

Manifestaciones cutáneas en pacientes con enfermedades reumatológicas

Cutaneous manifestations in patients with rheumatic diseases

William Alejandro Bermúdez Marrero^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9134-08652>

Yordan Martín Pozo¹ <https://orcid.org/0009-0002-6812-2605>

Damarys Pérez Fleites¹ <https://orcid.org/0000-0001-6001-1041>

Witjal Manuel Bermúdez Marrero¹ <https://orcid.org/0000-0002-2323-7065>

Yanelis Vizcaino Luna¹ <https://orcid.org/0000-0001-6145-6560>

¹Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: williamabm4@gmail.com

RESUMEN:

Introducción: las enfermedades reumáticas tienen manifestaciones muy heterogéneas y un amplio rango de afectaciones sistémicas y cutáneas.

Objetivo: describir las manifestaciones cutáneas de pacientes con enfermedades reumatológicas.

Método: se realizó una investigación descriptiva transversal en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" durante enero de 2022 hasta octubre de 2024. Fueron estudiados 32 enfermos con diagnóstico de enfermedad reumatológica y manifestaciones cutáneas atendidos en la Consulta de Reumatología en el año 2023. Se utilizó en la obtención de los datos la observación a través del examen dermatológico y del análisis documental de los expedientes clínicos ambulatorios.

Resultados: prevaleció el sexo femenino (30, 93,8%) y fue más frecuente en edades iguales o superiores a 50 años (14, 43,8%). La mayoría de los pacientes (25, 78,1%) tenían lupus eritematoso sistémico, con una razón 11: 1 mujer: hombre; para este grupo se observó el eritema malar en el 64,0% y en las edades entre 25 y 29 años, alopecia no cicatricial y vasculitis cutánea (seis cada una) y las úlceras orales (tres).

Conclusiones: la mayoría de los pacientes en el estudio tenían lupus eritematoso sistémico, en los que predominó el sexo femenino, el incremento paulatino con la edad, la procedencia urbana y el eritema malar como manifestación cutánea.

Palabras clave: enfermedades reumatológicas; manifestaciones cutáneas; Lupus eritematoso sistémico

ABSTRACT:

Introduction: Rheumatic diseases have highly heterogeneous manifestations and a wide range of systemic and cutaneous involvement.

Objective: To describe the cutaneous manifestations of patients with rheumatic diseases.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted at the Arnaldo Milián Castro Clinical and Surgical University Hospital from January 2022 to October 2024. Thirty-two patients diagnosed with rheumatic diseases and cutaneous manifestations seen in the Rheumatology Clinic in 2023 were studied. Data were collected through observation through dermatological examination and documentary analysis of outpatient clinical records.

Results: The female sex predominated (30, 93.8%), and the incidence was more frequent in those aged 50 years or older (14, 43.8%). The majority of patients (25, 78.1%) had systemic lupus erythematosus, with a female-to-male ratio of 11:1. Malar erythema was observed in 64.0% of this group, and non-scarring alopecia and cutaneous vasculitis (six each) and oral ulcers (three) were observed in those aged 25 to 29 years.

Conclusions: The majority of patients in the study had systemic lupus erythematosus, with a predominance of females, a gradual increase with age, urban origin, and malar erythema as a cutaneous manifestation.

Key Words: rheumatic diseases; cutaneous manifestations; systemic lupus erythematosus

Recibido: 03/05/2025

Aprobado: 11/04/2025

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas tienen manifestaciones muy heterogéneas, con un amplio rango de afectación, sistémica, de la piel, de las mucosas, del cabello y de las uñas. Aunque muchos de estos hallazgos no son específicos, como la telangiectasia o la alopecia no cicatricial.⁽¹⁾

Los trastornos autoinmunitarios como el lupus eritematoso sistémico (LES) y la dermatomiositis pueden manifestarse con lesiones cutáneas ya sea al inicio de la enfermedad o durante su progresión. Ciertas afecciones reumatológicas como la fiebre reumática aguda o las formas oligoarticulares o poliarticulares pueden presentar afectación cutánea ocasional, con correlación fuerte de pronóstico desfavorable.⁽²⁾

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano y su función principal es ser barrera. La epidermis, o capa externa, desarrolla una intrincada disposición, es la superficial más madura y es resistente a la entrada de material extraño.⁽³⁾ Este órgano puede ser el sitio en el que se expresen enfermedades internas. Muchos lo han considerado el espejo de la salud, e incluso, de las emociones.

La piel está entre los órganos más accesibles del cuerpo humano. Como órgano visible permite un nivel de matiz observacional no ofrecido por otros órganos. La observación cuidadosa provee una habilidad de definir subgrupos de eventos biológicos naturales que tienen el potencial de revelar correlaciones genéticas, inmunológicas y moleculares que tienen importantes ramificaciones para la comprensión de la fisiología y la patología de la enfermedad.⁽⁴⁾

Es importante reconocer y discernir las lesiones cutáneas más comunes y los patrones encontrados en los pacientes con enfermedades reumáticas porque ellos proveen pistas del compromiso sistémico de la enfermedad. Debido a eso tener un entendimiento de las condiciones cutáneas asociadas con las enfermedades reumáticas asegura un diagnóstico y un manejo correctos.

En España una de cada cuatro personas mayores de 20 años padece alguna enfermedad reumática, lo que supone cerca de 11 millones de personas afectadas.⁽⁵⁾ En un estudio realizado en varios municipios de Qatar la prevalencia fue de 15,8%.⁽⁶⁾

La prevalencia global del LES se estima en 3,4 millones de personas⁽⁷⁾ y en el 75 al 85% de los enfermos aparecen lesiones cutáneas. En la piel los signos iniciales más frecuentes son eritema y placas eritematosas, en las mejillas y en el dorso de la nariz, en "alas de mariposa", pero pueden observarse en los antebrazos, las palmas, las articulaciones interfalángicas, las regiones periungueales y las plantas. El color del eritema varía de rosado a violáceo. También puede haber placas eritematoescamosas o de aspecto papular. Las úlceras son orales o del vestíbulo nasal, en general son indoloras y toman forma de afta y se relacionan con la actividad de la enfermedad. Hay diversas manifestaciones de vasculitis: petequias, manchas purpúricas, equimosis, livedo reticularis o zonas de necrosis en las extremidades inferiores y pápulas purpúricas en los codos, los dedos de las manos y los pies. Además, puede presentarse el fenómeno de Raynaud y alopecia difusa, no cicatrizal o en placas.⁽⁸⁾

La esclerodermia (ES) es rara y se presentan 2,6 a 12 casos por millón de habitantes.⁽⁹⁾ En la ES, según el grado de afectación cutánea, se distinguen dos subtipos clínicos principales: ES cutánea limitada y ES cutánea difusa. Cuando las lesiones cutáneas afectan a las partes distal y proximal de las extremidades, el tronco y la cara se considera que es esclerosis sistémica cutánea difusa, pero cuando la induración se

limita a las extremidades y la cara se considera que es esclerosis cutánea limitada.⁽¹⁰⁾ La dermatosis pasa por tres fases: edematosa, esclerosa y atrófica. En ese primer estadio la piel es dura y poco elástica; en el segundo es rígida y de color blanquecino o céreo. La borradura de pliegues y arrugas naturales genera la facies inexpresiva típica (amimia facial), con nariz pequeña y afilada, disminución de la abertura de la boca (microstomía), fruncimiento perioral (en “bolsa de tabaco o código de barras”) y aumento del grosor de la membrana dentoalveolar. Para el diagnóstico temprano es útil el signo del cuello (aparición de pliegues verticales engrosados con la extensión). Se presentan áreas de hiperpigmentación difusa y de leucodermia (“en sal y pimienta”), limitadas al tronco y las extremidades. En etapas tardías se observan múltiples telangiectasias en la cara y las extremidades; son típicas en el pliegue proximal de la uña y se aprecian mejor por capilaroscopia. En el 40 al 62% hay esclerodactilia, que ocasiona convexidad ungueal acentuada, úlceras e hiperqueratosis subungueales.⁽¹¹⁾ En cuanto a la dermatomiositis se señalan uno a seis casos por millón de habitantes.⁽¹²⁾ Puede manifestarse con el signo del heliotropo, que se caracteriza por el color rosa violáceo, está principalmente en los párpados y la piel periorbitaria, en ocasiones, con edema asociado. Es, en ocasiones, bastante sutil, solo con un leve eritema en los párpados, y puede aumentar y disminuir gradualmente en intensidad. Algunos pacientes presentan eritema facial o centrofacial más generalizado, que tiende a afectar a los pliegues nasolabiales.⁽¹³⁾

Está presente el signo de Gottron, que es un eritema violáceo macular confluyente, simétrico, con edema asociado o sin él, de las articulaciones metacarpofalángicas interfalángicas de manos, codos, rodillas y maléolos. Las pápulas de Gottron son poligonales, de color rosado a violáceo, de aspecto liquenoide, que cubren las caras dorsal y lateral de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas. Puede haber un eritema violáceo macular confluyente que cuando cubre el dorso de las manos y los dedos, los antebrazos, los brazos, los hombros y la parte posterior del cuello se denomina signo del Chal. Cuando está en el área en V de la parte anterior del cuello y superior del pecho se denomina signo en V y cuando se presenta en la cara lateral de los muslos se llama signo de las pistoleras. Pueden estar presentes telangiectasias periungueales, manos de mecánico (hiperqueratosis confluyente, bilateral y simétrica) y eritema flajelado (lesiones pruriginosas lineales eritematosas).⁽¹⁴⁾

La artritis reumatoide (AR) afecta del 0,5 al 1% de la población mundial total.⁽¹⁵⁾ El hallazgo dermatológico más común en la AR es el nódulo subcutáneo, que está presente en el 20% de los pacientes. Los nódulos reumatoides son papulonódulos duros, del color de la piel y semimóviles que aparecen en localizaciones periarticulares prominencias óseas y en zonas sometidas a presión o traumatismo. La nodulosis reumatoide acelerada se caracteriza por la aparición brusca de múltiples nódulos reumatoides que aparecen habitualmente tras el comienzo del tratamiento con metotrexato. La vasculitis reumatoide es inusual y suele ser una complicación tardía de la AR. Las lesiones de Bywaters comprenden las trombosis del lecho ungueal y las pápulas purpúricas, dolorosas, en las zonas distales de los dedos, especialmente la pulpa de los dedos. La dermatitis granulomatosa intersticial puede presentarse como placas eritematosas redondas u ovales localizadas en los flancos, las axilas, la cara interna de los muslos y el abdomen bajo. Ha sido descrito el “signo de la cuerda”, que son cuerdas lineales ligeramente rojas o del color de la piel que se extienden desde la espalda alta a la axila. Cuando las lesiones resuelven pueden dejar detrás hiperpigmentación y una apariencia ligeramente arrugada.⁽¹⁶⁾

En Cuba no existen estudios realizados para determinar la prevalencia general en el país de las enfermedades reumáticas. Pero si existen estudios que han determinado la prevalencia de algunas de estas enfermedades en hospitales provinciales y municipales. Se han realizado estudios para buscar causas del retraso en el diagnóstico de estas enfermedades.

En relación con lo expuesto se decidió realizar la investigación con el objetivo de describir las manifestaciones cutáneas de pacientes con enfermedades reumatológicas.

MÉTODO

Se realizó una investigación de desarrollo descriptiva transversal en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro” de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, en el Servicio de Dermatología en el período de enero de 2022 hasta octubre de 2024.

La población de estudio (32) estuvo conformada por todos los pacientes con enfermedad reumatológica y manifestaciones cutáneas atendidos en la Consulta de Dermatología del Hospital antes señalado en el año 2023.

Los métodos rectores de la investigación en la obtención de los datos fueron el análisis documental de las historias clínicas (fuente secundaria de obtención de datos) y la observación durante el examen físico dermatológico.

Se definieron las variables:

- Grupo etario: edad en años cumplidos al inicio de la investigación.
- Sexo: fenotipo biológico de nacimiento que cataloga a un sujeto como masculino o femenino.
- Procedencia: según el lugar de residencia, rural o urbana.
- Manifestaciones cutáneas: se definen como las alteraciones o lesiones de la piel y sus anejos observadas durante el examen físico dermatológico.

Los datos fueron recolectados en una planilla creada para la investigación e incorporados a un fichero de Microsoft Excel, se tabularon y se presentaron en figuras estadísticas. Los resultados fueron descritos utilizando frecuencias absolutas y relativas.

Para la realización de la investigación se solicitó autorización al Comité Académico de la Especialidad de Dermatología, al Consejo Científico y al Comité de Ética. Los procedimientos fueron realizados con apego a las normas y a los principios éticos expuestos en el Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Fueron atendidos en la Consulta de Dermatología 32 pacientes con enfermedades reumatológicas y manifestaciones cutáneas. Prevalció el sexo femenino (30, 93,8%) y fue más frecuente en edades iguales o superiores a 50 años (14, 43,8%) Estos resultados se reflejan en la Figura 1.

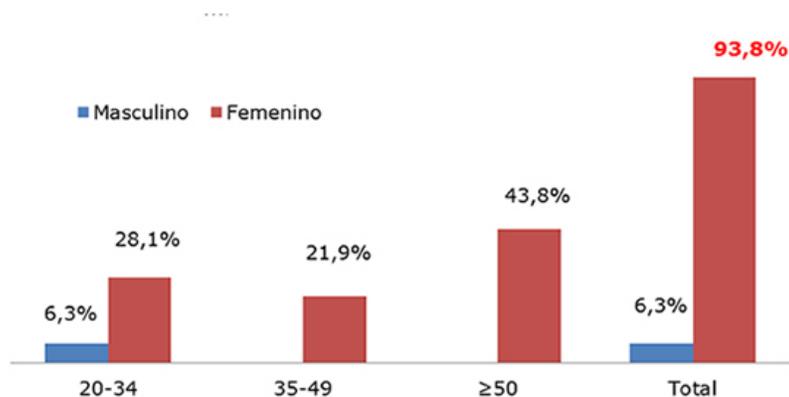


Fig. 1. Pacientes con enfermedad reumatológica y manifestaciones cutáneas atendidos
Fuente: expediente clínico

El lupus eritematoso sistémico fue la enfermedad reumatológica que motivó mayor frecuencia de consulta por manifestaciones cutáneas (25, 78,1%), resultado que se muestra en la Tabla 2. Predominó el sexo femenino, con una razón mujeres: hombres de 11.5:1. Para este grupo se identificaron solo seis en edades entre 25 y 29 años (menos de un cuarto) y 16 de procedencia urbana (64,0%).

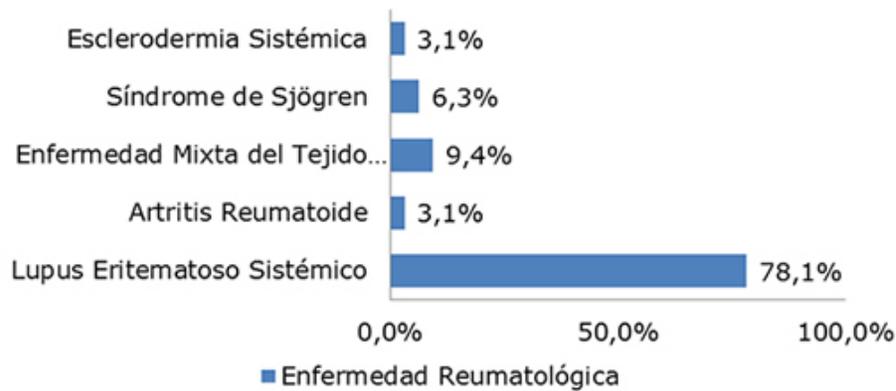


Fig.2. Enfermedades reumatológicas de los pacientes

Fuente: expediente clínico

El eritema malar fue la manifestación cutánea más frecuente (este dato aparece en la Tabla 1). En los pacientes con lupus eritematoso sistémico predominaron, en el grupo etario de 25 a 29 años, la alopecia no cicatricial y la vasculitis cutánea en seis cada una y las úlceras orales (tres).

Tabla 1. Manifestaciones cutáneas de pacientes con lupus eritematoso sistémico

Manifestaciones cutáneas del LES	Frecuencia absoluta	Por ciento
Eritema malar	16	64,0
Alopecia no cicatricial	7	28,0
Úlceras orales	5	20,0
Vasculitis cutánea	7	28,0
Necrólisis tóxica epidérmica	1	4,0
Lupus eritematoso discoide	1	4,0

Por ciento calculado respecto al total de pacientes con lupus eritematoso sistémico n=25

Fuente: expediente clínico.

DISCUSIÓN

Las enfermedades reumáticas en general y en concreto las enfermedades autoinmunes sistémicas son más frecuentes en las mujeres, en una proporción de diez mujeres *versus* un hombre.⁽⁵⁾

Las razones de este resultado son multifactoriales y algunas de las que explican esta diferencia entre ambos sexos son las genéticas, las ambientales y la influencia de hormonas como los estrógenos y la prolactina.

El grupo etario que predominó en los pacientes con enfermedades reumatológicas concuerda con el de otro trabajo que refiere un aumento progresivo de los diagnósticos con la edad y que la máxima es en el grupo de 55 a 75 años.⁽¹⁷⁾

Dentro de las enfermedades reumáticas las autoinmunes son las que con mayor frecuencia cursan con manifestaciones cutáneas, dentro de estas, el lupus eritematoso sistémico.⁽¹⁸⁾

Los resultados coinciden con la anterior afirmación, y si se tiene en cuenta que la mayoría fueron enfermos con LES, entonces es de esperar variabilidad de manifestaciones cutáneas debido a que son los que con más frecuencia cursan con lesiones en la piel.

El sexo, que predominó en los pacientes con enfermedades reumáticas y con manifestaciones cutáneas del LES, coincide con la literatura, en una relación hombre mujer de 9:1.^(19,20) La elevada incidencia de LES en el sexo femenino sugiere que las hormonas sexuales juegan un papel etiopatogénico importante, que modula la expresión de autoinmunidad.

El grupo etario más longevo en el que predominan los pacientes con manifestaciones cutáneas con LES es el de 40 a 49 años.^(20,21)

La mayoría de los estudios encontraron una frecuencia en aumento del enfermo con LES a partir de los 30 años. Las manifestaciones cutáneas del grupo etario del estudio, entre 25 y 29 años, puede deberse a que en esta población hay una mayor actividad de la enfermedad.

Respecto a la procedencia más común esta serie coincide con un estudio en pacientes hospitalizados realizado en China en el que encontraron que de las 491 225 personas diagnosticadas con LES el 63,59% procedían de áreas urbanas.⁽²²⁾

Las partículas emanadas a través de la exhaustiva polución de vehículos han sido asociadas con cambios inflamatorios y con enfermedades autoinmunes.⁽²³⁾ Por lo que la contaminación del aire podría estar asociada con el desarrollo de enfermedades reumáticas sistémicas, incluido el LES. El número más elevado de vehículos automotores que tienen las áreas urbanas en comparación con las rurales podría dar explicación al resultado de este estudio.

La manifestación más frecuente presentada por los pacientes con LES fue el eritema malar y la literatura describe que afecta al 51% de los pacientes.⁽¹⁹⁾ Un resultado similar fue encontrado por un estudio realizado en Cuba.⁽²⁰⁾ En cuanto a la alopecia no cicatricial, las úlceras orales y la vasculitis cutánea se informa están presentes en el 40%, el 31% y del 22 al 35% de los pacientes con LES, respectivamente.^(8,19)

La cantidad de pacientes que presentaron lesiones de lupus eritematoso discoide es muy inferior a la expuesta en la literatura básica, la que menciona que el 25% de las personas con LES presentan esta manifestación cutánea.⁽¹⁹⁾ En cuanto a la necrólisis epidérmica tóxica (NET), es una manifestación rara,⁽¹⁶⁾ por lo que se considera un hallazgo de este estudio.

En una revisión sistemática y un metaanálisis sobre la prevalencia de las lesiones mucosas orales en pacientes con LES que abarcó un total de 113 estudios y 53 307 pacientes, se obtuvo que las úlceras orales ocupan el 26% de los con inicio de la enfermedad en la adultez.⁽²⁴⁾

Las lesiones orales pueden ser el síntoma inicial del LES. En la etapa activa las úlceras de mucosas se pueden identificar con mayor frecuencia, después disminuyen con la remisión. Es probable que en el grupo etario de entre 25 y 29 sean detectables debido a la elevada actividad de la enfermedad.

Un estudio evidenció que la residencia rural estuvo asociada con altos niveles de actividad de la enfermedad.⁽²⁵⁾ La alopecia no cicatricial y la vasculitis predominaron en los pacientes de áreas urbanas (se asumieron los criterios para la actividad de la enfermedad del Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000 -SLEDAI-2K-).⁽²⁶⁾

Las manifestaciones cutáneas son debilitantes sintomatológica y funcionalmente y de impacto psicológico. Pueden causar en pacientes con enfermedades reumáticas discapacidad, por lo que requieren atención diferenciada por parte del médico. Además, juegan un papel importante en la determinación de la efectividad del tratamiento.

Las lesiones cutáneas a menudo aparecen temprano en el proceso de la enfermedad, lo que permite un diagnóstico oportuno antes del inicio de los síntomas sistémicos. La detección anticipada posibilita el inicio del tratamiento, lo que ayuda a disminuir el riesgo de complicaciones graves.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes en el estudio tenían lupus eritematoso sistémico y predominaron el sexo femenino, el incremento paulatino de la edad, la procedencia urbana y el eritema malar como manifestaciones cutáneas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Temiz SA, Aslan S, Dursun R. Skin manifestations of rheumatological diseases. *Reumatol Q* [Internet]. 2023 [citado 03/09/2024]; 1(4): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://qrheumatol.com/articles/skin-manifestations-of-rheumatological-diseases/> <https://doi.org/10.4274/qrheumatol.galenos.2023.08370>
2. Di Ludovico A, Rinaldi M, Lauriola F, Ciarelli F, La Bella S, Gualdi G, et al. The diagnostic role of skin manifestations in Rheumatic diseases in children: a creitical review of pediatric vasculitis. *Int J Mol Sci*

- [Internet]. 2024 [citado 18/10/2024]; 25(13): [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39000430/> <https://doi.org/10.3390/ijms25137323>
3. McGrath JA, Uitto J. Structure and Function of the Skin. En: Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D. Rook's Textbook of Dermatology. 9ed. [Internet]. United Kingdom: Wiley Blackwell; 2016 [citado 18/10/2024]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781119709268> <https://doi.org/10.1002/9781119709268>
4. Sontheimer DE, Connolly MK, Fiorentino DF, Werth VP. Why rheumatologic skin disease. Ann Transl Med [Internet]. 2021 [citado 10/04/2023]; 9(5): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://atm.amegroups.com/article/view/62514/html>
5. Sociedad Española de Reumatología. El 4% de la población padece una enfermedad autoinmune sistémica y el 75% de afectados son mujeres [Internet]. España: Sociedad Española de Reumatología; 2024 [citado 18/10/2024]. Disponible en: <https://www.ser.es/el-4-de-la-población-padece-una-enfermedad-autoinmune-sistemica-y-el-75-de-afectados-son-mujeres/>
6. Aldeen SH, Alsaed O, Hammoudeh M, Lutf A, Razzakh PA, Ziyada A, et al. Epidemiology of musculoskeletal complaints and diseases in Qatar: A cross-sectional study. Qatar Med J [Internet]. 2020 [citado 10/04/2023]; (2): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7684551/> <https://doi.org/10.5339/qmj.2020.29>
7. Tian J, Zhang D, Yao X, Xu Y, Yaqing H, Quianjin L. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comprehensive systemic analysis and modelling study. Ann Rheum Dis [Internet]. 2023 [citado 18/10/2024]; 82: [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://ard.bmj.com/content/82/3/351>
8. Arenas-Guzmán R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. Lupus eritematoso sistémico. 7^{ma} ed. Ciudad de México: McGRAW-HILL; 2019, p. 172-177.
9. Arenas-Guzmán R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. Esclerosis sistémica progresiva. 7ed. Ciudad de México: McGRAW-HILL; 2019, p. 194-199.
10. Connolly MK. Esclerosis sistémica (esclerodermia) y trastornos relacionados. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatología. 4^{ta} ed. Elsevier: Amsterdam; 2018. Disponible en: <https://shop.elsevier.com/books/dermatologia/bologna/978-84-9113-365-0>
11. Arenas-Guzmán R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. Esclerosis sistémica progresiva. 7ed. Ciudad de México: McGRAW-HILL; 2019, p. 194.
12. Arenas-Guzmán R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. Dermatomiositis. 7^{ma} ed. Ciudad de México: McGRAW-HILL; 2019. p. 182.
13. Jorizzo JL. Dermatomiositis. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatología. 4^{ta} ed. Amsterdam: Elsevier; 2018.
14. Lewis M, Fiorentino D. Dermatomyositis. En: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al. Fitzpatrick's Dermatology. 9^{na} ed. Ohio: McGraw Hill; 2019, p. 1061-1078.
15. Firestein GS. Etiología y patogenia de la artritis reumatoide. En: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR. Tratado de Reumatología. 10ed. Amsterdam: Elsevier; 2017, p. 1115.
16. James WB, Elston DM, Treat JR, Rosembach MA, Neuhaus IM. Andrew's Diseases of the skin. Clinical Dermatology. 20ed. Amsterdam: Elsevier; 2020, p. 157-166.
17. Larrosa Padró M, Inoriza JM, Valls García R, Armengol Pérez E, Nolla JM, Coderch de Lassaletta J, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Baix Empordá. Reumatol Clin (Engl Ed) [Internet]. 2022 [citado 10/04/2023]; 18(9): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35523639/> <https://doi.10.1016/j.reumae.2021.07.007>
18. Sociedad Asturiana de Reumatología. Enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas [Internet]. España: Sociedad Asturiana de Reumatología; c2017 [citado 18/10/2024]. Disponible en: [https://sare.org.es/enfermedades-reumaticas-autoinmunes-sistemicas/#:~:text=LUPUS%20ERITEMATOSO%20SIST%C3%89MICO%20\(LES\),Es%20la%ERAS%20m%C3%A1s%20frecuente](https://sare.org.es/enfermedades-reumaticas-autoinmunes-sistemicas/#:~:text=LUPUS%20ERITEMATOSO%20SIST%C3%89MICO%20(LES),Es%20la%ERAS%20m%C3%A1s%20frecuente)
19. Goodfield M, Dutz J, McCourt C. Lupus Erythematosus. En: Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D. Rook's Textbook of Dermatology. 9th ed. United Kingdom: Wiley Blackwell; 2016, p. 51.1-51.39.

20. Bermúdez Garcell AJ, Serrano Gámez NB, Teruel Ginés R, Leyva Montero MD. Manifestaciones dermatológicas en pacientes con lupus eritematoso sistémico, estudio de 5 años. Rev Cubana med Milit [Internet]. 2023 [citado 03/09/2024]; 52(3): e02302561. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2561>
21. Mucong L, Chaiquan L, Mengzhuo C, Ke L, Chanyuan W, Jinxi W, et al. Incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus in urban China, 2013-2017: A nationwide population-based study. Sci Bull [Internet]. 2024 [citado 29/10/2024]; 69(19): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39174401/> <https://doi.org/10.1016/j.scib.2024.04.075>
22. Tan Y, Yu F, Long J, Gan L, Wang H, Zhang L. Frequency of Systemic Lupus erythematosus was decreasing among hospitalized patients from 2013 to 2017 in a National database in China. Front Med [Internet]. 2021 [citado 10/04/2023]; 8: [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8056078/> <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.648727>
23. Tang KT, Tsuang BJ, Ku KC, Chen YH, Lin CH, Chen DY. Relationship between exposure to air pollutants and development of systemic autoimmune rheumatic diseases: a nationwide population-based case-control study. Ann Rheum Dis [Internet]. 2019 [citado 10/04/2023]; 78(9): [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967397/> <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215230>
24. Du F, Qian W, Zhang X, Zhang L, Shang J. Prevalence of oral mucosal lesions in patients with systemic lupus erythematosus: a systemic review and meta-analysis. BMC oral Health [Internet]. 2023 [citado 03/09/2024]; 23(1): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38129844/> <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03783-5>
25. Pons-Estel GJ, Saurit V, Alarcón GS, Hachuel L, Boggio G, Wojdyla D, et al. The impact of rural residency on the expression and outcome of systemic lupus erythematosus: data from a multiethnic Latin American cohort. Lupus [Internet]. 2012 [citado 03/09/2024]; 21(13): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3758687/> <https://doi.org/10.1177/0961203312458465>
26. Koichiro O. Which is the best SLE activity index for clinical trials? Mod Rheumatol [Internet]. 2021 [citado 03/09/2024]; 31(1): [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32475188/> <https://doi.org/10.1080/14397595.2020.1775928>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORES:

WABM: Conceptualización

WABM, YMP: Curación de datos

WABM, YMP, DPF, WBBM, YVL: Análisis formal, investigación, metodología

WABM, YMP: Redacción – borrador original

WABM: Redacción – revisión y edición