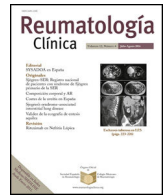




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Revisión

Epidemiología del lupus eritematoso sistémico en Latinoamérica

Ivet Etchegaray-Morales^a, Claudia Mendoza-Pinto^{a,b}, Francisco Javier Arellano-Avendaño^a, Sandra Ibañez-Ovando^b, Pamela Munguía-Realpozo^{a,b,*}, Jacsiry Guadalupe Orbe-Sosa^a, Edith Ramírez-Lara^b y Mario García-Carrasco^a

^a Departamento de Reumatología, Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México

^b Unidad de Investigación de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, CIBIOR-Hospital de Especialidades UMAE, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de octubre de 2023

Aceptado el 18 de septiembre de 2024

On-line el 16 de octubre de 2024

Palabras clave:

Lupus eritematoso sistémico
Latinoamérica
Epidemiología
Prevalencia
Incidencia
Mortalidad

R E S U M E N

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica que produce daño a diferentes órganos y sistemas, lo que conlleva una morbilidad significativa y un aumento en el riesgo de muerte. Es más frecuente en las mujeres en edad reproductiva.

A nivel mundial, el LES afecta aproximadamente a 5 millones de personas. Si bien puede presentarse en cualquier región geográfica, se ha demostrado que existe una mayor incidencia y prevalencia en afroamericanos, asiáticos e hispanos. Sin embargo, la información epidemiológica disponible sobre esta enfermedad proviene mayormente de países europeos y asiáticos, así como de EE. UU. En Latinoamérica (LATAM), pocos países cuentan con estudios descriptivos, como Argentina, Colombia y México, los cuales reportan diferentes incidencias y prevalencias, probablemente asociadas a diferencias étnicas y reportes. Esta revisión tiene como finalidad resumir la información epidemiológica actual sobre el LES en LATAM.

© 2024 Sociedad Española de Reumatología (SER), Colegio Mexicano de Reumatología (CMR) y Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Epidemiology of systemic lupus erythematosus in Latin America

A B S T R A C T

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease that affects several organs, causing significant morbidity and increased mortality. It's more frequent in young, fertile women and can appear in all ethnic groups.

The worldwide prevalence report indicates that there are at least 5 million patients with SLE. Although this disease can be found in every geographic region, certain races are more affected, such as Afro-American, Hispanic, and Asian populations. Furthermore, most of the epidemiologic information comes from Europe or the USA. In Latin America, only a few countries have reported data, like Argentina, Colombia, or Mexico, and even in these countries, the numbers vary.

© 2024 Sociedad Española de Reumatología (SER), Colegio Mexicano de Reumatología (CMR) y Elsevier España, S.L.U. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica, con heterogeneidad clínica y serológica¹. Su

fisiopatología implica una predisposición genética y factores ambientales que alteran la respuesta inmune innata y adaptativa, causando daño tisular y aumentando la morbimortalidad². El tratamiento busca modular el sistema inmune para lograr un estado de baja actividad o remisión de la enfermedad³. Esto ha conducido a un aumento de la supervivencia a corto y medio plazo; sin embargo, a largo plazo puede acumular daño en diferentes órganos, lo cual incrementa la mortalidad. Actualmente la tasa de super-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pamela.munguia@yahoo.com.mx (P. Munguía-Realpozo).

vivencia general a 5, 10 y 15 años se reporta en el 95, 91 y 85%, respectivamente⁴.

A pesar de su distribución global, el LES tiene predilección por los pacientes afroamericanos, asiáticos e hispanos, quienes presentan mayor incidencia, prevalencia, gravedad y mortalidad según estudios europeos y norteamericanos^{5,6}.

Ya que en Latinoamérica (LATAM) se han realizado pocos estudios epidemiológicos sobre incidencia, prevalencia y mortalidad en LES^{7–9} esta revisión tiene como finalidad resumir la evidencia relacionada con estos reportes.

Prevalencia del lupus eritematoso sistémico

Se ha reportado que el LES afecta a por lo menos 5 millones de personas a nivel mundial⁹. Sin embargo, la prevalencia varía según el área geográfica y el origen étnico⁵.

En Asia, se observan variaciones en la prevalencia del LES. Taiwán ha reportado una prevalencia de 8,11 (IC 95%: 7,53–8,74) y se ha calculado un riesgo relativo en mujeres de 9,14 (IC 95%: 8,36–9,98). La edad de presentación es de 40 a 49 años, y de 20 a 29 años en los varones¹⁰. En contraste, Corea del Sur reporta una prevalencia mayor de 35,45 (IC 95%: 34,93–35,96), con un pico de incidencia entre los 40 y 49 años¹¹. Estudios en China también indican una alta prevalencia de 37,56 (IC 95%: 34,17–40,96)¹² y una prevalencia de 37 a 70 casos por cada 100.000 personas¹³. En cambio, en el norte de India, se encontró una prevalencia de tan solo 3,2 por cada 100.000 personas, que es la más baja entre los países asiáticos, e incluso no se encontraron casos de LES entre adultos de ciertas áreas rurales y urbanas de Jammu, India^{7,14}.

Oceanía ha reportado diferentes prevalencias considerando la composición de su población y diferencias étnicas. Por ejemplo, Australia reporta una prevalencia de 92,8 casos por 100.000¹⁵. Mientras tanto, Nueva Zelanda a partir de bases de datos nacionales reporta una prevalencia de 42,1 por 100.000 personas¹⁶.

En el continente americano, EE. UU. reporta una prevalencia de 72,8 por 100.000 personas (IC 95%: 65,3–81,0), además de encontrarse una relación de 9 mujeres por cada varón afectado. En cuanto a la diferencia racial se encontró que los afroamericanos presentaron una prevalencia de 230,9 por 100.000 habitantes (IC 95%: 178,2–299,2) seguido de la población hispana que reportó una prevalencia de 120,7 por 100.000 habitantes (IC 95%: 84–173,4)¹⁷, otro estudio reportó una prevalencia 2 veces mayor en las mujeres afroamericanas comparado con las mujeres caucásicas¹⁸, 286,37 por cada 100.000 personas comparado con 150,09 por cada 100.000 personas¹⁹, respectivamente.

Por otra parte, el número de personas diagnosticadas con LES puede variar significativamente a través del tiempo. En una población canadiense se documentó que la prevalencia aumentó de 48 casos por 100.000 personas en el año 2000 a 90 casos por 100.000 personas en 2015²⁰, mientras que en EE. UU. Li et al., reportaron que la tasa de prevalencia del LES en las personas mayores de 65 años aumentó de forma constante de 184 casos por 100.000 personas en 2009 a 239 casos por 100.000 personas en 2016²¹.

En LATAM, el número de estudios es limitado, y en varios países se ha utilizado la metodología COPCORD para el reporte de prevalencia de algunas enfermedades reumatológicas, incluyendo el LES, con la consideración de las limitaciones de la aplicación de esta metodología.

En México, un estudio realizado por Álvarez et al., en la región sur del país, en el estado de Yucatán, donde solo un 40,5% de la población vive en zonas urbana y a partir de una muestra de 3.195 individuos, reportó una prevalencia del 0,07% (IC 95%: 0,01–0,2)²². Mientras que, otro estudio realizado por Peláez et al., en 5 estados de México, que incluyó a 19.213 participantes, reportó una prevalencia del 0,06% (IC 95%: 0,03–0,10)²³.

En Cuba, Reyes et al., mediante la metodología COPCORD, evaluaron a 3.155 individuos reportando una prevalencia del LES del 0,06% (IC 95%: 0,01–0,2)²⁴, mientras en Ecuador, Guevara et al., mediante la misma metodología, incluyeron a 4.877 individuos, reportaron una prevalencia del 0,08% (IC 95%: 0,01–0,2), mientras que en áreas rurales no se reportó ningún caso²⁵.

En la región nororiental de Venezuela, Granados et al., mediante un estudio comunitario con misma metodología incluyó a 3.973 individuos, y encontraron una prevalencia del LES del 0,07% (IC 95%: 0,01–0,02)²⁶.

En contraste, en Colombia, un registro de salud reportó una prevalencia del LES de 91,9 por 100.000 personas; la prevalencia ajustada a la edad fue de 126,3 por 100.000 personas en la población mayor de 18 años²⁷. Sin embargo, Palmezano-Díaz et al., reportaron una prevalencia notablemente menor de 26 por 100.000 en pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Santander, Colombia²⁸.

En Argentina, Scolnik et al. a partir de la población de un Hospital de Buenos Aires en donde se analizaron 127.959 usuarios, reportan una tasa de prevalencia de 58,6 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 46,1–73,5), además cabe destacar que las mujeres presentaron un pico de prevalencia en la quinta década de la vida con 142,2 por 100.000 habitantes, mientras que en los varones el pico de prevalencia fue en la cuarta década de la vida con 41,9 por 100.000 habitantes²⁹; en cambio, Quintana et al. en la población indígena Qom que incluyó a 1.656 individuos registraron una prevalencia del LES del 0,06% (IC 95%: 0,001–0,3)³⁰, mientras que otro estudio realizado en Tucumán, al noreste de Argentina, reportó una prevalencia de 24,3 casos/100.000 habitantes (IC 95%: 22,6–28,8), mientras que la prevalencia ajustada por edad fue de 34,9 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 32,8–41)³¹.

Senna et al., en un estudio en la región norte de Brasil que incluyó a 3.038 pacientes mediante la metodología COPCORD, reportaron una prevalencia del 0,098% (IC 95%: 0,02–0,28)³².

En la [tabla 1](#) y en la [figura 1](#) se resumen los estudios que han evaluado la prevalencia del LES en la región de LATAM.

Incidencia del lupus eritematoso sistémico

La incidencia del LES presenta una marcada variabilidad a nivel mundial con la tasa más alta registrada en EE. UU., con 23,2 por 100.000 personas/año y la más baja en África y Ucrania 0,3 por 100.000 personas/año^{19,33,34}.

Al igual que la prevalencia, la incidencia del LES se ve influenciada por factores geográficos y étnicos. Un estudio de 2018 basado en el Registro de Vigilancia Epidemiológica del LES en Michigan, EE. UU., reveló una tasa de incidencia ajustada por edad significativamente mayor en árabes y caldeos estadounidenses (7,6 por 100.000 habitantes) en comparación con la población caucásica (3,7; IC 95%: 3,1–4,2; $p = 0,02$)³⁵. Estos hallazgos coinciden con los de un estudio en Emiratos Árabes Unidos, que reportó una incidencia estandarizada por edad de 8,6 casos por 100.000 habitantes/año durante un periodo de 4 años³⁴.

En 2020 se realizó una actualización de datos sobre incidencia del LES en la población atendida por Medicare de EE. UU., se calcularon tasas de incidencia global ajustadas por edad y sexo para las cohortes de 2009 a 2016. En comparación con la población general, la incidencia fue mayor en las mujeres (OR: 1,4) y en las personas de raza negra (OR: 1,3–1,6); la incidencia general del LES ajustada por edad y sexo fue de aproximadamente 30 por 100.000 personas para todas las edades y 40 por 100.000 personas mayores de 65 años²¹.

Un metaanálisis basado en registros nacionales del LES en EE. UU. reveló una tasa de incidencia global de 5,1 por 100.000 perso-

Tabla 1
Prevalencia del LES en Latinoamérica

Autor, año	País	Número de participantes	Descripción del estudio	Resultado
Reyes-Lerena et al., 2009 ²⁴	La Habana, Cuba	3.155	Estudio transversal con metodología COPCORD en La Habana, Cuba, utilizando los criterios ACR 1997 para LES.	0,06% (IC 95%: 0,01-0,25)
Alvarez-Nemegyei et al., 2011 ²⁵	México	3.195	Estudio transversal con metodología COPCORD en Yucatán, México, utilizando los criterios ACR 1997 para LES.	0,07% (IC 95%: 0,01-0,2)
Pelaéz et al., 2011 ²³	México	19.213	Estudio transversal, en los estados Chihuahua, Nuevo León, Sinaloa, Yucatán, ciudad de México, metodología COPCORD utilizando los criterios ACR 1997 para LES.	0,06% (IC 95%: 0,03-0,10)
Guevara et al., 2016 ²⁵	Ecuador	4.877	Metodología COPCORD utilizando los criterios ACR 1997 para LES.	0,08% (IC 95%: 0,01-0,2)
Granados et al., 2015 ²³	Monagas, Venezuela	3.973	Estudio comunitario, transversal, aplicando el cuestionario COPCORD (enero a diciembre de 2011), utilizando los criterios ACR 1997 para LES.	0,07% (IC 95%: 0,01-0,2)
Quintana et al., 2016 ¹⁸	Rosario, Argentina	1.656	Estudio transversal, comunitario aplicando el cuestionario COPCORD en la Rosario, Argentina, utilizando los criterios ACR 1997.	0,06% (IC 95%: 0,001-0,3)
Palmezano-Díaz et al., 2018 ²¹	Colombia	43.673	Estudio transversal, retrospectivo (2012-2016) de registros de códigos CIE-10 para enfermedades autoinmunes que ingresaron al Hospital Universitario de Santander.	26/100.000 personas
Fernández-Ávila et al., 2019 ²⁰	Colombia	41.804	Estudio descriptivo que utiliza la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, con base de datos del SISPRO (enero 2012 a diciembre de 2016).	91,9/100.000 personas (población total de 47.663.162)
González-Lucero et al., 2020 ¹⁹	Tucumán, Argentina	1.448.188	Estudio retrospectivo en el que se incluyeron historias clínicas de internación y consulta externa de 4 hospitales públicos y privados, miembros de la Sociedad de Reumatología de Tucumán (2005 a 2012).	24,3/100.000 habitantes
Scolnki et al., ²⁹	Buenos Aires, Argentina	127.959	Estudio longitudinal que incluyó a derecho habientes > 18 años de hospital privado entre 1998 y 2009.	58,6/100.000 habitantes
Senna et al., ³²	Minas Gerais, Brasil	3.038	Estudio transversal con metodología COPCORD, utilizando los criterios ACR 1997.	0,098% (IC 95%: 0,02-0,28)

ACR: Colegio Americano de Reumatología; CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades; COPCORD: programa orientado a la comunidad para el control de enfermedades reumáticas; IC: intervalo de confianza; LES: lupus eritematoso sistémico; SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social.

nas/año (IC 95%: 4,6-5,6). Sin embargo, se observaron disparidades significativas tanto por sexo como por raza. La incidencia en las mujeres fue de hasta 7 veces mayor que en los varones; en cuanto a las diferencias raciales los pacientes hispanos presentaron una incidencia de 6,8 por 100.000 mujeres/año (IC 95%: 6-2-7,6), mientras que en los varones hispanos la incidencia fue de 0,9 por 100.000 varones/año (IC 95%: 0,4-1,9)³⁶.

En LATAM, destacan los estudios realizados en Argentina. Entre 1998 y 2009, en Buenos Aires, en un sistema privado que atiende entre el 5 y el 7% de la población (predominantemente caucásica); la incidencia global se calculó en 6,3 (IC 95%: 4,9-7,7) casos por 100.000 personas/año, y se observó una diferencia por sexos, mientras que en las mujeres la tasa de incidencia fue de 8,9 por 100.000 personas/año (IC 95%: 6,6-11,2), alcanzando un pico máximo en la tercera década de la vida, para los varones fue de 2,6 por 100.000 personas/año (IC 95%: 1,2-3,9)²⁹. Otro estudio realizado, en el estado de Tucumán, Argentina, reportó, en 2005, una incidencia de 1,8 casos por 100.000 personas/año (IC 95%: 1-2,9), mientras que para 2012 fue de 4,2 casos por 100.000 personas/año (IC 95%: 2,9-5,8)³¹.

También cabe destacar las variaciones regionales dentro de un mismo país. En el noroeste de Brasil, Pereira et al. reportaron una incidencia de 8,7 por personas/año (IC 95%: 6,3-11,7), con una marcada diferencia entre sexos: 14,1 por 100.000 mujeres/año y 2,2 por 100.000 varones/año³⁷.

En la [tabla 2](#) se muestran resumidos los estudios realizados acerca de la incidencia del LES.

Mortalidad y lupus eritematoso sistémico

La mortalidad por LES está influenciada por factores genéticos, edad, severidad de la enfermedad y comorbilidades³⁸. En la década de los 50's la supervivencia a 5 años era tan solo del 50%, mientras que en la década de los 00's se reportó un incremento hasta el 90%. Aun así, se considera una enfermedad con una alta mortalidad. En la actualidad persisten grupos con mayor tasa de mortalidad como las mujeres (3,14 vs. 2,98 para los varones) y la raza negra (3,34 vs. 2,43 en caucásicos), se espera que el diagnóstico temprano, y tratamientos eficaces se reduzcan de manera importante la mortalidad. Yen et al., en EE. UU. reportaron a partir de un registro de muertes, que el ASMR por LES disminuyó de 0,45 (IC 95%: 0,42-0,48) por 100.000 personas en 1968 a 0,34 (IC 95%: 0,32-0,36) por 100.000 personas en 2023, aunque la disminución fue mucho menor que cuando se compara con pacientes sin LES³⁹.

En 2019 Scherlinger et al., mediante la base de datos de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el código internacional de clasificación de enfermedades (CIE-10) estimaron que en 2014 ocurrieron 6.418 muertes relacionadas con el LES en 84 países, lo que representa al 0,021% de todas las muertes. La tasa de mortalidad estandarizada por edad (ASMR) global calculada fue de 2,68 (IC 95%: 2,62-2,75) por millón de habitantes con una ASMR significativamente mayor en las mujeres (4,53; IC 95%: 4,40-4,65) que en los varones (0,79; IC 95%: 0,73-0,84).

En EE. UU., la ASMR fue menor (2,69; IC 95%: 2,53-2,84) que en LATAM (5,53; IC 95%: 5,33-5,73)³⁸. Otro estudio estadounidense



Figura 1. Prevalencia del LES en Latinoamérica.

LATAM: Latinoamérica.

Tabla 2
Estudios de incidencia del LES en Latinoamérica

Autor, año	País	Número de participantes	Estrategia de medición	Incidencia
Scolnik et al., 2014 ³⁰	Argentina	127.959	Estudio longitudinal, revisión de expedientes, basado en una organización de gestión de la salud de un hospital universitario (enero 1998 a enero 2009).	1998-2009: 6,3 (IC 95%: 4,9-7,7) casos por 100.000 personas/año.
González-Lucero et al., 2020 ¹⁹	Tucumán Argentina	1.448.188	Estudio retrospectivo que incluyeron historias clínicas de internación y consulta externa de 4 hospitales públicos y privados, miembros de la Sociedad de Reumatología de Tucumán (2005 a 2012).	2005: 1,8/100.000 habitantes. 2012: 4,2/100.000 habitantes.
Pereira-Vilar et al., 2002 ³⁷	Ciudad Natal, Brasil.		Se incluyeron a los pacientes atendidos en el hospital universitario, unidades de salud y hospitales de atención pública, pacientes referidos de medio privado y clínicas ambulatorias y de laboratorios que realizaran ANA, y que acudieron entre el 1 enero de 2000 a 21 de diciembre de 2000.	8,7 personas/año (IC 95%: 6,3-11,7).

ANA: anticuerpos antinucleares; IC: intervalo de confianza; LES: lupus eritematoso sistémico.

Tabla 3
Mortalidad del LES en Latinoamérica

Autor, año	País	Estrategia de medición	Mortalidad
Souza et al., 2010 ³⁶	Sao Paulo, Brasil	Se utilizó el banco de datos oficial, en las que se mencionó el LES como causa básica de muerte (1985-2004).	3,8 defunciones/10 ⁵ habitantes.
Ribeiro-Costi et al., 2017 ³⁷	Brasil	Estudio exploratorio utilizando los datos del Sistema de Información de Mortalidad de DATASUS (del 2000 al 2011).	4,76 muertes /10 ⁵ habitantes.
González-Lucero et al., 2019 ¹⁹	Tucumán, Argentina	Estudio retrospectivo en el que se incluyeron historias clínicas de internación y consulta externa de 4 hospitales públicos y privados, miembros de la Sociedad de Reumatología de Tucumán (2005 a 2012).	9,1%
Mendoza-Pinto et al., 2022 ⁴⁰	México	Se estudiaron datos provenientes de la DGIS, se utilizó el CIE-10 para definir la causa de muerte de LES (1998 a 2017).	Se identificaron 11.449 muertes por LES.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades; DATASUS: Departamento de Informática del Sistema Único de Salud; DGIS: Dirección General de la Información en Salud; LES: lupus eritematoso sistémico; NIS: National Inpatient Sample.

(2007 y 2009) con 812 pacientes con LES, reportó 135 muertes totales (16,6%). Los pacientes afroamericanos tuvieron un riesgo relativo (RR) de muerte de 1,5 (IC 95%: 1,1–2,3) y fallecieron 6,8 años antes que los pacientes caucásicos. Resultados similares se observaron en los pacientes hispanos con un RR: 1,1 (IC 95%: 0,7–1,8), y una mortalidad de 9,5 años antes que los no hispanos ($p=0,02$). Las tasas de mortalidad estandarizadas son 4 veces más altas en pacientes afroamericanos e hispanos en comparación con los caucásicos sin LES. La ASMR en la población hispana fue de 3,9, siendo mayor en las mujeres hispanas con un 5,8⁴⁰.

En 2017, Anastasiou et al. evaluaron las tendencias en la mortalidad de los pacientes con LES hospitalizados en EE. UU. Se identificaron casi 2 millones de personas egresadas entre 2006 y 2016 encontrándose que las tasas de mortalidad disminuyeron de 2006 a 2008 y luego se mantuvieron relativamente estables. Los pacientes afroamericanos, hispanos, asiáticos e isleños del Pacífico tuvieron una mayor mortalidad hospitalaria que los pacientes caucásicos⁴¹. Otro estudio que incluyó 175.000 hospitalizaciones relacionadas con LES en EE. UU. reportó que las principales causas de muerte hospitalaria fueron infecciones (38,18%) seguida de cardiopatías (12,04%)⁴², muy similar a lo reportado a partir de los datos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud en EE. UU. donde se encontró que las causas más frecuentes de mortalidad fueron sepsis (4,3%) e hipertensión arterial sistémica (3,0%) en mujeres mientras que en el sexo masculino la enfermedad cardíaca (3,7%) y las complicaciones de la diabetes mellitus (3,6%) fueron las más frecuentes⁴³.

En LATAM se han descrito grupos de alto riesgo y las principales causas de muerte en las poblaciones con LES. En Argentina se reportaron 32 muertes entre 353 pacientes con LES que asistieron a hospitales públicos y consultorios privados de reumatología entre 2005 y 2012, con una tasa de mortalidad global dentro de la cohorte de LES del 9,1% (IC 95%: 6,3–12,6)³¹.

En Brasil, un estudio que utilizó datos del Sistema Nacional de Salud de Brasil, mostro una tasa de mortalidad anual ajustada a edad de 3,8 (IC 95%: 3,78–4,03) por 1.000.000 habitantes⁴⁴, por LES entre 2002 y 2011. Otro estudio realizado por Costi et al., reportó una tasa de mortalidad de 4,76 por 1.000.000 habitantes, encontrándose diferencias geográficas ya que la región medio oeste, norte y sureste presentaron las tasas más altas (6,4, 5,4 y 5,23 por 1.000.000 habitantes, respectivamente), a partir de 8.761 certificados de defunción de pacientes con LES, se encontró que el 77% de las defunciones reportaron al LES como causa primaria, mientras que un 6% se reportaron como causas circulatorias del 2,8% en causas infecciosas y parasitarias y del 2,2% por sistema respiratorio⁴⁵.

En México, el LES se posiciona entre las 20 principales causas de muerte en mujeres de 10 a 54 años, ocupando el preocupante lugar 19 en el grupo de 10 y 14 años y el número 15 entre las jóvenes de 15 a 24 años⁴⁶.

Un estudio de Mendoza-Pinto et al., utilizando una base de datos nacional abierta reveló que entre 1998 a 2017 se reportaron 11.449 muertes por LES en pacientes mayores de 15 años; de estas el 75% de las muertes se presentó en menores de 50 años, y el 3,8% de las muertes ocurrieron en áreas geográficas donde predomina población indígena. Además, los autores reportaron un aumento significativo en la ASMR entre 1998 y 2017. La ASMR pasó de 0,40 por 100.000 personas (IC 95%: 0,26–0,57) a 0,89 por 100.000 personas (IC 95% 0,72–1,05), lo que representa un incremento del 81%. Este aumento contrasta con la disminución del 86% observada en la población sin LES durante el mismo periodo⁸.

En la [tabla 3](#) se resumen los estudios que describen la mortalidad por LES en LATAM.

Discusión

Mientras a nivel mundial la prevalencia reportada del LES oscila entre 8,1 y 92,8 por 100.000 personas^{10,15}, es importante destacar que existen variaciones étnicas y geográficas significativas.

LATAM cuenta con un número de estudios limitados que incluyen a países como Colombia^{27,28}, Argentina^{30,31}, México^{22,46}, Venezuela²⁶ y Cuba²⁴, si bien la mayoría de estos estudios evaluaron la población de localidades específicas de dichos países, la prevalencia varió poco siendo entre el 0,06 al 0,09%^{23,30,32}, aunque debemos de tomar en cuenta que las cifras de prevalencia son dinámicas y varían en las mismas regiones geográficas^{22,26,29–31,46}, en cuanto incidencia su reporte es todavía más complejo, los estudios disponibles reportan que va desde 0,03 hasta 23,2 por 100.000 personas/año a nivel mundial^{29,31,33,34}, y que la incidencia del LES fue mayor en las mujeres y en los afroamericanos²¹, mientras que en LATAM la incidencia varía entre 6,3 y 8,7 por 100.000 personas/año^{29,37} siendo más incidente en las mujeres, aunque la edad de presentación fue más temprana en los varones, similar a lo reportado en otros países^{21,29,37}.

Si bien la mortalidad en la población general ha disminuido a nivel mundial, en los pacientes con LES esta tendencia no se observa. De hecho, la mayoría de los estudios reportan un aumento en la mortalidad⁴⁷. Esta preocupante discrepancia podría atribuirse a las disparidades en el acceso a los servicios de salud y los elevados costos de la atención médica.

En México, el LES se ha identificado como una de las 20 principales causas de muerte en las mujeres jóvenes⁴⁶. Esto podría ser extrapolable a otros países latinoamericanos, subrayando la relevancia de esta enfermedad en la salud pública. Es crucial considerar estos datos al diseñar políticas de salud dirigidas a este grupo etario.

Es crucial reconocer las limitaciones inherentes a este estudio. La baja representatividad poblacional, derivada del escaso número de estudios sobre prevalencia, incidencia y mortalidad, junto con la heterogeneidad de los datos, plantea desafíos para la generalización de los hallazgos. Además, la posibilidad de sesgos es relevante,

considerando que muchos estudios se basan en poblaciones rurales o en datos extraídos de registros y censos, lo que puede influir en la precisión de las estimaciones.

Conclusión

A pesar de su baja frecuencia a nivel global, el LES ejerce un impacto considerable en los sistemas de salud. En LATAM, la escasez de estudios epidemiológicos dificulta la mejora en la atención a los pacientes y la optimización de los programas de salud pública. Es fundamental impulsar la investigación en esta región para comprender mejor la epidemiología del LES y, así, desarrollar estrategias más efectivas para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Zucchi D, Elefante E, Schilirò D, Signorini V, Trentin F, Bortoluzzi A, et al. One year in review 2022: systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol*. 2022;40:4–14.
- Fanouriakis A, Tziolos N, Bertsias G, Boumpas DT. Update on the diagnosis and management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2021;80:14–25.
- Ríos-Garcés R, Espinosa C, van Vollenhoven R, Cervera R. Treat-to-target in systemic lupus erythematosus: Where are we? *Eur J Intern Med*. 2020;74:29–34.
- González LA, Pons-Estel GJ, Toloza SMA, Ugarte-Gil MF, Alarcón GS. Understanding Risk Factors for Poor Outcomes in a Multiethnic Longitudinal Cohort: The LUMINA (Lupus in Minorities: Nature vs. Nurture) Experience (LUMINA LXXXII). *Rheum Dis Clin North Am*. 2021;47:55–64.
- Cortés Verdú R, Pego-Reigosa JM, Seoane-Mato D, Morcillo Valle M, Palma Sánchez D, Moreno Martínez MJ, et al. Prevalence of systemic lupus erythematosus in Spain: Higher than previously reported in other countries? *Rheumatology (Oxford)*. 2020;59:2556–62.
- Barber MRW, Falasinnu T, Ramsey-Goldman R, Clarke AE. The global epidemiology of SLE: Narrowing the knowledge gaps. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62 Suppl 1:i4–9.
- Selvaraja M, Abdullah M, Md Shah A, Arip M, Amin Nordin S. Systemic Lupus Erythematosus (SLE): A review on the prevalence, clinical manifestation, and disease assessment. *Prog Microbes Mol Biol*. 2020;3, <http://dx.doi.org/10.36877/pmmb.a0000106>.
- Mendoza-Pinto C, Etchegaray-Morales I, García-Carrasco M, Munguía-Realpozo P, Méndez-Martínez S, Osorio-Peña AD, et al. Twenty-year trends in all-cause mortality of patients with systemic lupus erythematosus in Mexico: Results from a nationwide health registry. *Lupus*. 2022;31:382–91.
- Schwartz A, Friedel H, Garal-Pantaler E, Pignot M, Wang X, Nab H, et al. The Burden of Systemic Lupus Erythematosus in Germany: Incidence Prevalence, and Healthcare Resource Utilization. *Rheumatol Ther*. 2021;8:375–93.
- Leong PY, Huang JY, Chiou JY, Bai YC, Wei JCC. The prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus in Taiwan: A nationwide population-based study. *Sci Rep*. 2021;11:5631.
- Bae EH, Lim SY, Han KD, Jung JH, Choi HS, Kim HY, et al. Trend of prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus in South Korea, 2005 to 2015: A nationwide population-based study. *Korean J Intern Med*. 2020;35:652 [accessed 2024 Aug 29] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34921094/>.
- Zou YF, Feng CC, Zhu JM, Tao JH, Chen GM, Ye QL, et al. Prevalence of systemic lupus erythematosus and risk factors in rural areas of Anhui Province. *Rheumatol Int*. 2014;34:347–56 [consultado 29 Ago 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24264010/>.
- Zeng Q, Chen R, Darmawan J, Xiao Z, Chen S, Wigley R, et al. Rheumatic Diseases in China. *Arthritis Res Ther*. 2008;10:R17.
- Osio-Salido E, Manapat-Reyes H. Epidemiology of systemic lupus erythematosus in Asia. *Lupus*. 2010;19:1365–73.
- Segasothy M, Phillips PA. Systemic lupus erythematosus in Aborigines and Caucasians in central Australia: A comparative study. *Lupus*. 2001;10:439–44.
- Lao C, White D, Rabindranath K, Van Dantzig P, Foxall D, Aporosa A, et al. Incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus in New Zealand from the national administrative datasets. *Lupus*. 2023;32:1019–27 [consultado 29 Ago 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37268603/>.
- Izmirly PM, Parton H, Wang L, McCune WJ, Lim SS, Drenkard C, et al. Prevalence of Systemic Lupus Erythematosus in the United States: Estimates From a Meta-Analysis of the Centers for Disease Control and Prevention National Lupus Registries. *Arthritis Rheumatol*. 2021;73:991–6 [accessed 2024 Aug 29] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33474834/>.
- Durán S, Apte M, Alarcón GS, LUMINA Study Group. Poverty, not ethnicity, accounts for the differential mortality rates among lupus patients of various ethnic groups. *J Natl Med Assoc*. 2007;99:1196–8 [consultado 29 Ago 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17987925>.
- Feldman CH, Hiraki LT, Liu J, Fischer MA, Solomon DH, Alarcón GS, et al. Epidemiology and sociodemographics of systemic lupus erythematosus and lupus nephritis among US adults with Medicaid coverage, 2000–2004. *Arthritis Rheum*. 2013;65:753–63.
- Fatoye F, Gebrye T, Svenson LW. Real-world incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus in Alberta, Canada. *Rheumatol Int*. 2018;38:1721–6.
- Li S, Gong T, Peng Y, Nieman KM, Gilbertson DT. Prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus and associated outcomes in the 2009–2016 US Medicare population. *Lupus*. 2020;29:15–26.
- Alvarez-Nemegyei J, Peláez-Ballesteros I, Sanin LH, Cardiel MH, Ramírez-Angulo A, Goycochea-Robles MV. Prevalence of Musculoskeletal Pain and Rheumatic Diseases in the Southeastern Region of Mexico. A COPCORD-Based Community Survey. *J Rheumatol Suppl*. 2011;86:21–5.
- Peláez-Ballesteros I, Sanin LH, Moreno-Montoya J, Alvarez-Nemegyei J, Burgos-Vargas R, Garza-Elizondo M, et al. Grupo de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Músculo Articulares (GEEMA). Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol Suppl*. 2011;38 Suppl 86:3–6.
- Reyes-Llerena GA, Guibert-Toledano M, Penedo-Coello A, Pérez-Rodríguez A, Baez-Deñás RM, Charnicharo-Vidal R, et al. Community-Based Study to Estimate Prevalence and Burden of Illness of Rheumatic Diseases in Cuba: A COPCORD Study. *J Clin Rheumatol*. 2009;15:51–5.
- Guevara-Pacheco S, Feicán-Alvarado A, Sanin LH, Vintimilla-Ugalde J, Vintimilla-Moscoso F, Delgado-Pauta J, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in Cuenca Ecuador: A WHO-ILAR COPCORD study. *Rheumatol Int*. 2016;36:1195–204.
- Granados Y, Cedeño L, Rosillo C, Berbin S, Azocar M, Molina ME, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in an urban community in Monagas State Venezuela: A COPCORD study. *Clin Rheumatol*. 2015;34:871–7.
- 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*. 2019;28:1273–8.
- Palmezano Díaz JM, Figueroa Pineda CL, Rodríguez Amaya RM, Plazas-Rey LK. Prevalencia y caracterización de las enfermedades autoinmunitarias en pacientes mayores de 13 años en un hospital de Colombia. *Med Interna Méx*. 2018;34:522–35.
- Scolnik M, Marin J, Valeiras SM, Marchese MF, Talani AS, Avellaneda NL, et al. Incidence and prevalence of lupus in Buenos Aires Argentina: A 11-year health management organisation-based study. *Lupus Sci Med*. 2014;1, e000021.
- Quintana R, Silvestre AMR, Goñi M, García V, Mathern N, Jorfen M, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in the indigenous Qom population of Rosario Argentina. *Clin Rheumatol*. 2016;35 Suppl 1:5–14.
- Gonzalez Lucero L, Barbaglia AL, Bellomio VI, Bertolaccini MC, Machado Escobar MA, Sueldo HR, et al. Prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus in Tucumán, Argentina. *Lupus*. 2020;29:1815–20.
- Senna ER, de Barros ALP, Silva EO, Costa IF, Pereira LVB, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: A study using the COPCORD approach. *J Rheumatol*. 2004;31:594–7.
- Stojan G, Petri M. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: an update. *Curr Opin Rheumatol*. 2018;30:144–50.
- Al Dhanhani AM, Agarwal M, Othman YS, Bakoush O. Incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus among the native Arab population in UAE. *Lupus*. 2017;26:664–9.
- Housey M, DeGuire P, Lyon-Callo S, Wang L, Marder W, McCune WJ, et al. Incidence and Prevalence of Systemic Lupus Erythematosus Among Arab and Chaldean Americans in Southeastern Michigan: The Michigan Lupus Epidemiology and Surveillance Program. *Am J Public Health*. 2015;105:e74–9.
- Izmirly PM, Ferucci ED, Somers EC, Wang L, Lim SS, Drenkard C, et al. Incidence rates of systemic lupus erythematosus in the USA: Estimates from a meta-analysis of the Centers for Disease Control and Prevention national lupus registries. *Lupus Sci Med*. 2021;8 [consultado 29 Ago 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34921094/>.
- Pereira Vilar MJ, Sato EI. Estimating the incidence of systemic lupus erythematosus in a tropical region (Natal Brazil). *Lupus*. 2002;11:528–32.
- Scherlinger M, Mertz P, Sagez F, Meyer A, Felten R, Chatelus E, et al. Worldwide trends in all-cause mortality of auto-immune systemic diseases between 2001 and 2014. *Autoimmun Rev*. 2020;19, 102531.
- Lim SS, Helmick CG, Bao G, Hootman J, Bayakly R, Gordon C, et al. Racial Disparities in Mortality Associated with Systemic Lupus Erythematosus - Fulton and DeKalb Counties Georgia, 2002–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68:419–22 [consultado 29 Ago 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31071073/>.
- Gianfrancesco MA, Dall'Era M, Murphy LB, Helmick CG, Li J, Rush S, et al. Mortality Among Minority Populations with Systemic Lupus Erythematosus Including Asian and Hispanic/Latino Persons - California, 2007–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70:236–9.

41. Anastasiou C, Trupin L, Glidden DV, Li J, Gianfrancesco M, Shiboski S, et al. Mortality Among Hospitalized Individuals With Systemic Lupus Erythematosus in the US Between 2006 and 2016. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2021;73:1444–50.
42. Dhital R, Pandey RK, Poudel DR, Oladunjoye O, Paudel P, Karmacharya P. All-cause hospitalizations and mortality in systemic lupus erythematosus in the US: Results from a national inpatient database. *Rheumatol Int*. 2020;40:393–7 [consultado 29 Ago 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31773392/>
43. Falasinnu T, Chaichian Y, Simard JF. Impact of Sex on Systemic Lupus Erythematosus-Related Causes of Premature Mortality in the United States. *J Womens Health*. 2017;26:1214–21.
44. Souza DCC, Santo AH, Sato EI. Trends in systemic lupus erythematosus mortality rates in the state of Sao Paulo Brazil from 1985 to 2004. *Clin Exp Rheumatol*. 2010;28:519–24 [consultado 29 Ago 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20659407>
45. Costi LR, Iwamoto HM, de Oliveira Neves DC, Muñiz Caldas CA. Mortality from systemic erythematosus lupus in Brazil: Evaluation of causes according to the government health database [Article in English, Portuguese]. *Rev Bras Reumatol Engl Ed*. 2017;57:574–82.
46. Etchegaray-Morales I, Mendoza-Pinto C, Munguía-Realpozo P, Osorio-Peña ÁD, Ibañez-Ovando S, Pineda C, et al. Systemic lupus erythematosus, a leading cause of death in young Mexican females: A nationwide population-based study, 2000–2020. *Rheumatol Int*. 2022;42:1715–20.
47. Yen EY, Shaheen M, Woo JMP, Mercer N, Li N, McCurdy DK, et al. 46-Year Trends in Systemic Lupus Erythematosus Mortality in the United States, 1968 to 2013: A Nationwide Population-Based Study. *Ann Intern Med*. 2017;167:777–85 [consultado 29 Ago 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29086801/>