

## Lupus en el varón e infección dermatológica: a propósito de un caso

### Lupus in Men and Dermatological Infection: A Case Report

Dianayis Hortelas Sánchez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5199-7213>

Thuyen Fong Fernández<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5199-7213>

Ana María Gutiérrez Guadarrama<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0008-4616-8358>

Gretchen Garrido Muñoz<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0004-8953-5403>

Katiuska Rodríguez Pérez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0003-8363-6732>

Yaliana Frómeta Barreara<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9485-0385>

<sup>1</sup>Centro de referencias para las enfermedades reumáticas. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Hospital Docente Clínico Quirúrgico Diez de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [dianahortelas91@gmail.com](mailto:dianahortelas91@gmail.com)

#### RESUMEN:

**Introducción:** el lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune, crónica y potencialmente fatal que se asocia frecuentemente a infecciones.

**Objetivo:** describir el caso de un paciente varón con una infección dermatológica y posterior actividad de la enfermedad tras el abandono del tratamiento.

**Presentación de caso:** paciente masculino de 50 años, raza mestiza con antecedentes de lupus eritematoso sistémico de 20 años de evolución, nefritis lúpica, suspendió el tratamiento inmunosupresor alrededor de 3 meses por infección dermatológica que se complicó evolucionando a una piodermitis, se hospitaliza y recibe tratamiento antibiótico de amplio espectro e intacglobín; mejora su condición dermatológica pero comienza con elementos de actividad: fiebre, úlcera genital, derrame pleural, hipocomplementemia, proteinuria se decide mantener cobertura antibiótica y se inicia tratamiento con

metilprednisolona 0.5 gr/ 5 días y posteriormente prednisona 60 mg/6 semanas y se retoma el tratamiento con micofenolato mofetilo 2 gr/día.

**Conclusiones:** es fundamental conocer las infecciones que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con lupus eritematoso sistémico, para así lograr su prevención, diagnóstico y tratamiento, lo que tendría un impacto significativo en la sobrevida de ellos.

**Palabras clave:** lupus eritematoso sistémico; sexo masculino; infecciones recurrentes

#### **ABSTRACT:**

**Introduction:** systemic lupus erythematosus is a chronic, potentially fatal autoimmune disease that is frequently associated with infections.

**Objective:** to describe the case of a male patient with a dermatologic infection and subsequent disease activity after discontinuation of treatment.

**Case presentation:** 50-year-old male patient, mestizo race with a history of systemic lupus erythematosus of 20 years of evolution, lupus nephritis, suspended immunosuppressive treatment about 3 months for dermatological infection that was complicated evolving to a pyodermitis, is hospitalized and receives broad-spectrum antibiotic treatment and intacglobin; his dermatological condition improves but begins with elements of activity: fever, genital ulcer, pleural effusion, hypocomplementemia, proteinuria it is decided to maintain antibiotic coverage and treatment with methylprednisolone 0. 5 gr/ 5 days and later prednisone 60 mg/6 weeks and treatment with mycophenolate mofetil 2gr/day was resumed.

**Conclusions:** it is essential to know the infections that occur most frequently in patients with lupus, in order to achieve their prevention, diagnosis and treatment, which would have a significant impact on their survival.

**Keywords:** systemic lupus erythematosus; male sex; recurrent infections

Recibido: 28/04/2025

Aprobado: 21/06/2025

## Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es la enfermedad autoinmune sistémica prototípica, las manifestaciones clínicas en pacientes individuales pueden ser muy variables y van desde una afectación articular y cutánea leve a una enfermedad de los órganos internos grave y peligrosa para la vida.<sup>(1)</sup>

Se conocen un grupo de situaciones demográficas: edad de comienzo precoz, sexo masculino, grupo étnico no blanco, baja situación económica y educacional; clínicas: lesión renal, neurológica, hipertensión arterial y analíticas: alteraciones hematológicas y determinados autoanticuerpos que se relacionan con una peor evolución de la enfermedad mientras que la mortalidad está marcada por tres situaciones fundamentales: actividad de la enfermedad, asociación con patología vascular arterioesclerótica y las infecciones.<sup>(2)</sup>

Las infecciones continúan siendo una causa importante de morbimortalidad. Los factores que predisponen al desarrollo de infecciones en los pacientes con LES son múltiples, existiendo una alteración tanto en la inmunidad celular como humoral.<sup>(3),(4)</sup>

El lupus en sí mismo contribuye a una mayor incidencia de infecciones, independientemente del tratamiento. Los inmunosupresores aumentan la posibilidad de infecciones por microorganismos oportunistas: cándida, micobacterias, herpes zóster, entre otros. Entre las infecciones que con mayor frecuencia se describen están las dermatológicas, respiratorias y urinarias.<sup>(5)</sup>

Esta presentación tiene como objetivo describir el caso de un paciente varón con una infección dermatológica y posterior actividad de la enfermedad tras el abandono del tratamiento

## Presentación del caso

Paciente masculino de 50 años de edad, mestizo, procedencia urbana y pintor de profesión, que durante años ha trabajado expuesto totalmente al sol en una feria de artesanía cercana al mar.

Antecedentes de salud relativamente buena hasta los 22 años que comenzó a presentar lesiones eritematoso-violáceas en las palma de las manos y región anterior y posterior del tórax, y de morfología en alas de mariposa en la cara, y lesiones eritemato-costrosas en cuero cabelludo; fue evaluado por la especialidad de dermatología y se le realizó biopsia de piel compatible con lupus eritematoso fijo discoide, e iniciando tratamiento con antimaláricos y esteroides a dosis bajas. (Figura 1, figura 2, figura 3)



**Figuras 1, 2 y 3** en el inicio de la enfermedad

Aproximadamente 7 meses después de iniciado el tratamiento comienza a presentar trastornos de la refracción y es evaluado por oftalmología que diagnostica una perforación en la mácula y contraindican el uso de antipalúdicos.

Durante algunos años se mantuvo sin seguimiento y con tratamiento irregular con esteroides hasta que en el 2017 comenzó a presentar: artritis de pequeñas articulaciones, úlceras orales, hipertensión, edema en miembros inferiores de fácil Godet, y orinas espumosas razón por la cual se ingresa en nuestro servicio para estudio y tratamiento. En ese momento se comprueba la existencia de hipocomplementemia, proteinuria de 3.5 g/24 h y elevación de los azoados. Se realizan además estudios inmunológicos obteniendo como resultados valores positivos de anticuerpos antinucleares y anti DNA de doble cadena, realizando el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico.

Se coordina la realización de biopsia renal en Instituto de Nefrología, la que resulta compatible con una nefritis proliferativa focal (tipo III).

Se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona 1 gramo cada 5 días hasta completar tres bolos, se continuó con una dosis de mantenimiento de prednisona de 0.5 mg/kg durante 6 semanas, y ciclofosfamida 1 gr mensual durante 6 meses, y posteriormente, trimestral hasta completar 2 años, presentando mejor evolución de las lesiones dermatológicas. (Figuras 4, Figura 5 y Figura 6)



**Figuras 4, 5 y 6.** evolución favorable de las lesiones dermatológicas

La epidemia de COVID 19 interrumpió su reconsulta por dos años, manteniendo tratamiento con azatioprina 2 mg/kg/día, y dosis variables de prednisona.

En 2022 presentó una forunculosis extensa que se relacionó al uso de azatioprina, lo que obligó a suspenderla definitivamente.

La función renal se recuperó totalmente, evolucionando a un cuadro donde predominaban las manifestaciones articulares y dermatológicas, comenzando tratamiento con metotrexate 12.5 mg/semanales.

En consulta de seguimiento al año se constata edema en miembros inferiores hasta el tercio medio de ambas piernas, blando, frío, y de fácil Godet, proteinuria 3.8 gr/24 h, hipoproteinemia e hipoalbuminemia, razón por la que se decide suspender el metotrexate.

Se orienta el ingreso y se inicia con bolos de metilprednisolona 1gr/5 días por tres bolos, y continuar con prednisona 0.5 mg/kg durante 6 semanas y como tratamiento inductor micofenolato mofetilo 1 gr c/12 h respuesta favorable al tratamiento.

A finales del 2024 tuvo varios eventos que lo llevaron a suspender el tratamiento con micofenolato mofetilo, por forúnculo en la pierna derecha y un proceso viral asociado a vómitos y diarreas manteniendo único con prednisona a razón de 20 mg/día.

Posteriormente comienza a presentar lesiones dermatológicas en región anterior y posterior del tórax, es valorado por dermatología quien indicó tratamiento con azitromicina 500 mg por 3 días y fomentos de manzanilla, las lesiones se extendieron al cuero cabelludo, abdomen, acompañadas de signos de infección sobreañadida, razón por la cual se decide su ingreso en nuestra institución para estudio y tratamiento.

En el exudado de las lesiones se aísla un *Stafilococcus aureus* coagulasa positivo iniciando tratamiento con 1gr de vancomicina c/12 horas, y ciprofloxacino 400 mg c/12 horas, durante 10 días, el resultado de los complementarios se muestra en la tabla 1.

- Proteinuria de 0.02 gr/24 h
- Ultrasonido abdominal: Bases pulmonares sin presencia de líquido, hígado con ligero aumento de su ecogenicidad, no lesión focal.
- Vesícula de tamaño normal sin litiasis
- Páncreas y bazo normal, no esplenomegalia
- Riñones de tamaño y aspecto normal, buena relación seno-parénquima
- Vejiga y próstata sin alteraciones

**Tabla 1.** Exámenes complementarios en el momento del ingreso

Hto: 0.35 vol%	Urea: 6.0 mmol/L
Leucograma: $8.6 \times 10^9$ /L	Creatinina: 101 mmol/L
Neutrófilos: $0.43 \times 10^9$ /L	TGO: 46 U/L
Linfocitos: $0.56 \times 10^9$ /L	TGP: 48 U/L
Eosinófilos: $0.01 \times 10^9$ /L	GGT: 45 U/L
Plaquetas: $220 \times 10^9$ /L	Prot. Total: 55 g/L
VSG: 30 mm/h	Albúmina: 41 g/L
Glucemia: 5.5 mmol/L	C3: 0.47 g/L
Colesterol: 8.0 mmol/L	C4: 0.13 g/L
TG: 1.4 mmol/L	Cituria: Negativa
Ac. Úrico: 300 mmol/L	

SLEDAI: 10 puntos (vasculitis manos 8 puntos e hipocomplementemia 2 puntos).

Su evolución se evaluó sistemáticamente por los servicios de reumatología y dermatología que indicó fomentos con agua estéril, intacglobín a dosis inmunomoduladora (200 mg/kg) durante 5 días, distribuidos de la siguiente forma: 4 frascos de 5 gr/día por 5 días para un total de 20 frascos.

Se adjunto al tratamiento sulfaprim 960 mg c/12 horas hasta repetir los exámenes evolutivos, 48 horas después de terminar con el antibiótico endovenoso.

Comienza a presentar fiebre de 39 grados persistente que no cedía con el uso de antipiréticos, astenia marcada, eritema malar y en zonas expuestas del torax, hipertensión arterial, edema en miembros inferiores, blando de fácil Godet hasta tercio medio de ambas piernas, orinas espumosas y úlcera genital de aproximadamente 2 cm en el pene, no dolorosa.

Ante estos nuevos elementos que sugerían actividad de su enfermedad, repiten complementarios evolutivos e indicar otros estudios.

RX tórax postero-anterior: Borramiento del ángulo cardiofrénico derecho, no otras alteraciones.

US Abdominal: Derrame pleural derecho, de pequeña cuantía, hepatomegalia de 2 cm a expensas del lóbulo derecho, no lesión focal. bazo, páncreas, vesícula y ambos riñones de eco estructura conservada, no ascitis.

Con los nuevos hallazgos clínicos y humorales es reevaluado y se constató un empeoramiento con respecto al ingreso pues se evidenció el incremento del SLEDAI de 10 a 29 puntos (alta actividad):

- vasculitis 8 puntos
- cilindros urinarios 4 puntos
- hematuria 4 puntos
- proteinuria 4 puntos
- exantema 2 puntos
- úlceras mucosa 2 puntos
- pleuritis 2 puntos
- complemento bajo 2 puntos
- fiebre 1 punto

A lo que se sumó la exacerbación de las lesiones dérmicas. (Figura 7, figura 8, figura 9)



**Figuras 7, 8 y 9.** Recaída de las lesiones dérmicas

Una vez descartada la posibilidad de un proceso infeccioso y ante los elementos clínicos y humorales se decide el uso de pulsos de metilprednisolona a razón de 0.5 gr/día por 5 días seguidos de 60 mg/día de prednisona de 6 a 8 semanas y reiniciar con micofenolato mofetilo 2 gr/día con seguimiento posterior en consulta externa.

**Tabla 2.** Exámenes complementarios evolutivos

Hemocultivos I, II, III: Negativos	
Urocultivo: No crecimiento bacteriano	
Proteinuria 24 h: Volumen Total: 1360 ml	Proteínas: 1.86 gr/24 horas C: 375 cilindros granulosos
Addis 2 horas: H: 2000 L: 60 000	
Cituria: L: 10 000 H: 40 000 C: 10	Urea: 7.8 mmol/L
Hematocrito: 0.30 vol%	Creatinina: 102 mmol/L
Leucograma: $10.6 \times 10^9/L$	TGO: 54 U/L
Neutrófilos: $0.50 \times 10^9/L$	TGP: 73 U/L
Linfocitos: $0.50 \times 10^9/L$	GGT: 161 U/L
FAL: 123 U/L	Prot. Total: 48 g/L
Plaquetas: $480 \times 10^9/L$	Albúmina: 24 g/L
VSG: 130 mm/h	C3: 1.00 g/L
Glucemia: 4.1 mmol/L	C4: 0.06 g/L
Colesterol: 7.1 mmol/L	
TG: 1.2 mmol/L	
Ac. Úrico: 88 mmol/L	

## Discusión

El LES es una enfermedad inflamatoria multisistémica autoinmune, crónica, recurrente y potencialmente fatal. Factores genéticos, ambientales y sociodemográficos tienen roles importantes en la patogénesis y expresión de la enfermedad. Se conoce que las mujeres son nueve veces más afectadas que los varones, está marcada influencia del género sobre la ocurrencia de LES confirma la importancia de factores genéticos y hormonales en la enfermedad.<sup>(6)</sup>

En un estudio publicado por GLADEL se evaluó la influencia del sexo masculino en la presentación clínica y evolución de la enfermedad. Fueron evaluados 1214 pacientes, de ellos 123 eran hombres para un 10.1 %. El diagnóstico es más temprano en los varones lo cual podría ser explicado por la severidad de las manifestaciones y su rápida progresión.

Los varones presentan mayor frecuencia de fiebre, toma del estado general, pérdida de peso y manifestaciones neurológicas.

La enfermedad renal es más frecuente en los hombres (58.5 % versus 44.6 %, p: 0.004) al igual que algunas de las manifestaciones hematológicas (anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia y trombopenia) e inmunológicas anticardiolipinas IgG y C3 bajo. Si bien la mortalidad no resulta estadísticamente significativa, también es mayor en los hombres 4.1 % versus 2.7 %; p= 0.380). En conclusión, el sexo masculino se asocia con un igual o peor pronóstico, pero no mejor que en las mujeres.<sup>(7)</sup>

Otro estudio comparó características clínicas entre varones y mujeres con LES y concluyó que el lupus eritematoso discoide, el papular, y el nodular mucinoso, son significativamente más comunes en varones que en mujeres, lo que sugiere que pacientes del sexo masculino con LES tienden a presentar manifestaciones cutáneas atípicas.<sup>(8)</sup>

Un estudio realizado en España, donde el 12 % de los pacientes con LES fueron varones, encontró que las lesiones discoides, serositis y lupus eritematoso subcutáneo son más frecuentes en varones que en mujeres.<sup>(9)</sup>

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

embargo, existe mayor porcentaje de pacientes varones con alteración de la función renal y daño cardiovascular.<sup>(10),(11)</sup>

En un estudio hindú con 39 pacientes masculino con LES, se observó una mayor incidencia de alteraciones mucocutáneas y falla renal. Sin embargo, a diferencia de otros estudios, concluyó que los pacientes masculinos tienen una forma menos severa de enfermedad, en comparación con las mujeres.<sup>(12),(13)</sup>

En una serie similar hecha en Brasil, en 18 varones y 254 mujeres con LES, se encontró nuevamente que la nefropatía es la manifestación más común en varones; además, la trombocitopenia, la y pleuritis, también fueron significativamente más frecuentes en esta población.

Así como en la mayoría de estudios presentados, también se concluyó que en varones el LES es una enfermedad más severa, con mayor morbilidad, especialmente relacionada a nefropatía.<sup>(14),(15)</sup>

El LES es aún una enfermedad con significativa mortalidad y aunque 5 años después del diagnóstico 92 % de pacientes sobrevive, este pronóstico cae a 82 % de supervivencia a los 10 años, 76 % a los 15 años y solo 68 % a los 20 años. En la mayoría de estudios, los pacientes con enfermedad renal tienen un peor pronóstico. Las causas más comunes de muerte en LES son las infecciones asociadas al proceso propio de la enfermedad, y a los tratamientos inmunosupresores que esta entidad nosológica tiene indicado.<sup>(16)</sup>

El estudio GLADEL analizó el inicio y características generales de pacientes con LES, con un seguimiento prospectivo a 20 años. La sobrevida de esta cohorte a 4 años fue de 95 % y la primera causa de muerte fue la infección asociada con la reactivación de la enfermedad (44 %).<sup>(17)</sup>

Concurren a determinar este aumento intrínseco del riesgo de infección la carga genética del paciente, los trastornos derivados de la propia enfermedad y los medicamentos utilizadas en su tratamiento.<sup>(18)</sup>

Otro problema adicional en los pacientes con LES es la distinción entre una infección aguda y exacerbación de la enfermedad, lo cual constituye un desafío diagnóstico y terapéutico para el médico, dado que ambas pueden coexistir.

Estudios prospectivos realizados por Gladman y colaboradores en University of Toronto Lupus Clinic (n= 363 y con un seguimiento de 5 años) analizaron la frecuencia de infección en

pacientes con LES y los factores de riesgo asociados, algunos de los cuales están presentes en este caso:

**Infección previa:** Un estudio realizado en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, describe que hasta 50 % de los pacientes con infecciones pueden presentar otros episodios de éstas, alcanzando entre dos y nueve episodios por paciente.<sup>(19)</sup>

**Enfermedad renal:** Estudios han reportado que los pacientes lúpicos con síndrome nefrótico o falla renal asociada, presentan una disminución de la inmunidad y alta prevalencia de infecciones. La disminución de la albúmina plasmática y el aumento de la creatinina sérica, constituirían factores de riesgo independientes de infección.<sup>(20)</sup>

**Tratamiento con agentes citotóxicos (micofenolato mofetilo):** Se ha descrito mayor frecuencia de herpes zóster en los pacientes tratados con este medicamento.<sup>(21)</sup>

**Tratamiento con glucocorticoides:** Modulan la respuesta inmune mediante la interacción entre los receptores activados de glucocorticoides y factores de transcripción (factor nuclear κB y proteína activadora-1). De esta manera bloquean la activación de linfocitos y macrófagos, interfiriendo así con la producción de interleuquinas y factor de necrosis tumoral.

Finalmente, este bloqueo inhibe la proliferación de células T, células T citotóxicas, actividad microbicida y respuesta inmune antígeno específica, produciendo un compromiso importante de la respuesta inmune celular. Se ha demostrado que su uso aumenta la tasa de infecciones, con una relación directamente proporcional con la dosis actual y acumulada del fármaco.<sup>(22)</sup>

Como se ha señalado, las infecciones producidas por microorganismos comunes y oportunistas son las de mayor frecuencia. Los principales sitios de infección son: sistema respiratorio, urinario y la piel, correspondiendo aproximadamente a más de dos tercios de todas las infecciones en los pacientes con LES.<sup>(23)</sup>

Los agentes bacterianos son la principal causa de infección en los pacientes con LES, correspondiendo a más de 80 %. Los microorganismos que se aíslan con mayor frecuencia corresponden a patógenos comunes como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* y *Escherichia coli*, que son responsables de más de la mitad de las infecciones bacterianas. También

se ha descrito un aumento de la incidencia de infección por *Salmonella* spp en estos pacientes.<sup>(24)</sup>

Un problema frecuente en los pacientes con LES es la distinción entre una infección aguda y exacerbación de la enfermedad. En primera instancia es muy importante excluir meticulosamente las infecciones ya que la terapia inmunosupresora utilizada para tratar las exacerbaciones, puede generar resultados catastróficos en los pacientes infectados.

La infección aguda y exacerbación pueden compartir muchos síntomas. La fiebre, compromiso del estado general, linfadenopatía o esplenomegalia son características tanto de ciertas infecciones como de la exacerbación del lupus. La presencia de leucopenia generalmente se relaciona a LES activo, aunque algunos virus también pueden producirla. El hallazgo de leucocitosis generalmente sugiere infección. Se ha planteado que la proteína C-reactiva (PCR) podría ser de utilidad en la diferenciación entre crisis y exacerbación.<sup>(25)</sup>

Se ha investigado la procalcitonina como medio para diferenciar entre exacerbación de la enfermedad e infección. Brunkhorst y colaboradores describen que la procalcitonina podría detectar infección sistémica en pacientes con trastornos autoinmunes con una sensibilidad de 100 % y especificidad de 84 %. Sin embargo, otros estudios mencionan que sólo sería útil para diferenciar entre reactivación de la enfermedad e infección bacteriana, puesto que si la etiología fuera viral, no habría incremento en este marcador.<sup>(26)</sup>

Este estudio nos permitió realizar una revisión de la literatura acerca de las características, tanto clínicas como inmunológicas, de una enfermedad poco frecuente en varones, cuyo diagnóstico y tratamiento oportuno mejoran el pronóstico de los pacientes; se detallaron, así mismo, los hallazgos clínicos divergentes respecto a su presentación en mujeres, además de su relación no tan casual con las infecciones y cómo estas pueden imitar las exacerbaciones lúpicas o coexistir con ellas, lo que puede retrasar el diagnóstico o empeorar la enfermedad infecciosa, por el uso de tratamiento inmunosupresor.

Por esto es fundamental que el médico conozca las infecciones que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con lupus, para así lograr su prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, lo que tendría un impacto significativo en la sobrevida en ellos.

## Referencias bibliográficas



- 1-Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2012 [citado 16 Mar 2025];64(8):2677-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22553077/>
- 2-Pons-Estel GJ, Alarcón GS, Scofield L, Reinlib L, Cooper GS. Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis* [Internet]. 2010 [citado 16 Mar 2025];39(4):257-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27821390/>
- 3-Zonana-Nacach A, Camargo-Coronel A, Yañez P, Sánchez L, Jiménez-Balderas FJ, Fraga A. Infections in outpatients with systemic lupus erythematosus: a prospective study. *Lupus* [Internet]. 2001 [citado 16 Mar 2025];10(7):505-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11480850/>
- 4-Gladman DD, Hussain F, Ibañez D, Urowitz MB. The nature and outcome of infection in systemic lupus erythematosus. *Lupus* [Internet]. 2002 [citado 16 Mar 2025];11(4):234-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12043887/>
- 5-Nived O, Sturfelt G, Wollheim F. Systemic lupus erythematosus and infections. A controlled prospective study including an epidemiological group. *Q J Med* [Internet]. 1985 [citado 16 Mar 2025];55(218):271-87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4023171/>
- 6-Kim J-W, Kim H-A, Suh C-H, Jung J-Y. Sex hormones affect the pathogenesis and clinical characteristics of systemic lupus erythematosus. *Front Med* (Lausanne). 2022;9:906475. <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2022.906475>
- 7-Alarcón-Segovia D, Alarcón-Riquelme ME, Cardiel MH, Caeiro F, Massardo L, et al. Familial aggregation of systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis, and other autoimmune diseases in 1,177 lupus patients from the GLADEL cohort. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2005 [citado 16 Mar 2025];52(4):1138-47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15818688/>
- 8-Kanda N, Tsuchida T, Watanabe T, Tamaki K. Clinical features of systemic lupus erythematosus in men. Characteristics of the cutaneous manifestations. *Dermatology* [Internet]. 1996 [citado 16 Mar 2025];193(1):6-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8864610/>

- 9-Font J, Cervera R, Navarro M, Pallarés L, López-Soto A, et al. Systemic lupus erythematosus in men: clinical and immunological characteristics. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 1992 [citado 16 Mar 2025];51(9):1050-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1417135/>
- 10-Varaganti V, Vadakedath S, Ca J, Kandi V, B PV, Hussain MH, et al. Mechanisms underlying gender influence on the clinical course and immunopathogenesis of systemic lupus erythematosus: An explorative review. *Cureus* [Internet]. 2024 [citado 16 Mar 2025];16(11):e73646. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39677179/>
- 11-Mok CC, Lau CS, Chan TM, Wng RW. Clinical characteristics and outcome of southern Chinese males with systemic lupus erythematosus. *Lupus* [Internet]. 1999 [citado 16 Mar 2025];8(3):188-96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10342711/>
- 12-Pande N, Malaviya N, Sekharan S. SLE in Indian men: analysis of the clinical and laboratory features with a review of the literature. *Lupus* [Internet]. 1994 [citado 16 Mar 2025];3(3):181-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7951303/>
- 13-Jones JM, Smith F, Littlejohn E, Jorgensen TN. Lack of Association Between Sex Hormones, MDSCs, LDGs and pDCs in Males and Females With Systemic Lupus Erythematosus. *Front Immunol* [Internet]. 2022 [citado 16 Mar 2025];13:888501. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35833144/>
- 14-Costallat L, Coimbra A. Systemic lupus erythematosus in 18 Brazilian males: clinical and laboratory analysis. *Clin Rheumatol* [Internet]. 1993 [citado 16 Mar 2025];12(4):522-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8124916/>
- 15-Barber MRW, Drenkard C, Falasinnu T, Hoi A, Mak A, Kow NY, et al. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2021 [citado 16 Mar 2025];17(9):515-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34345022/>
- 16-Han JY, Cho SK, Sung YK. Epidemiology of systemic lupus erythematosus in Korea. *J Rheum Dis* [Internet]. 2023 [citado 16 Mar 2025];30(4):211-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37736591/>
- 17-Bouza E, Moya JG, Muñoz P. Infections in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Infect Dis Clin North Am* [Internet]. 2001 [citado 16 Mar 2025];15(2):335-61,vii. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11447699/>
- 18-Kavrul Kayaalp G, Esencan D, Guliyeva V, Arik SD, Türkmen Ş, Şahin S, et al. Childhood-onset systemic lupus erythematosus: A descriptive and comparative study of clinical,

- laboratory, and treatment characteristics in two populations. *Lupus* [Internet]. 2024 [citado 16 Mar 2025];33(10):1130-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39037381/>
- 19-Massardo Vega L, Martínez Re ME, Baro AM, Figueroa EF, Rivero Díaz S, Jacobelli S. Infecciones en lupus eritematoso generalizado. *Rev Méd Chile*. 1991;119:1115-22.
- 20-Yuhara T, Takemura H, Akama T, Suzuki H, Yamane K, Kashiwagi H. Predicting infection in hospitalized patients with systemic lupus erythematosus. *Intern Med* [Internet]. 1996 [citado 16 Mar 2025];35(8):629-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8894737/>
- 21-Karim MY, Alba P, Cuadrado MJ, Abbs IC, D'Cruz DP, Khamashta MA, et al. Mycophenolate mofetil for systemic lupus erythematosus refractory to other immunosuppressive agents. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2002 [citado 16 Mar 2025];41(8):876-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12154204/>
- 22-Cervera R, Khamashta MA, Font J, Sebastiani GD, Gil A, Lavilla P et al. Morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus during 5-year period. A multicenter prospective study of 1,000 patients. European Working Party on Systemic Lupus Erythematosus. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 1999 [citado 16 Mar 2025];78(8):167-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10352648/>
- 23-Pons-Estel BA, Catoggio LJ, Cardiel MH, Soriano ER, Gentiletti S, Villa AR, et al. The GLADEL multinational Latin American prospective inception cohort of 1,214 patients with systemic lupus erythematosus: ethnic and disease heterogeneity among "Hispanics". *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2004 [citado 16 Mar 2025];83(1):1-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14747764/>
- 24-Fessler BJ. Infectious diseases in systemic lupus erythematosus: risk factors, management and prophylaxis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* [Internet]. 2002 [citado 16 Mar 2025];16(2):181-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12041954/>
- 25-Bunkhorst R, Eberhardt OK, Haubitz M, Brunkhorst FM. Procalcitonin for discrimination between activity of systemic autoimmune disease and systemic bacterial infection. *Intensive Care Med* [Internet]. 2000 [citado 16 Mar 2025];26(Suppl2):S199-201. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18470720/>
- 26-Shin KC, Lee YJ, Kang SW, Baek HJ, Lee EB, Kim HA et al. Serum procalcitonin measurement for detection of intercurrent infection in febrile patients with SLE. *Ann Rheum*

Dis [Internet]. 2001 [citado 16 Mar 2025];60(10):988-9. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11589181/>

### Conflicto de interés

Los autores refieren no tener ningún conflicto de interés.

### Contribución de los autores

Dianayis Hortelias Sánchez: Contribución a la idea y diseño del estudio, análisis formal, redacción del borrador del artículo y revisión de la versión final

Thuyen Fong Fernández: Contribución a la idea y diseño del estudio, análisis formal, redacción del borrador del artículo y revisión de la versión final

Ana María Gutiérrez Guadarrama: Redacción del borrador y revisión de la versión final.

Gretchen Garrido Muñoz: Curación de datos y revisión de la versión final.

Katiuska Rodríguez Pérez: Curación de datos y revisión de la versión final.

Yaliana Frómeta Barreara: Curación de datos y revisión de la versión final.