



Perfil sociodemográfico, clínico y de laboratorio de pacientes con lupus eritematoso sistémico de inicio temprano versus tardío. Un estudio observacional de centro único en el Caribe colombiano.

Gustavo Aroca Martínez ^{ID 1,2}, Valentina Pérez Jiménez ^{ID 1,2}, María Raad Sarabia ^{ID 3}, Diana Perea Rojas ^{ID 1}, Carlos Guido Musso ^{ID 1,4}, Santos Depine ^{ID 1,5}, Jorge Pérez Velásquez ^{ID 6}, 14 ^{ID 6}, María Paula Aroca ^{ID 1,2}, Andrés Cadena Bonfanti ^{ID 1,2}, Joanny Judith Sarmiento ^{ID 1,2}, Valmore Bermudez ^{ID 1}, Rodrigo Daza Arnedo ^{ID 7}, Jorge Rico Fontalvo ^{ID 1,7}, y Antonio Iglesias Gamarra ^{ID 8}.

1. Facultad de Medicina. Departamento de Nefrología. Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.
2. Departamento de Investigaciones. Clínica de la Costa, Barranquilla, Colombia.
3. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Interna. Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia.
4. Departamento de Investigación. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.
5. Universidad Del Salvador, Buenos Aires, Argentina.
6. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
7. Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial. Bogotá. Colombia.
8. Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.

Recibido: Julio 14, 2025.

Aceptado: Septiembre 1, 2025.

Publicado: Septiembre 5, 2025.

Editor: Dr. Franklin Mora.

Como citar:

Aroca Martínez A, Pérez Jiménez V, Raad Sarabia M, Perea Rojas D, Guido Musso C, Depine S, et al. Perfil sociodemográfico, clínico y de laboratorio de pacientes con lupus eritematoso sistémico de inicio temprano versus tardío. Un estudio observacional de centro único en el Caribe colombiano. REV SEN 2025;14(1):1-8.

DOI: <http://doi.org/10.56867/156>

Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplantes.

ISSN-L: 2953-6448



Copyright 2025, Gustavo Aroca, Valentina Pérez, María Raad, Diana Perea, Carlos Guido, Santos Depine, Jorge Pérez, Juan Camilo Pérez, María Aroca, Andrés Cadena,, Joanny Sarmiento, Valmore Bermudez, Rodrigo Daza, Jorge Rico, Antonio Iglesias. This article is distributed under the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

Resumen

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) de inicio tardío es una forma poco frecuente de la enfermedad, caracterizada por manifestaciones clínicas atípicas y mayor carga de comorbilidades, lo que dificulta su diagnóstico y manejo oportuno. El objetivo del presente estudio fue comparar las características sociodemográficas, clínicas y paraclínicas, así como los desenlaces terapéuticos, de pacientes con LES de inicio temprano y tardío en un centro de referencia del Caribe colombiano.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, basado en la revisión de historias clínicas a partir de la base de datos RENELUP (2010–2024). Se incluyeron pacientes ≥ 18 años que cumplieran con los criterios EULAR/ACR 2019. Se aplicaron pruebas de chi-cuadrado, de Fisher y T de Student.

Resultados: Se analizaron 282 pacientes: 235 (83%) con LES temprano y 47 (17%) con LES tardío. Predominó el sexo femenino (89% y 81%, respectivamente). El LES tardío presentó mayor proteinuria (2.900 vs 662 mg/24 h; $P < 0.001$) y menor HDL (41 vs 48 mg/dl; $P = 0.038$).

* Autor de correspondencia



No hubo diferencias significativas en la remisión ni en la mortalidad.

Conclusión: Los pacientes con LES tardío presentaron una menor frecuencia de manifestaciones clínicas típicas como compromiso mucocutáneo, articular y hematológico. En cuanto al compromiso renal, los pacientes con LES tardío presentaron una mayor carga de proteinuria, sin diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad ni en la tasa de remisión.

Palabras claves:

Nefritis lúpica, Lupus tardío, Lupus eritematoso sistémico, Lupus temprano, Proteinuria, Enfermedad renal crónica.

Sociodemographic, clinical, and laboratory profile of patients with early- versus late-onset systemic lupus erythematosus. A single-center observational study in the Colombian Caribbean.

Abstract

Introduction: Late-onset systemic lupus erythematosus (SLE) is a rare form of the disease, characterized by atypical clinical manifestations and a higher burden of comorbidities, which makes it challenging to diagnose and manage on time. The objective of this study was to compare the sociodemographic, clinical, and paraclinical characteristics, as well as the therapeutic outcomes, of patients with early- and late-onset SLE in a reference center in the Colombian Caribbean.

Methods: Observational, descriptive, and cross-sectional study, based on the review of medical records from the RENELUP database (2010–2024). Patients aged ≥ 18 years who met the 2019 EULAR/ACR criteria were included. Chi-square, Fisher's, and Student's T tests were applied.

Results: A total of 282 patients were analyzed: 235 (83%) with early SLE and 47 (17%) with late SLE. Females predominated (89% and 81%, respectively). Late SLE had higher proteinuria (2,900 vs 662 mg/24h; $P < 0.001$) and lower HDL (41 vs 48 mg/dl; $P = 0.038$). There were no significant differences in remission or mortality, although mortality was higher in late SLE (20.7% vs 10.1%).

Conclusion: Late-onset SLE showed lower clinical activity, greater comorbidity, and a surprising frequency of proteinuria. These findings suggest the need for a differentiated diagnostic and therapeutic approach in older patients.

Keywords:

Lupus nephritis, Tardive lupus, Systemic lupus erythematosus, Early lupus, Proteinuria, Chronic kidney disease.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumatológica autoinmune de afectación multisistémica caracterizada por la producción de anticuerpos, de etiología incierta, con una prevalencia mayor en mujeres en edad reproductiva entre los 15 a 44 años y con una incidencia a nivel mundial entre 1 a

10 por 100.000 habitantes por año y una prevalencia de 20 a 70 por 100.000 habitantes [1]. En Colombia, la prevalencia reportada es de 8.77 por 100.000 habitantes, con una relación mujer:hombre de 8:1 en individuos de edad entre los 45 y 49 años [2].



El diagnóstico de LES se fundamenta en los criterios clasificatorios establecidos por la European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology (EULAR/ACR), actualizados en el 2019 [3], que integran parámetros clínicos e inmunológicos. Entre las manifestaciones clínicas consideradas se incluyen síntomas constitucionales como fiebre, alteraciones cutáneas (lupus cutáneo agudo, subagudo, discoide, alopecia y/o úlceras orales), compromiso articular (sinovitis y/o artritis), manifestaciones neuropsiquiátricas (delirio, psicosis o convulsiones), serositis (derrame pleural, derrame pericárdico o pericarditis aguda), así como afectación hematológica y renal, caracterizada por proteinuria y la posible presencia de nefritis lúpica [3]. En el componente inmunológico, se contempla la detección de anticuerpos antifosfolípidos (anticardiolipina y anticoagulante lúpico), hipocomplementemia C3 y/o C4, y anticuerpos específicos positivos. La clasificación requiere una puntuación mínima de 10 puntos, siendo condición indispensable la positividad de los anticuerpos antinucleares (ANA) a un título $\geq 1:80$ [3].

Entre las principales manifestaciones clínicas del LES, se destaca el compromiso renal, estrechamente asociado a la presencia de anticuerpos anti-ADN de doble cadena [4]. En comparación con los pacientes con lesiones discoides y factor reumatoide positivo, los anti-ADN positivos presentan una mayor predisposición a desarrollar nefritis lúpica [5]. Esta entidad se caracteriza por la presencia de proteinuria ≥ 500 mg/24 h, sedimento urinario activo, positividad para ANA y/o anti-ADN, y confirmación diagnóstica mediante biopsia renal [6]. El compromiso renal puede estar presente al momento del diagnóstico o manifestarse en los primeros años de la enfermedad y constituye una fase crítica en la evolución del paciente, dada su estrecha relación con el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad [5].

El LES de inicio tardío, usualmente definido como aquel que se manifiesta en pacientes mayores de 50 años, constituye una entidad poco frecuente, con una prevalencia estimada entre el 2 y el 12% de los casos reportados a nivel mundial [7]. En este grupo etario, el diagnóstico puede resultar desafiante, ya que las manifestaciones clínicas suelen ser menos específicas, lo que obliga a descartar cuidadosamente los diagnósticos diferenciales. Se ha descrito, además, que en pacientes adultos mayores la positividad de autoanticuerpos presenta un patrón característico, observándose anti-Ro en aproximadamente el 90% de los casos, anti-La en un 60% y anti-ADN en cerca del 30% [7, 8].

Los pacientes con LES de inicio tardío suelen presentar con menor frecuencia las manifestaciones típicas del LES observadas en participantes menores de 50 años, particularmente las de tipo mucocutáneo, renal y musculoesquelético; dicha diferencia podría explicarse por los cambios asociados a la senescencia inmunológica [7]. En términos generales, se acepta que el LES de inicio tardío se caracteriza por un inicio más insidioso, una menor afectación de los órganos y un curso clínico relativamente benigno [8].

El objetivo de este estudio observacional es describir las características sociodemográficas, clínicas y de laboratorio de pacientes con diagnóstico de LES antes de los 50 años (LES de inicio temprano)

comparado con los pacientes diagnosticados con LES en ≥ 50 años (LES de inicio tardío), atendidos en un centro de salud de cuarto nivel en la Costa Caribe Colombiana desde el año 2010-2024 mediante el análisis de historias clínicas por medio de la herramienta RENELUP.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Este estudio es observacional, de corte transversal. La fuente es retrospectiva.

Escenario

El estudio se realizó en un centro de salud de cuarto nivel en la costa del Caribe colombiano. El período de estudio fue del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2024.

Participantes

Se incluyeron en el estudio los registros de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con criterios clasificatorios EULAR/ACR 2019 con edad mayor o igual a 18 años. No hubo criterios de exclusión.

Variables

Las variables incluyeron datos demográficos, clínicos, manifestaciones de lupus y pruebas biológicas, entre otros. Se documentaron el grado de remisión y la mortalidad.

Fuentes de datos/mediciones

La fuente fue indirecta. Los datos se recopilaban mediante el sistema de registro institucional de historias clínicas RENELUP.

Sesgos

Se evitó el sesgo de observación y de selección mediante la aplicación de criterios de selección de participantes. El investigador principal siempre mantuvo los datos mediante una guía y registros aprobados en el protocolo de investigación para evitar posibles sesgos del entrevistador, de la información y del recuerdo. En caso de duda sobre la desviación estándar de los datos, se realizaron correcciones mediante revisiones in situ de los datos anómalos. Dos investigadores analizaron de forma independiente cada registro por duplicado, y las variables se ingresaron en la base de datos tras verificar su concordancia.

Tamaño del estudio

La muestra fue probabilística. La población de la región Caribe de Colombia es de aproximadamente 10.7 millones de personas. Con un porcentaje de 18.9% de mujeres en edad reproductiva de 18 a 45 años representan 2'022.300 mujeres en edad reproductiva. Con una tasa de prevalencia de Lupus de 8.8 casos por 100.000 habitantes. La población objetivo con Lupus es de 178 casos posibles. Usando EPI info™ (Stat Calc, Epi Info, CDC, Atlanta. Versión 7.2.6 [octubre de 2023]), con una frecuencia esperada del 50 %, un límite de confianza



del 5 % y un nivel de confianza del 99.99 %, el tamaño de la muestra fue de 159 casos.

Variables cuantitativas

Los resultados se presentan en frecuencias y porcentajes. No se convirtieron variables en escala a cuantitativas.

Análisis estadístico

Se utiliza la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de los datos, considerando significativos los valores de $P < 0.05$. Las variables cuantitativas se resumen en media y desviación estándar (DE) o mediana (Mna) y rango intercuartílico (IQR), según corresponda. Las variables cualitativas se resumen mediante frecuencias relativas absolutas y porcentuales. Las comparaciones de variables cuantitativas se realizaron mediante el test t de promedio en muestras independientes o el test de mediana. La comparación de variables cualitativas se realiza mediante el test de asociación de Chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher. Valores de probabilidad asociada menores a 0.05 se consideran estadísticamente significativos.. Se utilizó el software R para el análisis.

Resultados

Participantes

Se incluyeron 282 pacientes, lo que cumplió con el tamaño muestral esperado. Un total de 235 casos corresponden a LES de inicio temprano y 47 a LES de inicio tardío.

Resultados principales

La [Tabla 1](#) presenta las características de los pacientes analizados, por grupo definido según la edad de inicio del LES. La mediana de edad del grupo de pacientes con LES de inicio temprano fue de 34 años (IQR: 29 – 39); el paciente más joven fue de 18 años y el mayor, de 46 años. En el grupo de pacientes con LES de inicio tardío, la mediana de edad fue de 63 años (IQR: 59 – 70); en el grupo de LES tardío, el paciente más joven reclutado fue de 54 años y el mayor, de 79 años.

En cuanto a la distribución por sexo, el 89% de los pacientes con LES de inicio temprano eran mujeres, mientras que en el grupo con LES de inicio tardío, las mujeres representaron el 81%. No se hallaron diferencias significativas en la distribución por sexo entre los pacientes de ambos grupos (P -valor = 0.135).

Respecto a las comorbilidades, en ambos grupos, la hipertensión arterial fue la más frecuente y el síndrome de Cushing secundario, la menos frecuente. Aunque en ninguno de los casos se detectó una diferencia estadísticamente significativa, se observó una mayor frecuencia de osteoporosis entre los pacientes con LES de inicio temprano (28% vs 7% en inicio tardío) y una mayor frecuencia de diabetes mellitus entre los pacientes con LES de inicio tardío (25% vs 9% en inicio temprano). El resto de las características analizadas no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

En la [Tabla 2](#) se presentan las medias (IQR) de los parámetros de laboratorio analizados en ambos grupos de LES. Se observaron diferencias significativas en las valoraciones de proteinuria y HDL. Respecto de la proteinuria, los pacientes con LES de inicio tardío presentan una mediana significativamente mayor que la de los pacientes con LES de inicio temprano (662 mg/24 hs vs 2.900 mg/24 hs, respectivamente; $P < 0.001$). Por el contrario, la mediana de los valores de HDL fue significativamente superior en los LES de inicio temprano (48 mg/dl vs 41 mg/dl en los de inicio tardío, $P = 0.038$). No se observaron diferencias significativas en el resto de los parámetros analizados.

Con respecto a la respuesta terapéutica, la no remisión fue la más frecuente entre los pacientes con LES de inicio tardío, mientras que entre los pacientes con LES de inicio temprano, la más frecuente fue la remisión parcial. Sin embargo, estas diferencias no resultan estadísticamente significativas ([Tabla 3](#), p-valor: 0.269).

Asimismo, en cuanto al seguimiento de los pacientes, al momento del estudio, el 90% de los pacientes con LES y el 80% de los pacientes con inicio tardío estaban con vida, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa ([Tabla 4](#), p-valor = 0.117).

**Tabla 1.** Características de los pacientes incluidos en el estudio.

Características	LES de inicio temprano (n = 235)		LES de inicio tardío (n = 47)		p-valor
Edad (años) Mna (IQR)	34.00 (29.00 – 39.00)		63.00 (59.00 – 70.00)		---
Sexo, n (%)					
Masculino	24	(10.53)	9	(19.15)	0.135
Femenino	204	(89.47)	38	(80.85)	
Edad al diagnóstico Mna (IQR)	26.00 (22.00 – 31.00)		55.00 (52.00 – 61.50)		---
Comorbilidades, n (%)					
HTA	58	(73.42)	28	(100.00)	---
Diabetes mellitus	4	(8.89)	4	(25.00)	0.189
Dislipidemia	6	(14.63)	4	(22.22)	0.475
Cushing 2do grado	1	(2.70)	0	(0.00)	---
Osteoporosis	10	(27.78)	1	(7.14)	0.148
Síndrome metabólico	1	(2.86)	1	(7.69)	0.473
Otras	24	(51.06)	6	(35.29)	0.396
Manifestaciones de LES, n (%)					
Lupus cutáneo agudo	23	(18.55)	4	(17.39)	0.999
Fotosensibilidad	70	(49.65)	11	(42.31)	0.208
Sinovitis/artritis	116	(73.89)	18	(69.23)	0.636
Anemia hemolítica	28	(22.95)	5	(20.83)	0.999
Leucopenia o linfopenia	41	(36.28)	6	(28.57)	0.621
Trombocitopenia	34	(30.63)	5	(22.73)	0.610
ANA positivo	113	(85.61)	18	(94.74)	0.471
Anti-DNA positivo	68	(64.76)	11	(57.89)	0.609
Anti-Sm	13	(21.67)	2	(16.67)	0.999
Cefalea lúpica	33	(42.31)	10	(55.56)	0.431
Alopecia	40	(50.00)	8	(44.44)	0.796
Convulsiones	3	(3.70)	0	(0)	---
Psicosis	2	(2.63)	0	(0)	---
Síndrome orgánico cerebral	1	(1.32)	0	(0)	---
Trastorno visual	11	(14.10)	1	(5.56)	0.454
Trastorno nervios craneanos	2	(2.63)	0	(0)	---
ACV	2	(2.67)	0	(0)	---
Vasculitis	8	(10.67)	3	(17.65)	0.420
Artritis	74	(77.89)	16	(84.21)	0.760
Miositis	6	(7.79)	0	(0)	---
Cilindros urinarios	8	(11.27)	0	(0)	---
Piuria	13	(17.81)	1	(6.25)	0.450
Rash	25	(30.49)	6	(33.33)	0.786
Úlceras mucosas	15	(18.75)	1	(5.88)	0.290
Pleuresia	3	(4.17)	0	(0)	---
Pericarditis	4	(5.33)	0	(0)	---
Anti-dsDNA positivo	35	(46.05)	9	(50.00)	0.798
Fiebre	15	(19.74)	4	(23.53)	0.744
Trombocitopenia	11	(14.47)	2	(13.33)	0.999
Leucopenia	16	(20.78)	3	(18.75)	0.999
SLEDAI 2K TOTAL Mna(IQR)	16.00		18		0.557
Primera biopsia renal					
Índice de actividad histopatológica.	8.00 (5.00 – 12.00)		6.00 (4.25 – 8.00)		0.133
Índice de cronicidad histopatológica.	2.50 (2.00 – 4.00)		2.00 (1.00 – 3.00)		0.242

**Tabla 2.** Parámetros de laboratorio.

Laboratorio	Lupus de inicio temprano		Lupus tardío		p-valor
<i>Mna (IQR)</i>					
Proteinuria (mg/24 hs)	2.900	(1.150 – 5.350)	662.00	(11.00 - 2128.50)	<0.001(*)
Hematuria, n (%)	44	(53.66)	6	(42.86)	0.566
C3 consumido, n (%)	53	(63.09)	8	(57.14)	0.768
C4 consumido, n (%)	46	(58.97)	7	(50.00)	0.568
Glóbulos rojos (millones/mm ³)	3.96	(3.30 – 4.50)	3.80	(3.20 – 4.05)	0.086
Glóbulos blancos (miles/mm ³)	7.80	(5.65 – 10.72)	7.00	(6.30 – 8.28)	0.065
Hemoglobina (valor decimal)	10.70	(9.03 – 12.20)	10.70	(9.28 – 12.05)	0.947
Neutrófilos (miles/mm ³)	8.00	(5.00 – 53.00)	6.00	(4.80 – 62.00)	0.503
Plaquetas (miles/mm ³)	263.00	(170.00 – 341.00)	258.00	(213.75 – 311.00)	0.413
Colesterol total (mg/dl)	204.00	(152.50 – 236.25)	182.00	(141.25 – 210.00)	0.382
Triglicéridos (mg/dl)	220.00	(152.00 – 283.00)	153.00	(131.00 – 274.00)	0.635
HDL (mg/dl)	48.10	(41.70 – 54.00)	41.00	(36.00 – 45.50)	0.038(*)
LDL (mg/dl)	111.20	(68.20 – 150.70)	115.90	(81.35 – 156.30)	0.923
Albúmina (gr/dl)	3.00	(2.30 – 3.50)	3.60	(2.50 – 4.30)	0.220
Creatinina (mg/dl)	1.00	(0.70 – 2.30)	1.30	(0.84 – 3.79)	0.321

(*) Significativo al 5%

Tabla 3. Desenlaces en nefritis lúpica.

Grado de remisión conteo (%)	Lupus de inicio temprano (n=111, n*=124)		Lupus tardío (n=15, n*=32)		p-valor
No remisión	33	(29.73)	6	(40.00)	0.269
Remisión parcial	44	(39.64)	4	(26.67)	
Remisión completa	25	(22.52)	5	(33.33)	
Recaída	9	(8.11)	0	(0.00)	

n* = datos faltantes

Tabla 4. Mortalidad.

Estado, conteo (%)	Lupus de inicio temprano (n=178, n*=57)		Lupus tardío (n=29, n*=18)		p-valor
Vivo	160	(89.89)	23	(79.31)	0.117
Fallecido	18	(10.11)	6	(20.69)	

n* = datos faltantes

Discusión

El presente estudio describe y compara las características sociodemográficas, clínicas y paraclínicas, así como la respuesta terapéutica y los desenlaces de pacientes adultos con LES de inicio temprano y de inicio tardío en una cohorte de la región Caribe colombiana. Se cuenta con información de 235 pacientes con LES de inicio temprano y de 47 con LES de inicio tardío; algunas variables presentan datos no concluyentes.

Conforme a lo descrito en la literatura a nivel mundial, en nuestra población el LES de inicio temprano fue más frecuente con predominio del sexo femenino, mientras que el LES de inicio tardío, aunque menos frecuente, presentó una proporción ligeramente mayor de casos en hombres, diferencia que no alcanzó significancia estadística pero que concuerda con lo descrito en la literatura. En un registro español se analizaron 3.619 pacientes, de los cuales el 15,6 % fueron clasificados como LES de inicio tardío y 84,4 % como LES de inicio con una edad promedio al diagnóstico de 57,4 años ($\pm 10,4$) y una relación hombres: mujeres de 5:1 [9]. En esta población, la edad promedio al diagnóstico de LES de inicio tardío fue de 55 años, y se observó además una mayor prevalencia en el sexo masculino en



comparación con los hombres con LES de inicio temprano, hallazgo concordante con lo reportado en el estudio español previamente mencionado [9].

En cuanto a las manifestaciones clínicas, la forma de presentación varía según el tiempo de inicio de la enfermedad. En nuestra población, los pacientes con LES de inicio temprano presentaron una mayor frecuencia de compromiso cutáneo, artritis, alopecia y anemia hemolítica. En contraste, en el grupo de inicio tardío se evidenció una presentación clínica más inespecífica, con menos síntomas, predominando manifestaciones como sinovitis o artritis, y la actividad de la enfermedad (SLEDAI 2K) fue menor en dicho grupo. Estos hallazgos se alinean con lo reportado en estudios previos que atribuyen estas diferencias a la senescencia inmunológica en adultos mayores [9].

En una cohorte de pacientes con LES en el año 2013, se observó que los pacientes con enfermedad de inicio tardío presentaban con mayor frecuencia síntomas secos (xerostomía, xeroftalmia) que los pacientes con enfermedad de inicio temprano, al igual que en otras revisiones de la literatura más recientes correspondientes al año 2022 [10, 11]. Sin embargo, otros estudios reportan una mayor afectación neurológica y pulmonar intersticial en este grupo [12]; además, se reportó una mayor incidencia de serositis en pacientes con LES de inicio tardío, de forma similar a lo observado en nuestra población, donde la serositis fue mayor en este grupo etario, aunque de forma estadísticamente no significativa [13].

Estudios clínicos, tanto españoles como latinoamericanos, reportan más comorbilidades (especialmente cardiovasculares) al momento del diagnóstico en los pacientes con LES de inicio tardío, en contraste con quienes presentan inicio temprano, además de una mayor mortalidad acumulada atribuible a la edad y a las comorbilidades [9, 14]. En el presente estudio, la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial, la cual fue más común en individuos con LES de inicio temprano y, en menor medida, la diabetes mellitus tipo 2, la dislipidemia y el Cushing secundario.

En cuanto a los parámetros de laboratorio, llama la atención la presencia de proteinuria, notablemente mayor en el grupo de LES tardío. Este hallazgo resulta llamativo y contrasta con la literatura previa, que sugiere un menor compromiso renal en pacientes con LES tardío [9, 11, 14]. En el registro RELESSER, el LES de inicio temprano mostró una mayor frecuencia de compromiso renal, incluida proteinuria significativa, en comparación con el grupo de inicio tardío, con un OR ajustado de 2.44 (1.91, 3.12), lo que concuerda con el patrón clínico descrito de menor actividad inmunológica y menor incidencia de nefritis lúpica [9]. Al igual que en el estudio español mencionado anteriormente, los estudios latinoamericanos reportan que la nefritis lúpica y la proteinuria son más frecuentes en LES [14].

La discrepancia de los resultados clínicos de proteinuria que refleja el compromiso renal entre nuestro estudio y la literatura a nivel mundial, podría explicarse por un posible retraso diagnóstico, mayor carga de comorbilidades o diferencias fisiopatológicas en el envejecimiento renal, y subraya la necesidad de un seguimiento más estricto de la función renal en este subgrupo.

En cuanto al tratamiento, diversos estudios clínicos comparan el uso de medicación inmunosupresora en pacientes con LES de inicio temprano vs LES inicio tardío, siendo más común su uso en pacientes con LES de inicio temprano, probablemente debido a una mayor actividad del LES o por comorbilidades que limitan su uso en pacientes con LES de inicio tardío; lo anterior se refleja en una respuesta clínica menor en este último grupo [9, 11, 14]. En el presente estudio, no se describe el tratamiento de inmunosupresión instaurado en ambos grupos; por lo tanto, no se logra evaluar la respuesta terapéutica. En este contexto, la mayoría de los pacientes con LES de inicio temprano lograron remisión parcial, mientras que en el grupo de inicio tardío predominó la ausencia de remisión, aunque sin alcanzar significancia estadística. Esto puede estar relacionado con limitaciones terapéuticas en adultos mayores debido a la coexistencia de comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión arterial, más prevalentes en este grupo, lo que condiciona la elección e intensidad de los inmunosupresores, lo cual coincide con lo reportado en la literatura mundial.

La mortalidad en el grupo de inicio tardío (20.7 %) versus inicio temprano (10.1 %) no fue estadísticamente significativa, posiblemente debido al tamaño muestral limitado y la alta proporción de datos faltantes. Debido a este hallazgo, es relevante continuar investigando en poblaciones más grandes con la hipótesis de que, pese a la aparente menor actividad clínica del LES tardío, los desenlaces pueden ser menos favorables, probablemente debido a la carga de comorbilidades y al menor umbral de reserva orgánica en adultos mayores. Se requieren estudios prospectivos, con mayor poder estadístico y representatividad poblacional, que permitan validar estos hallazgos y desarrollar guías de manejo adaptadas a la edad de inicio del LES.

Entre las principales fortalezas de este estudio se destaca su enfoque comparativo, que permitió identificar diferencias y similitudes en la presentación clínica, inmunológica y en los desenlaces del LES de inicio temprano frente al de inicio tardío aportando evidencia en una población latinoamericana poco representada en la literatura internacional, lo que amplía el conocimiento sobre las variaciones regionales de la enfermedad y favorece la validez externa de los hallazgos al contrastarlos con registros internacionales. Esta caracterización no solo tiene relevancia académica, sino también aplicaciones clínicas directas, al facilitar el reconocimiento de fenotipos diferenciales y favorecer un diagnóstico más oportuno en pacientes de edad avanzada, en quienes la presentación suele ser atípica. Finalmente, los resultados generan hipótesis útiles para futuros estudios multicéntricos y prospectivos orientados a comprender mejor los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a las diferencias entre ambos grupos etarios.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra su diseño observacional y descriptivo, lo que limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Adicionalmente, al tratarse de una cohorte única de carácter regional, los resultados pueden no ser completamente extrapolables a otras poblaciones con composición étnica distinta o con sistemas de salud distintos. El tamaño muestral en el subgrupo de pacientes con LES de inicio tardío fue menor que en el de LES de inicio temprano, lo que podría limitar la potencia estadística para detectar diferencias significativas en algunas



variables clínicas o paraclínicas. Asimismo, la información recolectada depende de la calidad y la exhaustividad de los registros clínicos, lo que conlleva el riesgo de sesgo de información. Finalmente, no se

incluyó un seguimiento a largo plazo que permitiera evaluar con mayor precisión la evolución clínica y los desenlaces en ambos grupos etarios.

Tabla 5. Estudios clínicos principales sobre LES tardío.

Estudio / Autor	Población / Tamaño muestral	Edad promedio (inicio tardío)	Principales hallazgos clínicos	Comentarios / Diferencias relevantes
RELESSER (9) (España, 2017)	3.619 pacientes (565 tardío, 3.054 temprano)	≈ 57,4 ± 10,4 años	Menor frecuencia de nefritis lúpica, mayor comorbilidad cardiovascular en LES tardío.	Confirmó predominio femenino en LES temprano; menor actividad y mortalidad mayor en tardío.
Estudio Colombiano (15) (Colombia, 2007)	170 pacientes (98 tardío, 72 temprano)	≈ 61 años	LES temprano con mayor compromiso cutáneo, articular y hematológico. LES tardío con más serositis	Análisis de HLA en LES tardío, encontrando alelo DR17 (DR3) mas común.
Estudio brasileño (16) (Chagas Medeiros, et al 2016)	414 pacientes (338 inicio temprano, 60 inicio en infancia, 16 inicio tardío)	≈ 59 años	LES tardío con menos manifestaciones cutáneas y articulares. LES temprano con mayor tasa de nefritis	Mayor mortalidad en LES tardío. No diferencia en el tratamiento
Estudio latinoamericano GLADEL (14) (Catoggio et al; 2014)	1480 pacientes (102 de inicio tardío, 1378 de inicio temprano)	≈ 56 años	LES tardío con serositis y síntomas secos. Menor prevalencia de compromiso renal.	Mayor mortalidad en LES tardío

Conclusión

En nuestra cohorte, los pacientes con LES tardío presentaron una menor frecuencia de manifestaciones clínicas típicas como compromiso mucocutáneo, articular y hematológico. En cuanto al compromiso renal, los pacientes con LES tardío presentaron una mayor carga de proteinuria, sin diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad ni en la tasa de remisión.

Abreviaturas

LES: Lupus Eritematoso Sistémico.
SLEDAI es el acrónimo de Índice de Actividad de la Enfermedad del Lupus Eritematoso Sistémico (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index).

Información suplementaria

Los materiales suplementarios no han sido declarados.

Agradecimientos

No aplica.

Contribuciones de los autores

GAM: Conceptualización, supervisión general del estudio, análisis crítico del manuscrito y aprobación final del texto). VPJ (Recolección de datos y redacción del borrador inicial). MRS (Redacción, revisión y adaptación del manuscrito). DPR (Diseño metodológico y análisis de resultados). CGM (Interpretación de resultados clínicos, revisión crítica del contenido científico, aprobación final del texto). SD (Asesoría en aspectos teóricos y estadísticos, discusión del marco conceptual, aprobación final del texto). JPV (Diseño inicial del manuscrito, redacción del borrador inicial). JPC (Diseño inicial del manuscrito, redacción del borrador inicial). MPA (Análisis de datos y elaboración de tablas y figuras). ACB (Validación de resultados y apoyo en la revisión final del manuscrito). JJS (Recolección de datos y

análisis estadístico). VB (Supervisión académica, asesoría en el enfoque científico y revisión final del manuscrito). JERF (Conceptualización, discusión del marco conceptual y revisión final del manuscrito). Al Dirección científica del proyecto, revisión integral y aprobación definitiva del manuscrito.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Financiamiento

El estudio fue autofinanciado por los autores.

Disponibilidad de datos o materiales

No aplica.

Declaraciones

Aprobación del comité de ética y consentimiento para participar

El estudio cuenta con una carta de exención emitida por el comité de Bioética de la Sociedad Colombiana de Nefrología.

Consentimiento para publicación

No aplica cuando no se publican imágenes, radiografías o fotografías específicas de pacientes.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Información de los autores

Gustavo Aroca Martínez
Email: garoca1@clinicadelacosta.co
<https://orcid.org/0000-0002-9222-3257>

Valentina Pérez Jiménez
Email: dra.valentina.perez.jimenez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-5263-0795>



María Raad Sarabia

<https://orcid.org/0000-0002-7080-7024>

Diana Perea Rojas

Email: dianaperea1822@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8821-6428>

Carlos Guido Musso

Email: carlosmusso@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8666-1130>

Santos Depine

Email: adepine@intramed.net

<https://orcid.org/0000-0002-4150-5975>

Jorge Pérez Velásquez

Email: jperez@clinicadelacosta.co

<https://orcid.org/0000-0002-3887-2942>

Juan Camilo Pérez-Correa

Email: perezco@javeriana.edu.co

<https://orcid.org/0000-0003-3332-248X>

María Paula Aroca

Email: maroca@clinicadelacosta.co

<https://orcid.org/0009-0002-6037-9465>

Andrés Cadena Bonfanti

Email: acadena@clinicadelacosta.co

<https://orcid.org/0000-0003-3903-1915>

Joanny Judith Sarmiento

Email: Docenciaservicio@clinicadelacosta.co

<https://orcid.org/0000-0002-1718-362X>

Valmore Bermudez

Email: vbermudez@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1880-8887>

Rodrigo Daza Arnedo

Email: rodrigoandres_2@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6295-4972>

Jorge Rico Fontalvo

Email: jorgericof@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0002-2852-1241>

Referencias

1. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, Aringer M, Arnaud L, Bae SC, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024 Jan 2;83(1):15-29. doi: [10.1136/ard-2023-224762](https://doi.org/10.1136/ard-2023-224762). PMID: 37827694.

2. Fernández-Ávila DG, Rincón-Riaño DN, Bernal-Macías S, Gutiérrez Dávila JM, Rosselli D. Prevalence and Demographic Characteristics of Sjögren's Syndrome in Colombia, Based on Information from the Official Ministry of Health Registry. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2020 Jul-Aug;16(4):286-289. English, Spanish. doi: [10.1016/j.reuma.2018.09.005](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.09.005). Epub 2018 Dec 3. PMID: 30522943.

3. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al.. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019 Sep;78(9):1151-1159. doi: [10.1136/annrheumdis-2018-214819](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-214819). Epub 2019 Aug 5. PMID: 31383717.

4. Fanouriakis A, Tziolos N, Bertsias G, Boumpas DT. Update on the diagnosis and management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2021 Jan;80(1):14-25. doi: [10.1136/annrheumdis-2020-218272](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-218272). Epub 2020 Oct 13. PMID: 33051219.

5. Parikh SV, Almaani S, Brodsky S, Rovin BH. Update on Lupus Nephritis: Core Curriculum 2020. *Am J Kidney Dis*. 2020

Aug;76(2):265-281. doi: [10.1053/j.ajkd.2019.10.017](https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.10.017). Epub 2020 Mar 24. PMID: 32220510.

6. Torres - Bustamante M, Palomino - Suárez D, Celis A, Nuñez S, Hernández - Sierra A. Caracterización clínica de pacientes con nefropatía lúpica en Santander, la importancia de la biopsia renal. *Revista Colombiana de Nefrología*. 2019;6(2):122-129. Scielo: scielo.co/50062019000200122.

7. Sakurai N, Yoshimi R, Nakajima H. Characteristics of Late-Onset Systemic Lupus Erythematosus: Clinical Manifestations and Diagnostic and Treatment Challenges. *Drugs Aging*. 2025 Sep 15. doi: [10.1007/s40266-025-01245-x](https://doi.org/10.1007/s40266-025-01245-x). Epub ahead of print. PMID: 40952616.

8. Piga M, Tselios K, Viveiros L, Chessa E, Neves A, Urowitz MB, Isenberg D. Clinical patterns of disease: From early systemic lupus erythematosus to late-onset disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2023 Dec;37(4):101938. doi: [10.1016/j.berh.2024.101938](https://doi.org/10.1016/j.berh.2024.101938). Epub 2024 Feb 22. PMID: 38388232.

9. Riveros Frutos A, Holgado S, Sanvisens Bergé A, Casas I, Olivé A, López-Longo FJ, Calvo-Alén J, Galindo M, Fernández-Nebro A, Pego-Reigosa JM, Rúa-Figueroa I; RELESSER Group. Late-onset versus early-onset systemic lupus: characteristics and outcome in a national multicentre register (RELESSER).



Rheumatology (Oxford). 2021 Apr 6;60(4):1793-1803. doi: [10.1093/rheumatology/keaa477](https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa477). PMID: 33106841.

10. Cartella S, Cavazzana I, Ceribelli A, Inverardi F, Tincani A, Franceschini F. Evaluation of mortality, disease activity, treatment, clinical and immunological features of adult and late onset systemic Lupus erythematosus. Autoimmunity. 2013 Sep;46(6):363-8. doi: [10.3109/08916934.2013.794793](https://doi.org/10.3109/08916934.2013.794793). Epub 2013 May 24. PMID: 23706114.

11. Viveiros L, Neves A, Gouveia T, Isenberg DA. A large cohort comparison of very late-onset systemic lupus erythematosus with younger-onset patients. Clin Exp Rheumatol. 2024 Jul;42(7):1480-1486. doi: [10.55563/clinexprheumatol/jgsyos](https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/jgsyos). Epub 2024 Mar 19. PMID: 38526004.

12. Boddaert J, Huong DLT, Amoura Z, Wechsler B, Godeau P, Piette JC. Late-onset systemic lupus erythematosus: a personal series of 47 patients and pooled analysis of 714 cases in the literature. Medicine (Baltimore). 2004 Nov;83(6):348-359. doi: [10.1097/01.md.0000147737.57861.7c](https://doi.org/10.1097/01.md.0000147737.57861.7c). PMID: 15525847.

13. Feng JB, Ni JD, Yao X, Pan HF, Li XP, Xu JH, Pan FM, Xu SQ, Ye DQ. Gender and age influence on clinical and laboratory features in Chinese patients with systemic lupus erythematosus: 1,790 cases. Rheumatol Int. 2010 Jun;30(8):1017-23. doi:

[10.1007/s00296-009-1087-0](https://doi.org/10.1007/s00296-009-1087-0). Epub 2009 Aug 23. PMID: 19701756.

14. Catoggio LJ, Soriano ER, Imamura PM, Wojdyla D, Jacobelli S, Massardo L, Chacón Díaz R, Guibert-Toledano M, Alvarellos A, Saurit V, Manni JA, Pascual-Ramos V, Silva de Souza AW, Bonfa E, Tavares Brenol JC, Ramirez LA, Barile-Fabris LA, De La Torre IG, Alarcón GS, Pons-Estel BA; Grupo Latino Americano De Estudio del Lupus (GLADEL). Late-onset systemic lupus erythematosus in Latin Americans: a distinct subgroup? Lupus. 2015 Jul;24(8):788-95. doi: [10.1177/0961203314563134](https://doi.org/10.1177/0961203314563134). Epub 2014 Dec 11. PMID: 25504653.

15. Gaviria Jaramillo LM, Rodelo Ceballos JR, Uribe Uribe O, Vásquez Duque G, Ramírez Gómez LA. Características clínicas y serológicas de los pacientes con LES de inicio tardío en una población colombiana. Rev colomb reumatol. 2007;14(1):23-31. Scielo: [Scielo.co/81232007000100003](https://scielo.co/81232007000100003)

16. das Chagas Medeiros MM, Bezerra MC, Braga FN, da Justa Feijão MR, Gois AC, Rebouças VC, de Carvalho TM, Carvalho LN, Ribeiro ÁM. Clinical and immunological aspects and outcome of a Brazilian cohort of 414 patients with systemic lupus erythematosus (SLE): comparison between childhood-onset, adult-onset, and late-onset SLE. Lupus. 2016 Apr;25(4):355-63. doi: [10.1177/0961203315606983](https://doi.org/10.1177/0961203315606983). Epub 2015 Sep 23. PMID: 26405022.

DOI: Digital Object Identifier. **PMID:** PubMed Identifier.

Nota del Editor

REV SEN se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales sobre mapas publicados y afiliaciones institucionales.
