affecting 62.5% (30/48) of patients. Positive antinuclear antibodies were observed in 97.9% (47/48), and anti-DNA antibodies were positive in 81.2% (39/48). Hospitalization was required in 66.7% (32/48) of patients due to the severity of their symptoms. The mortality rate was 4.1% (2/48). **Discussion:** Although SLE in pediatrics is a low-incidence condition, its severity and chronic progression make it imperative to establish an early diagnostic suspicion and ensure timely referral for management. **Keywords:** Autoimmune diseases, Systemic lupus erythematosus, Pediatrics.