

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH"  
CAMAGÜEY

**Características clínicas del lupus eritematoso sistémico (LES).  
Informe de 22 casos**

Por los Dres.:

XIOMARA FERNANDEZ MAYO\* RAFAEL PILA PEREZ\*\*  
EDUARDO A. GONZALEZ GARRIDO\*\*\* ARTURO DE LA HERRAN HERRERA\*\*\*\*

Fernández Mayo, X. y otros. *Características clínicas del In/ms eritematoso sistémico (LES). Informe de 22 casos.* Rev Cub Med (Supl.) 21: 1, 1982.

Se presenta el estudio de 22 pacientes a quienes se les diagnosticó LES en el período comprendido de 1973 a 1978 en el hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", de Camagüey. El LES fue predominante en pacientes de sexo femenino, jóvenes y de la raza blanca. Las manifestaciones clínicas fueron múltiples y variadas.

El vespertilio y la alopecia fueron las principales alteraciones dermatológicas; mientras que la disnea y las neumopatías, así como los signos de insuficiencia cardíaca y de hipertensión arterial fueron las principales alteraciones respiratorias y cardiovasculares. La dispepsia, constipación y el síndrome ulceroso, predominaron entre las afecciones digestivas. La anemia representó el 95,5% entre las afecciones hemáticas. La urosepsis, la disuria y la polaquiuria se encontraron en nuestra serie como las principales manifestaciones genitourinarias. Los medicamentos empleados con mayor frecuencia fueron los antibióticos, los esteroides y los antipalúdicos; y con menor cuantía los inmunosupresores. Se revisa la literatura médica al respecto, y se comparan nuestros resultados con los de otros autores.

\* Especialista de I grado en medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel A. Domenech". Camagüey.

\*\* Especialista de I grado en medicina interna. Jefe de la sala de terapia intermedia. Hospital provincial docente "Manuel A. Domenech". Camagüey.

Residente de II año de medicina interna. Hospital provincial docente Manuel A. Domenech". Camagüey.

Especialista de I grado en medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel A. Domenech". Instructor de medicina interna de la Universidad de Camagüey.

## INTRODUCCION

El lupus eritematoso sistémico (LES) no es una enfermedad rara, su frecuencia real se ha considerado casi igual a la de los linfomas<sup>1</sup>.

Algunos autores insisten en que el aumento de su incidencia en los últimos años, se debe al empleo de quimioterápicos, tales como: las sulfamidas, antibióticos y otros medicamentos como la hidantoína y la hidralacina<sup>2,3</sup>.

El LES es una enfermedad de causa desconocida, en la que la alteración principal parece ser una reactividad inmunológica alterada. Afecta cualquier órgano o sistema, solo o en combinación. Con frecuencia, el LES es intermitente, con períodos de remisión de muchos años<sup>1-4</sup>.

El objetivo de nuestro trabajo es poner de manifiesto las características clínicas del LES en nuestro medio, así como su incidencia.

## MATERIAL Y METODO

Se revisaron 22 expedientes clínicos correspondientes a pacientes con el diagnóstico de LES en el período comprendido de 1973 a 1978, ambos años inclusive. El diagnóstico se fundamentó en el cuadro clínico, exámenes de laboratorio, radiográficos e histopatológicos. De estos expedientes clínicos hemos hecho un estudio de: la edad, sexo, raza, manifestaciones generales, en la piel, respiratorias, cardiovasculares, digestivas, flemáticas, genitourinarias, en el sistema nervioso y psiquiátricas.

En nuestro trabajo hacemos también referencia a la terapéutica establecida por nosotros.

## RESULTADOS

### Edad

La mayor incidencia de nuestros casos la encontramos en pacientes del grupo comprendido entre los 30 y 39 años de edad, con 8 casos (36,4%); seguido por el grupo de edades de 20 a 29 años con 4 casos (18,2%). Llama la atención que 5 pacientes de nuestra serie tenían una edad superior a 50 años (cuadro I).

De nuestros 22 pacientes, 19 (86,4%) pertenecían al sexo femenino y solamente 3 (13,6%) al masculino. En cuanto a la raza, 17 (77,3%) correspondieron a la blanca y 5 (22,7%) a la negra.

### Manifestaciones generales

El síntoma más frecuentemente hallado fue la astenia, encontrada en 20 pacientes (90,9%); seguida en orden de incidencia por el dolor articular en 19 enfermos (86,4%), y la fiebre en 18 (81,8%). Los signos que predominaron en nuestra muestra fueron la pérdida de peso en 19 (86,4%); los edemas en 16 (72,7%); y la artritis en 10 pacientes (45,5%) (cuadro II).

CUADRO I LUPUS FRITEMATOSO

SISTEMICO		
GRUPOS DE EDAD (EN AÑOS)	No. DE CASOS	%
10 - 19	2	9,1
20 - 29	4	18,2
30 - 39	8	36,4
40 - 49	3	13,6
50 - 59	2	9,1
f)0 - 69	3	13,6
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>1(10</b>

Cuente; Expedientes clínicos.

CUADRO II

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

MANIFESTACIONES GENERALES No. DE CASOS /

SINTOMAS

Astenia	20	90,9
Artralgias	19	86,4
Fiebre	18	81,8
Cefaleas	14	63,6
Debilidad muscular	10	45,5

SIGNOS

Pérdida de peso	19	86,4
Edemas	16	72,7
Artritis	10	45,5

Cuente: Expedientes clínicos.

Manifestaciones «n\_ja piel

El vespertilio, la alopecia y las lesiones en el tronco, cada una de estas taciones, la encontramos en 10 pacientes, respectivamente (45.5/J. Las lesiones

CUADRO III

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO			
MANIFESTACIONES EN LA	PIEL	No. DE CASOS	%
Vespertilio		10	45,5
Alopecia		10	45,5
Lesiones en el tronco		10	45,5
Lesiones generalizadas		8	36,4
Lesiones en los pies		7	31,8
Lesiones en cuero cabelludo		5	22,7
Lesiones en las manos		4	18,2
Lesiones en la boca		4	18,2
Prurito		3	13,6
Piel acantonada		1	4,5

Fuente: Expedientes clínicos.

CUADRO IV

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO			
MANIFESTACIONES			
RESPIRATORIAS	No.	DE CASOS	%
Disnea		11	50,0
Neumopatías		9	40,9
Tos		7	31,8
Expectoración		5	22,7
Pleuresías		4	18,2
Hemoptisis		3	13,6
Epistaxis		3	13,6
Neumotorax		1	4,5

Fuente: Expedientes clínicos.

la piel, generalizadas, ocuparon el segundo lugar con 8 pacientes (36,4%); y las lesiones en los pies las encontramos en 7 de nuestros pacientes (31,8%) (cuadro III).

#### Manifestaciones respiratorias

Entre las manifestaciones respiratorias, la disnea, irfoidada en 11 enfermos, (50,07) predominó, seguida por las neumopatías inflamatorias en 9 (40,9%), y la tos en 7 (31,8%), respectivamente (cuadro IV).

#### Manifestaciones cardiovasculares

Los signos de insuficiencia cardíaca fueron los (lue mayormente se encontraron, ya que fueron 8 pacientes (36,4%), y en segundo lugar la hipertensión arterial con 6 (27,3%). Otras manifestaciones cardiovasculares de importancia fueron las arritmias y las cardiopatías (cuadro V).

#### Manifestaciones digestivas

En 11 pacientes (50,0%) se informó la dispepsia como la manifestación digestiva más frecuente en 9 (40,9%); la constipación y las diarreas y el síndrome ulceroso en 8 pacientes (36,4%), cada una respectivamente (cuadro VI).

#### Manifestaciones hemáticas

La anemia la presentaron 21 pacientes (95,5%); la eosinofilia 9 (40,9%); y la leucopenia 8 (36,4%). Llamó la atención que 16 enfermos de nuestra casuística te-

### CUADRO V

#### MANIFESTACIONES CLINICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES No.	DE CASOS	%
Signos de insuficiencia cardíaca	8	36,4
Hipertensión arterial	6	27,3
Arritmias	5	22,7
Cardiopatía (valvular o miocárdica)	4	18,2
Pericarditis	2	9,1
Insuficiencia coronaria	2	9,1
Enfermedad de Raynaud	2	9,1
Endocarditis	1	4,5

fuelle: Kxpeditentes clínicos.

CUADRO VI

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL LUPUS  
ERITEMATOSO SISTEMICO

MANIFESTACIONES DIGESTIVAS	No. DE CASOS	%
Dispepsia	11	50,0
Constipación	9	40,9
Diarreas	8	36,4
Síndrome ulceroso	8	36,4
Vómitos	5	22,7
Hepatomegalia	4	18,2
1 lematemesis	3	13,6
Hemorroides	3	13,6
Litiasis vesicular	2	9,1
Disfagia	2	9,1
Hepatopatía crónica	2	9,1
Hepatopatía aguda	1	4,5
Melena	1	4,5
Enterorragia	1	4,5
Oclusión intestinal	1	4,5
Cólico hepático	1	4,5

1 niño: «t xpeilicntcs clínico».

nían adenopatías, y fueron las cervicalns en 9 enfermos (40,9%), las ile mayor incidencia (cuadro VII).

Manifestaciones genitourinarias

En 15 enfermos (68,2%) te encontró urosepsis, seguida por la disuria en 12 (54,5%). Otras manifestaciones genitourinarias que incidieron notablemente en en nuestra serie fueron la polaquiuria, que se detectó en 8 enfermos (36,4%) y la hematuria, hallada en 7 (31,87.) (cuadro VIII).

Manifestaciones en el sistema nervioso y psiquiátricas

Las alteraciones «psíquica» predominaron, ya que hubo en 8 enfermo\* (36,4%); mientras que las convulsiones y las alteraciones oftálmicas se informaron en 5 pacientes, respectivamente (22,7%) (cuadro IX).

CUADRO VII  
MANIFESTACIONES CLINICAS DEL LUPUS  
ERITEMATOSO SISTEMICO

MANIFESTACIONES HEMATICAS Y LINFATICAS	No. DE CASOS	%
Anemia	21	95,5
Adenopatías	16	72,7
Eosinofilia	9	40,9
Leucopenia	8	36,4
Púrpura	7	31,8
Leucocitosis	6	27,3
Sangramientos	5	22,7
Esplenomegalia	4	18,2
Trombopenia	4	18,2
Aplasia medular	1	4,5

Fuente: Expedientes clínicos

CUADRO VIII  
MANIFESTACIONES CLINICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

MANIFESTACIONES GENITOURINARIAS	No. DE CASOS	% *
Urosepsis	15	68,2
Disuria	12	54,5
Hematuria	7	31,8
Polaquiuria	5	22,7
Proteinuria	5	22,7
Oligoanuria	5	22,7

Fuente: Expedientes clínicos.

CUADRO IX  
MANIFESTACIONES CLINICAS DEL LUPUS  
ERITEMATOSO SISTEMICO

MANIFESTACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO Y PSIQUIATRICAS	No. DE CASOS	%
Alteraciones psíquicas	8	36,4
Convulsiones	5	22,7
Alteraciones oftalmológicas	5	22,7
Fondo de ojo normal	11	50,0
Fondo de ojo anormal	2	9,1
Accidentes vasculares encefálicos	2	9,1

Tratamiento

Los antibióticos se utilizaron en 18 pacientes (81,8%) y los esferoides fueron administrados a 17 de nuestros enfermos (77,3%). Otros medicamentos empleados con frecuencia fueron los antipalúdicos, en 8 pacientes (36,4%), los antiulcerosos y las hormonas en 4 pacientes, respectivamente (18,2%). Otros fármacos como la vitamina E, los antianémicos, los anticonvulsivantes, etc., también fueron utilizados en nuestra serie. Las drogas inmunosupresoras se utilizaron en 3 enfermos (13,6%), y fue la azathioprina el medicamento escogido para este proceder terapéutico.

DISCUSION

El LES se informa cada vez con mayor frecuencia, debido en gran parte al perfeccionamiento de nuestros métodos diagnósticos<sup>51</sup>. Nosotros en 5 años encontramos 22 casos; mientras que el profesor *San Martín*<sup>1</sup>, entre los años 1961 a 1963 informa 29 casos; y el profesor *Agustín Pedro Pons*<sup>5</sup>, 31, entre los años 1954 a 1964.

En la casuística que presentamos, el grupo de edades que prevaleció fue el comprendido entre los 30 y 39 años, lo cual señala la predilección de esta enfermedad por adultos jóvenes<sup>13</sup>, lo que concuerda con los hallazgos de otros autores<sup>\*r.1</sup>.

Se han descrito casos en niños y en edades avanzadas de la vida<sup>3</sup>. Nosotros encontramos 5 pacientes por encima de los 50 años y *Pedro Pons*<sup>5</sup> informó 6 de sus 31 enfermos con edades superiores de 60 años.

El LES tiene alta frecuencia en el sexo femenino, lo que pudimos evidenciar en nuestra casuística donde encontramos 19 casos (86,4%). *Sm Martín*<sup>1</sup>, en su mues



tra de 29 enfermos, informa que 26 de los mismos corresponden al sexo femenino, y *Pedro Pons*<sup>5</sup>, en 31 pacientes, encuentra 25.

En cuanto a la raza, hallamos 17 de la blanca y 5 de la negra; mientras que *San Martín* encontró 18 de la blanca y 11 de la negra. Otros autores como *Villamil* y *Mancini* señalan que los sujetos de la raza negra son menos propensos que los de la blanca a adquirir la enfermedad; aunque esta inmunidad dista mucho de ser absoluta, esta opinión es compartida por *Dubois*<sup>3</sup>.

*San Martín*<sup>7</sup> informa que la fiebre estuvo presente en el 100% de sus enfermos; la astenia en el 76% y la pérdida de peso en el 62%; sin embargo, nosotros encontramos fiebre en 18 pacientes, lo que representó el 81,8% de la muestra; pérdida de peso en 19 para el 86,4% y astenia en 20 para el 90,9%. Fue significativo en nuestra serie la alta incidencia del dolor articular hallado en 19 pacientes, y los edemas en 16, lo que representó el 86,4% y el 72,7%, respectivamente de la casuística que estudiamos. *Pedro Pons*<sup>5</sup> señala estos signos y síntomas en proporciones muy semejantes, y refiere que la fiebre a veces fue elevada y remitente, como ocurre en la fiebre tifoidea; en ocasiones la fiebre del LES es intermitente y precedida de escalofríos. La astenia y la anorexia preceden o acompañan a los brotes agudos de la afección<sup>9</sup>.

Las lesiones dérmicas del LES varían según se consideren sus características, agudas, subagudas y crónicas<sup>10</sup>. Todas las lesiones elementales dérmicas pueden observarse en el transcurso de esta entidad<sup>11</sup>. Las lesiones cutáneas de distintos tipos se observaron en 27 (93%) de los pacientes de *San Martín*, y solamente 2 de sus enfermos evolucionaron sin manifestaciones en la piel. Nuestra incidencia en este sentido, es alta, pues en el 100% de nuestra serie se presentan estas alteraciones. Llama la atención que autores como *Pedro Pons*<sup>5</sup> y *San Martín*<sup>1</sup> señalan que el vespertilio se observa en el 80% y en el 70%, respectivamente, de los pacientes estudiados por ellos. En nuestra serie sólo encontramos 10 pacientes con este signo, lo que representa el 45,5% de la muestra estudiada; y *Tuffanelli*<sup>13</sup> solamente informa una incidencia del 27% de sus casos con esta manifestación. La alopecia constituyó otra lesión frecuente, la hallamos en 10 enfermos, para el 45,5%; otros autores<sup>7</sup> la informan el 59% de sus pacientes.

Las manifestaciones respiratorias pueden ser ocasionadas por complicaciones bacterianas o tuberculosas, adoptando formas neumónicas o bronconeumónicas, pero existen lesiones de causa lúpica que dan lugar a una neumopatía intersticial, cuya naturaleza originaria se deduce del hallazgo de células LE en el exudado alveolar<sup>14</sup>. Los síntomas y signos respiratorios que encontramos con mayor frecuencia fueron la disnea en 11 pacientes, para el 50%; y la neumopatía inflamatoria en 9, para el 40% de nuestra casuística. Resulta llamativo que la pleura se afectó sólo en 4 de los enfermos, lo que representó el 18,2%; *Pedro Pons*<sup>1</sup> señala afectación pleural en 13 pacientes, y *San Martín* en el 22% de sus enfermos.

En el desarrollo del LES el corazón se afecta con frecuencia, sin embargo, su reconocimiento depende de estudios anatómopatológicos generalmente, ya que su expresión clínica resulta muy pobre, tanto es así que la insuficiencia cardíaca no

forma parte del cuadro habitual de la misma, y cuando aparece, lo hace en etapas tardías, como ocurrió en nuestros 8 pacientes, que mostró el 36,4% de incidencia en nuestro estudio. La insuficiencia cardíaca en el LES se atribuye a la hipertensión nefrótica, retención hidrosalina y a otras causas<sup>15</sup>. *San Martín* informa insuficiencia cardíaca en el 7% de sus enfermos. En estudios anatomopatológicos de 10 pacientes de nuestra casuística, la endocarditis fue encontrada en 1. En 6 enfermos hallamos hipertensión arterial, para el 27,3%, lo que se corresponde con los resultados de otros autores<sup>7</sup>; ésta se establece como fenómeno secundario a la nefropatía o a la administración de esteroides<sup>16>17</sup>. *Bridgen y Bywater*<sup>18</sup> señalan la hipertensión en el 44% en sus trabajos, mientras que *Harvey*<sup>2</sup>, solamente la informa en el 14%.

Las manifestaciones digestivas se producen con gran frecuencia como resultado de las lesiones de las paredes vasculares, trombosis y ulceración de la mucosa del tracto gastrointestinal<sup>13</sup>. *San Martín*<sup>1</sup> indica que el 71% de sus enfermos manifestaron alteraciones digestivas; *Bunim y Black*<sup>19</sup> las informan en el 31%; y *Pedro Pons*<sup>5</sup> sólo las señala en el 10% de sus pacientes. *Mortensen y Gomensen*<sup>20</sup> muestran 7 peritonitis en fallecidos autopsiados; nosotros la encontramos en 5 de las 10 necropsias realizadas; también hallamos afectado el estómago en 4, y lesión del esófago en 2. La hepatomegalia la mostraron 7 de nuestros enfermos, lo que constituyó el 38,9% en nuestro estudio. Otros autores<sup>7</sup> ofrecen resultados análogos e indican que en 29 enfermos encontraron que 11 presentaban hepatomegalia, para el 38% del total de pacientes con LES, objetos de estudio. En el páncreas no detectamos alteraciones clínicas ni anatomopatológicas; su participación real en el LES es frecuente, lo cual es admitido desde hace varios años y ratificado con nuevos estudios realizados<sup>17</sup>.

*Dubois*<sup>3</sup> estima que las manifestaciones renales no son esenciales para el diagnóstico, y señala que estuvieron ausentes en el 53,5% de su serie.

*San Martín*<sup>1</sup>, informa que de sus casos, 12 tuvieron edemas, para el 41%; nosotros constatamos este signo en 10 enfermos que representaron el 72,7% de la muestra.

El 22,7% (5 pacientes) sufre nefritis lúpica; el 4,5% (1 paciente) mostró síndrome nefrótico; y en el 13,6% (3 pacientes) encontramos insuficiencia renal. A los 10 pacientes a quienes les practicamos estudios histopatológicos, 7 mostraron afectación renal, para el 70%, lo cual evidenció la participación renal en nuestro estudio. Es de destacar que la urosepsis con 15 pacientes (68,2%) fue el hallazgo más importante hecho por nosotros en el aparato genitourinario, y que ocuparon también lugares importantes en su frecuencia, la disuria con 12 pacientes (54,5%); la polaquiuria con 8 pacientes (36,4%); y la hematuria que se manifestó en 7 enfermos para el 31,8% de nuestra casuística

La anemia la constatamos en 21 enfermos (95,5%); mientras que *San Martín*<sup>7</sup> la señala en 70 o?\*-» el 69% de su serie. En estos pacientes se tomó como patrón la hemoglobina inferior a 10 g %. Se demuestra, por tanto, la frecuencia de la anemia en el LES. El mismo autor antes señalado, encuentra uremia en 5 de sus

pacientes, y anemia hemolítica en 1, lo cual no se manifestó en ninguno de nuestro. trabajo. Encontramos leucopenia en 8 pacientes, para el 36,4% de incidencia; mientras que *San Martín*<sup>7</sup> la halla en el 14% de su serie. En cuanto a la leucocitosis, nosotros tenemos una incidencia del 27,3% y el citado autor la informa<sup>1</sup> en el 17% de sus pacientes. Este mismo autor detecta linfopenia y trombopenia en el 17% y 67%, respectivamente en sus estudios; mientras que los pacientes de nuestra casuística evidencia linfopenia en un 18,2% y trombopenia en el 54,5%. Fue significativa la presencia de adenopatías en 16 pacientes, para el 72,6% de la muestra que presentamos. *Dubois*<sup>3</sup> las encuentra en el 42% de sus enfermos, y *San Martín*<sup>7</sup> halla adenopatías y esplenomegalia en el 48%. La esplenomegalia se debe a lesiones vasculares y en ocasiones a sepsis sobreañadida. Los ganglios linfáticos que aumentan de volumen, no son dolorosos y a veces se confunden con los presentes en los linfomas<sup>5,6</sup>.

Las manifestaciones neuropsiquiátricas están dadas por convulsiones focales o generales en ausencia de azotemia, deterioro intelectual, estado confusional, cefaleas, hemiplejía, afasia, parálisis de nervios craneales y otros desórdenes focales cerebrales<sup>9,13</sup>. Se han informado casos de corea de Syderhan, polineurorradiculopatías del tipo parálisis ascendente Landry-Guillain-Barre<sup>21</sup>. Se ha señalado el electroencefalograma alterado en el 50% de los enfermos<sup>21</sup>. La cefalea se halló en 10 enfermos atendidos por *San Martín*<sup>7</sup> y las convulsiones en 3 pacientes; nosotros no encontramos enfermos con cefaleas, pero sí constatamos convulsiones en 5 pacientes. Las convulsiones se deben a lesiones vasculares difusas que sientan con mayor frecuencia en la sustancia gris<sup>21,22</sup>. *Haserick*<sup>22</sup> ha encontrado pacientes que en la evolución de su estado presentan epilepsia esencial muchos años antes que mostraran síntomas de LES.

El LES tiene una terapéutica muy variada, ya que como sabemos produce manifestaciones en todos los órganos de la economía. La enfermedad activa debe tratarse enérgicamente para evitar lesión hística permanente. Las medidas generales incluyen reposo si la enfermedad es activa, protección del sol y fisioterapia para la debilidad muscular y las deformaciones<sup>4,6</sup>. Las drogas para tratar esta enfermedad incluyen esteroides, salicilatos, antipalúdicos e inmunosupresores, fundamentalmente. El empleo de corticoesteroides está indicado en la mayor parte de los pacientes que padecen la enfermedad y han mejorado su supervivencia<sup>5</sup>; en nuestra serie se emplearon en 17 pacientes, que representó el 77,3% del total de pacientes informados. Los inmunosupresores se utilizaron en 3 enfermos (13,6%), y fue la azathioprina el medicamento utilizado. Los medicamentos que mayormente se emplearon fueron los antibióticos, ya que en nuestros 22 pacientes los utilizamos en 18, para el 81,8%, lo cual se debió a que muchos de nuestros pacientes presentaron manifestaciones sépticas. Los antipalúdicos se les administraron a 8 enfermos (36,4%), sobre todo a aquéllos que sufrieron artralgias y artritis, con los que se obtuvieron buenos resultados. Otros medicamentos utilizados fueron los antianémicos, antiulcerosos y anticonvulsivantes, pero todos en menor cuantía.

#### SUMMARY

(SLE). Report of 22 cases. Rev Cub Med (Supl) 21, 1982.

The study of 22 patients to whom systemic lupus erythematosus (SLE) was diagnosed at the "Manuel Ascunce Domenech" Provincial Teaching Hospital, Camagüey, from 1973 to 1978, is offered. SLE was predominant in white, young female patients. Clinical manifestations were múltiples and varied. Vespertilio and alopecia were the mayor dermatoloical alteratir>n«. Dyspepsia, constipation, ulcerous syndrome predominated among digestive discders. Anemia represents 95,5%among hematíe affections. In our series urosepsis, dwwia, poMakyuria were found as the main genitourinary manifestations. Drugs frequently used were antibiotics esteroids, and antipalu- dics; and in a lesser immunosupresors. Medical literature regarding this subject is reviewed, and our results are compared with those from other authors.

RESUME

Fernández Mayo, X. et al. *Caractéristiques cliniques Ai hipus érythémateux systé- mique (LES). A propos de 22 cas.* Rev Cub Med (Supl.) 21, 1992.

L'étude a porté sur 22 patients auxquels on a diagnostiqué lupus érythémateux systémique (LES) pendant la période comprise entre 1973 et 1978, á l'hópital provincial d'enseignement "Manuel Ascunce Domenech", de Camagüey. Le LES a touché plus fréquemment des patientes du sexe féminin, jeunes et de la race blanche. Les manifestations cliniques ont été múltiples et variées. Le vespertilio et l'alopécie orit été les principales altérations dermatologiques; tandis que la dyspnée et les pneumopathies, ainsi que les signes d'insuffisance cardiaque et d'hypertension . artérielle ont été les principales altérations respiratoires et cardio—muse ul aires. La dvspepsie, la constipation et le syndrome ulcéreux ont été les altérations digestivas les plus fréquentes. L'anémie a representé 95,5% parmi lps affections hématiques. L'urosepsie, la dvsurie et la pollakiurie ont été les principales manifestations géni- to—urinajres. Les médicaments les plus fréquemment utilisés ont été les antibiotiques, les stéroïdes et les antipaludiques, et, dans une certaine mesure, les immunosuppres- seurs. La littérature médicale concernant ce sujet est revue, et les résultats sont comparés avec ceux d'autres auteurs.

P32KME

■tepHaHec o, X. H /r. KOTiunecKiie yanaKrepucTHio! OHCTS- MaTneCKOro 8pKMaT03H0E \*0JRaHKHIC3B). Re\*v Cub Med (Supl) 21- 1 '1982.

**TpejTCTam\*H9?cjr HCCJreaóBaHBP 22 nanHP<sup>u</sup>TOB, kotophm óhji nocras...Tpp**  
T...H...re Mnyvny! AcKynce JTowr He'i ropera Ka  
i, "oGjrajilji y natme'itCT HCKP7r trojra, mo.toihi, &



Mensual. Di ASM of a month. All America\* Publishers Service Inc., Chicago, USA, August, 1964.

13. *Tuffanelli, D.C.; E.L. Dubois.* Cutaneous manifestaron\* of systemic lupus erythematosus. Arch Dermatol 90: 377, 1964.
14. *Matteu, B. et al.* Lung involvement in the connective tissue disorders. Med Clin North Am 48: 1015, 4, 1964.
15. *Tumulty, P.A.* Clinical course of systemic lupus erythematojus. JAMA 156: 947, 1954.
16. *Pollack, V.E. et aL* The natural history of the renal manifestations of systemic lupus eiythematosus. J Lab Clin Med 63: 537, 1964.
17. *Cruz Rodríguez, M. y otros.* Afectación renal en el LES. Rev Clin Esp 127: 1087, 2, 1972.
18. *Bridgen, W.; G. Bywaters.* The heart in systemic lupus erythematosus. Br Heart J 22: 1, 1960.
19. *Bunin, J.J.; R.L. Black.* Connective tissue. (Colagen diseases). Ann Intern Med 7 : 389, 1957.
20. *Mortensen, V.; H. Gomensen.* Lupus erythematosus disseminatus. Acta Med Se and 266: 743, 1952.
21. *Glasser, G.H.* Collagen diseases and the nervious system. Med Clin North Am 47: 1475, 6, 1963.
- .22. *Haserick, J.R.* Lupus Eritematoso. Terapéutica de Conn. P. 822, Editorial Salvat, 1973.

Recibido: octubre 10, 1979.

Aprobado: agosto 13, 1980.

Dra. *Xiomara Fernández Mayo*

Hospital provincial docente "Manuel A. Domenech"

Carretera Central Oeste. Camagüey.