



DOI: 10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.11-21

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/978>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 11-21



Actualización en el manejo de lesiones cutáneas asociadas a lupus

Update on the management of skin lesions associated with lupus

Atualização sobre a gestão das lesões cutâneas associadas ao lúpus

Bertha Margarita Cabezas Godoy¹; Johanna María Dávila Campoverde²; Narcisca Geanella Mendoza Chávez³; Mónica Elizabeth Proaño Sánchez⁴

RECIBIDO: 15/09/2022 **ACEPTADO:** 20/11/2022 **PUBLICADO:** 01/20/2023

1. Médica Cirujana; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; bmaggycg@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-1678-8344>
2. Magister en Nutrición y Dietética; Médica; Investigadora Independiente; Cuenca, Ecuador; johis.mdc@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-3069-1856>
3. Médica Cirujana; Investigadora Independiente; Montecristi, Ecuador; geanellamendoza19@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-2689-2970>
4. Médica; Investigadora Independiente; Latacunga, Ecuador; monicaely_93@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8130-5978>

CORRESPONDENCIA

Bertha Margarita Cabezas Godoy

bmaggycg@gmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

El lupus eritematoso cutáneo es una enfermedad autoinmune que puede presentarse con compromiso limitado a la piel o bien con manifestaciones sistémicas. Se caracteriza por tener un curso crónico y recidivante inducido o agravado por la luz solar. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Actualización en el manejo de lesiones cutáneas asociadas a lupus. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. El lupus es una patología compleja, donde interviene múltiples factores para su desarrollo, de allí la importancia del conocimiento por parte de los profesionales de la salud de sus manifestaciones clínicas más comunes, su clasificación y complicaciones asociadas a diferentes órganos del cuerpo, su pronto diagnóstico le puede generar una mejor calidad de vida y sobrevida a los pacientes. Existen diferentes guías de clasificación de la enfermedad como Sociedad Americana de Reumatología (American College of Rheumatology) y Systemic Lupus International Collaborating Clinics Group (SLICC), destacándose esta última por su mayor grado de sensibilidad a la hora del diagnóstico, el manejo de esta patología va a depender del grado de afectación o estadio que se presente, que puede ir desde un tratamiento no farmacológico con cremas para las lesiones cutáneas y/o protectores solares, así como tratamientos farmacológicos como antiinflamatorios no esteroideos (AINE), glucocorticoides, entre otros.

Palabras clave: Lupus, Cutáneas, Sistémico, Farmacológico, Autoinmune.

ABSTRACT

Cutaneous lupus erythematosus is an autoimmune disease that can present with limited involvement of the skin or with systemic manifestations. It is characterized by having a chronic and relapsing course induced or aggravated by sunlight. The methodology used for this research work is part of a documentary bibliographical review, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as Updating the management of skin lesions associated with lupus. The data collection technique is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, Science Direct, among others, relying on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. Lupus is a complex pathology, where multiple factors intervene for its development, hence the importance of knowledge by health professionals of its most common clinical manifestations, its classification and complications associated with different organs of the body, its prompt diagnosis. It can generate a better quality of life and survival for patients. There are different classification guides for the disease, such as the American Society of Rheumatology (American College of Rheumatology) and Systemic Lupus International Collaborating Clinics Group (SLICC), the latter standing out for its greater degree of sensitivity at the time of diagnosis, the management of this pathology. It will depend on the degree of involvement or stage that occurs, which could range from non-pharmacological treatment with creams for skin lesions and/or sunscreens, as well as pharmacological treatments such as non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), glucocorticoids, among others.

Keywords: Lupus, Cutaneous, Systemic, Pharmacological, Autoimmune.

RESUMO

O lúpus eritematoso cutâneo é uma doença auto-imune que pode apresentar-se com um envolvimento limitado da pele ou com manifestações sistémicas. Caracteriza-se por ter uma evolução crónica e recaída induzida ou agravada pela luz solar. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação faz parte de uma revisão bibliográfica documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a um nível teórico como a Actualização da gestão das lesões cutâneas associadas ao lúpus. A técnica de recolha de dados é composta por materiais electrónicos, estes últimos como Google Scholar, PubMed, Science Direct, entre outros, apoiando-se na utilização de descritores em ciências da saúde ou terminologia MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. O lúpus é uma patologia complexa, onde intervêm múltiplos factores para o seu desenvolvimento, daí a importância do conhecimento pelos profissionais de saúde das suas manifestações clínicas mais comuns, a sua classificação e complicações associadas aos diferentes órgãos do corpo, o seu diagnóstico rápido. Pode gerar uma melhor qualidade de vida e de sobrevivência para os pacientes. Existem diferentes guias de classificação da doença, tais como a American Society of Rheumatology (American College of Rheumatology) e o Systemic Lupus International Collaborating Clinics Group (SLICC), destacando-se este último pelo seu maior grau de sensibilidade no momento do diagnóstico, a gestão desta patologia. Dependerá do grau de envolvimento ou fase que ocorra, que poderá variar entre tratamentos não farmacológicos com cremes para lesões cutâneas e/ou protectores solares, bem como tratamentos farmacológicos, tais como anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), glicocorticóides, entre outros.

Palavras-chave: Lúpus, Cutâneo, Sistémico, Farmacológico, Autoimune.

Introducción

El lupus eritematoso cutáneo es una enfermedad autoinmune que puede presentarse con compromiso limitado a la piel o bien con manifestaciones sistémicas. Se caracteriza por tener un curso crónico y recidivante inducido o agravado por la luz solar. Aparece hasta en el 85% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y puede ser la primera manifestación de la enfermedad en un tercio de los casos, con gran variabilidad entre pacientes, aunque pueden reconocerse patrones característicos de afección cutánea. (Leandro-Sandí et al., 2020)

Según Gilliam y Sontheimer (1981, donde se citó por, Zambenardi et al 2018), las lesiones cutáneas del LE pueden clasificarse como específicas o inespecíficas. Las lesiones específicas, definidas como las observadas exclusivamente en los pacientes con LE, se clasifican de acuerdo con sus características clínicas e histopatológicas en tres tipos: lupus eritematoso cutáneo agudo (LECA), lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECSA) y lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC). Las lesiones inespecíficas del LE son aquellas que no presentan un patrón histopatológico distintivo de LE y pueden hallarse en otras enfermedades (pág. 42).

Puede presentarse a cualquier edad, siendo más común entre los 30 y 50 años, afecta principalmente a mujeres y su prevalencia varía entre 40 a 200 casos/100.000 habitantes. La supervivencia a 5 años supera actualmente el 90% en países desarrollados; sin embargo, este comportamiento no es observado en América Latina, donde el LES suele ser más frecuente y más grave. El LES tiene gran repercusión a nivel sistémico, siendo la piel un órgano frecuentemente afectado, mostrando manifestaciones específicas e inespecíficas a nivel cutáneo. (Jácome et al., 2022)

Su diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y pruebas de laboratorio positivas posterior al descarte de otras enfermedades probables. Se suelen utilizar los criterios de

clasificación de LES como guía para obtener el diagnóstico, ya que estos facilitan la identificación de las manifestaciones clínicas más comunes en los pacientes de LES. Los criterios de clasificación que se han publicado a lo largo de los años, incluyen manifestaciones clínicas recurrentes y alteraciones inmunológicas presentadas constantemente por estos pacientes. (González Jiménez et al., 2021)

Las personas portadoras de LES presentan frecuentemente lesiones cutáneas, y/o mucosas; algunas de estas forman parte de los criterios diagnósticos de LES (Exantema malar, Lupus Discoide, Fotosensibilidad y Úlceras orales) según los criterios de Colegio Americano de Reumatología (ACR, American College of Rheumatology) 1982 y del modificado de 1997; y de los nuevos criterios de clasificación del LES del grupo Internacional de Clínicas Colaboradoras del Lupus Sistémico (SLICC, Systemic Lupus International Collaborating Clinics) que revisaron y validaron los criterios del ACR, que además incluyen al Lupus Cutáneo Subagudo, todas las formas de Lupus Cutáneo Crónico y la Alopecia. Esas manifestaciones cutáneo-mucosas de lupus eritematoso se clasifican en específicas; aquellas con histología característica de lupus eritematoso, que es la dermatitis de interfase, o bien pueden ser inespecíficas, sin dermatitis de interfase, es decir sin daño de la membrana basal a la anatomía patológica). (Riveros et al., 2021)

A pesar de su complejidad; los mecanismos patógenos comienzan a ser comprendidos involucrando a factores genéticos, hormonales y ambientales que conducen a una alteración del sistema inmunitario, con una respuesta de autoreactividad frente a las estructuras propias del organismo. Uno de los factores que se ha planteado como precursor de autoinmunidad es el estrés y factores inherentes a la personalidad de los pacientes, sin especificar cuáles. Existen criterios de que el ser humano utiliza la enfermedad para rehuir a problemas pendi-



tes, planteando que los síntomas pudieran ser manifestaciones físicas de conflictos psíquicos de cada paciente. (Iles Cuasqui et al., 2022)

El objetivo del tratamiento en el lupus eritematoso sistémico (LES) es mantener la calidad de vida del paciente, evitar el daño orgánico irreversible y optimizar la supervivencia a largo plazo. Es por ello que el manejo debe apuntar a alcanzar la remisión o, al menos, una baja actividad de la enfermedad, y prevenir la aparición de brotes. Dada la alta heterogeneidad clínica, el tratamiento debe realizarse siempre de forma individualizada. Considerando además la afectación multisistémica y su complejidad, se recomienda un enfoque multidisciplinar. Las decisiones terapéuticas deben ser compartidas con el paciente correctamente informado, evaluando la adherencia de forma periódica. (Emperiale et al., 2021)

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Actualización en el manejo de lesiones cutáneas asociadas a lupus. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Etiopatogenia

Tabla 1. Etiopatogenia lupus erimatoso

Tipo	Descripción
Factores genéticos	El lupus es más frecuente (hasta 10 veces) en los familiares de los pacientes con LES que en la población general. La susceptibilidad genética al LES es poligénica y heterogénea, estimándose una contribución de estos factores en torno al 60%, un porcentaje mayor que el de otras enfermedades reumáticas autoinmunes.
Factores hormonales	La función inmunorreguladora del estradiol, la testosterona, la progesterona, la dehidroepiandrosterona (DHEA) y las hormonas pituitarias, incluida la prolactina, ha apoyado la hipótesis de que modulan la incidencia y la gravedad del LES. La influencia hormonal en esa patología también se apoya en la mayor prevalencia de la enfermedad en mujeres y en individuos con síndrome de Klinefelter, en la menor frecuencia de aparición de la enfermedad antes de la menarquia o después de la menopausia y en las agudizaciones durante el puerperio o asociadas al uso de anticonceptivos orales.
Factores ambientales	La luz ultravioleta, además de los efectos locales en la piel, también puede aumentar el grado de autoinmunidad sistémica al interferir con el procesamiento de antígenos y la activación de los macrófagos. Reduce la metilación del ADN de las células T, y estas pueden volverse autorreactivas, lo que da como resultado la formación de autoanticuerpos. Existen también factores infecciosos como los virus que pueden estimular células específicas de antígeno en la red inmunitaria del paciente. De este modo, determinados virus han sido implicados en la patogenia del LES, particularmente esta asociación se ha visto con ciertos retrovirus y el virus de Epstein-Barr (VEB)
Papel de los autoanticuerpos	Los mediadores del LES son los autoanticuerpos y los complejos inmunes que forman con los antígenos. Esta formación de autoanticuerpos no órgano-específicos es predominantemente frente a antígenos nucleares y citoplasmáticos. Su producción puede ser por activación policlonal de las células B o por estimulación inmune dirigida por autoantígenos. Los autoanticuerpos suelen estar presentes durante años antes de que aparezca el primer síntoma de la enfermedad

Fuente: Adaptado de “Lupus eritematoso sistémico (I)”, por Rubio et al, 2021, Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Elaboración Propia.

Criterios de clasificación en base a Systemic Lupus International Collaborating Clinics Group (SLICC)

Criterios Clínicos	Criterios Inmunológicos
1. Lupus Cutáneo Agudo o Subagudo 2. Lupus Cutáneo Crónico 3. Ulceras orales (paladar, bucal, lengua) o nasales 4. Alopecia no cicatrizal 5. Sinovitis ≥ 2 o más articulaciones 6. Serositis: pleuritis o pericarditis (≥ 1 día) 7. Renal: radio Proteína /creatinina o proteinuria de 24 hs ≥ 500 mg o presencia de cilindros hemáticos 8. Neurológico: convulsiones, psicosis, mononeuritis múltiple, mielitis, neuropatía central o periférica, síndrome orgánico cerebral.	1. ANA 2. Anti – DNA 3. Anti – Sm 4. Antifosfolípidos 5. Hipocomplementemia (C3, C4 y CH50) 6. Coombs directo (+) en ausencia de anemia hemolítica
9. Anemia hemolítica autoinmune 10. Leucopenia < 4.000 o linfopenia < 1.000 ; ≥ 1 vez 11. Trombocitopenia < 100.000 ≥ 1 vez	
<p>Se clasifica a un paciente como portador de LES si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nefritis lúpica comprobada por biopsia + ANA o Anti – DNA (+) • Reúne ≥ 4 criterios: incluyendo por lo menos 1 criterio clínico y 1 criterio inmunológico 	

Imagen 1. Criterios de clasificación (SLICC)

Fuente: Adaptado de “Lupus eritematoso sistémico complicado en adulto”, por Zambrano Salazar, 2018, Universidad Técnica de Ambato.

Los criterios SLICC tienen una sensibilidad superior a los criterios previos (SLICC 94% vs American College of Rheumatology (ACR) 86%), sin embargo, en cuanto a la especificidad es semejante; ACR 93% y SLICC 92%. Al utilizar los criterios de clasificación SLICC se consigue un menor número de errores con respecto a la clasificación de los pacientes con lupus; por lo tanto, los criterios SLICC representan mejor el com-

promiso orgánico e inmunológico, permitiendo también un diagnóstico más temprano. (Zambrano Salazar, 2018)

Criterios clasificatorios en base Según la Sociedad Americana de Reumatología (American College of Rheumatology)



Critério	Definición
1. Eritema malar	Eritema fijo, plano o elevado, sobre las eminencias malares, respetando los pliegues nasolabiales
2. Rash discoide	Zonas eritematosas elevadas con escamas queratóticas adherentes y taponamiento folicular. En las lesiones antiguas puede producirse cicatrización atrófica
3. Fotosensibilidad	Erupciones cutáneas desproporcionadas tras exposición a la luz solar. Por historia u observada por el medico

Continuación imagen 2

4. Ulceras orales	Ulceras orales o nasofaríngeas, normalmente indoloras, observadas por el medico
5. Artritis	Artritis no erosiva en dos o más articulaciones periféricas, con inflamación, derrame sinovial o dolor a la palpación
6. Serositis	Pleuritis: historia clínica convincente. roce auscultado por un médico o demostración de derrame pleural o Pericarditis: documentada por ECG. roce auscultado por un médico o demostración de derrame pericárdico.
7. Nefropatía	Proteinuria persistente superior a 0.5 g/día o >3+ si no se ha cuantificado. o Cilindruria: de hematíes o hemoglobina, cilindros granulosos, tubulares o mixtos
8. Alteración neurológica	Convulsiones o psicosis, en ausencias de trastorno metabólico, electrolítico o de fármacos que las puedan producir
9. Alteración hematológica	Anemia hemolítica con reticulocitosis o Leucopenia < de 4.000/mm ³ en ≥ 2 ocasiones o Linfopenia < de 1.500/mm ³ en ≥ 2 ocasiones o Trombopenia < de 100.000/mm ³ no

Continuación imagen 2

	secundaria a fármacos.
10. Alteración inmunológica	Anti DNA positivo O Anti Sm positivo O Anticuerpos Antifosfolípidos positivos basado en 1) Anticuerpos anticardiolipinas IgG o IgM (+) a títulos medios o altos 2) Anticoagulante lúpico (+) o Serología luética falsamente (+) durante al menos 6 meses
11. Anticuerpos antinucleares positivos	Título anormal de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia o por otro test equivalente en ausencia de fármacos capaces de producir lupus inducido por los mismos
Para el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico son necesarios cuatro de estos 11 criterios, no necesariamente simultáneos	

Imagen 2. Criterios clasificatorios (ACR)

Fuente: Adaptado de “Lupus eritematoso sistémico complicado en adulto”, por Zambrano Salazar, 2018, Universidad Técnica de Ambato.

Se basa en 11 criterios, de los cuales se requieren 4 o más de estos criterios, ya sea en secuencia o simultáneamente, durante cualquier intervalo de la observación, la especificidad y sensibilidad son del 95% y 75%, respectivamente. Estos criterios fueron publicados en 1982 por el comité de criterios diagnósticos y terapéuticos del American College of Rheumatology (ACR), y fueron revisados en 1992. (Zambrano Salazar, 2018)

Hallazgos clínicos



Tabla 1. Hallazgos clínicos

Hallazgos	Descripción
Lupus cutáneo agudo	Es el clásico eritema malar, conocido como “brote en alas de mariposa”. Se presenta en 40-50% de los pacientes con LES al momento del diagnóstico o puede ser transitorio y afectar la piel solamente en las semanas a meses precedentes al inicio de la enfermedad sistémica. Se extiende sobre las mejillas y la nariz y respeta el surco nasogeniano. Puede comprometer frente y tórax. En pocos pacientes hay una extensión más generalizada, que involucra la superficie extensora de brazos y la piel que se encuentra entre las articulaciones metacarpofalángicas proximales
Lupus cutáneo subagudo	Es el segundo en frecuencia dentro del lupus cutáneo (15%) y el más común en caucásicos. Se trata de lesiones de distribución simétrica, en áreas fotoexpuestas y con marcada fotosensibilidad, que se caracterizan por un eritema descamativo policíclico o bien por máculas eritematosas en forma de anillo y pápulas en la parte superior del tórax anterior y el dorso. Puede extenderse a brazos y rara vez afecta piernas. Típicamente la región centrofacial está respetada, pero puede haber lesiones periféricas. En la mitad de los casos se encuentran lesiones policíclicas o anulares y la otra mitad se conforma por lesiones papuloescamosas o psoriasiformes y algunos pacientes desarrollan ambos tipos de lesiones. Hasta un 50% de los pacientes con lupus subagudo cumplen 4 o más criterios de clasificación de LES del Colegio Americano de Reumatología, sin embargo, solo 10- 15% desarrollan manifestaciones sistémicas severas. Incluso cuando cumplen criterios para enfermedad sistémica, esta tiende a tener un curso benigno
Lupus cutáneo crónico	El lupus discoide es la forma más frecuente (80%) y ocurre más en afroamericanos. Puede ocurrir en forma localizada (80%) cuando las lesiones sólo se limitan a cara, orejas y cuero cabelludo o en forma generalizada (20%) si hay compromiso debajo del cuello. Esta última tiene mayor riesgo de progresión a LES, especialmente cuando involucra el tronco. El lupus profundo es una forma rara manifestada por nódulos indurados o placas que resultan en lipoatrofia profunda. Se asocia por lo general con lesiones discoides en la piel suprayacente. Histológicamente hay paniculitis lobular asociada a deposición de mucina entre los haces de colágeno. Estas lesiones se ubican en cabeza, cuello, tórax y parte proximal de los brazos. La perniois se caracteriza por placas purpúricas dolorosas en áreas acrales expuestas al frío, sobre todo dedos y ortijos, las cuales pueden volverse hiperqueratósicas y ulcerarse
Lupus cutáneo intermitente	El lupus tímido se diferencia de otras variantes de lupus cutáneo, pero a la vez comparte ciertas características clínicas e histológicas. Son placas únicas o múltiples induradas, suculentas, de aspecto urticarial, con superficie homogénea rojiza o violácea, en áreas fotoexpuestas (cara, dorso superior, tórax, superficies extensoras de brazos y hombros) y respetan piel sobre articulaciones metacarpofalángicas proximales, borde medial de brazos y axilas. La característica más importante es el aspecto inflamado y la ausencia de compromiso epidérmico, con prominentes depósitos de mucina. Son lesiones bien delimitadas con tendencia a coalescer en la periferia, formando círculos o con inflamación en la periferia y aplanamiento en el centro. Algunos desarrollan lesiones similares al lupus subagudo anular, pero no tienen el collarate de descamación.

Fuente: Adaptado de “Lupus eritematoso cutáneo: una revisión bibliográfica”, por Leandro-Sandí et al, 2020, Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud. Elaboración Propia.

Otras manifestaciones clínicas

- **Manifestaciones renales:** el desarrollo de la enfermedad conlleva en algún momento, una afectación renal, siendo en muchos casos, el único síntoma de Lupus Eritematoso Sistémico, pudiendo ser benigna y asintomática, o fatal y progresiva; entre estas lesiones están la proteinuria, la hipertensión y el edema.
- **Manifestaciones obstétricas:** incluyen una pérdida fetal que puede acontecer de manera temprana o tardía, a más de aumentar el riesgo a un posible aborto recurrente. A pesar de que una mujer en embarazo desarrolle esta enfermedad, puede sobrellevar su proceso de gestación de manera normal, especialmente posterior a las sexto o doceavo mes de remisión, siendo muy frecuente, el apareamiento de brotes de Lupus Eritematoso Sistémico ya sea durante el embarazo y el puerperio.
- **Manifestaciones hematológicas:** estos síntomas incluyen cuadros de anemia, trombocitopenia, trombosis arterial y una alta vulnerabilidad a complicaciones obstétricas.
- **Manifestaciones gastrointestinales:** incluye alteraciones como la motilidad intestinal o la pancreatitis, como consecuencia directa de esta enfermedad, poniéndose de manifiesto con dosis significativas de corticosteroides o azatioprina.
- **Manifestaciones Pulmonares:** Se conoce que cerca de la mitad de los pacientes con LES, han presentado molestias en sus pulmones al menos una vez en el transcurso de la enfermedad y son las afecciones pulmonares las responsables de la mortalidad en estos pacientes. La afección pleural es la manifestación pulmonar, que se presenta comúnmente en los pacientes con LES, la sintomatología que presenta suele ser dolor pleurítico, que es acompañado de tos, fiebre y disnea.

- **Manifestaciones Odontológicas:** Los pacientes que han sido diagnosticados con LES, presentan diversas manifestaciones odontológicas, se estima que alrededor del 2% al 80% de los pacientes han presentado malestar en la cavidad oral. La mayoría de estas manifestaciones se suelen presentar como úlceras y eritemas discoides. (Iles Cuasqui et al., 2022)

Tratamiento

Tratamiento de la afectación cutánea

Además de las medidas generales (fotoprotección y abstinencia de tabaco) esenciales, la primera línea de tratamiento consiste en el uso de antipalúdicos, GC tópicos de media/alta potencia (triamcinolona, fluocinolona; hidrocortisona en caso de lesiones faciales), con o sin uso de GC orales (la dosis depende de la gravedad y extensión del compromiso cutáneo; en general, prednisona 0,25-0,5 mg/kg/día o equivalente inicial por 15 días y pauta descendente). En algunos casos, puede intentarse el tratamiento tópico también con anticalcineurínicos (tacrolimus, pimecrolimus), para evitar la prolongación excesiva de GC tópicos. En caso de lesiones localizadas resistentes, puede utilizarse GC intralesionales. Es posible plantearse el uso de quinacrina como tratamiento añadido o secuencial a la HCQ. La segunda línea de tratamiento incluye el empleo de metotrexato y, en caso de intolerancia o respuesta inadecuada, se deben considerar también azatioprina (100 mg/día en general, pero según actividad de tiopurinametiltransferasa), micofenolato de mofetilo (1-2 g/día) o micofenolato sódico (720-1440 mg/día), dapsona (útil en lupus cutáneo subagudo, especialmente ampuloso; 50 mg/día inicial, puede aumentarse 50 mg cada 2 semanas hasta los 200-300 mg/día) y retinoides. Otras opciones menos utilizadas son talidomida, lenalidomida, sulfasalazina y clofazimina.

Antipalúdicos

El uso de antipalúdicos se recomienda en todos los pacientes con LES, salvo contraindicación. Los antipalúdicos han demostrado reducir la actividad de la enfermedad y la aparición de brotes, mantener la remisión clínica, permitir la reducción de dosis de corticoides, disminuir el riesgo de infecciones y aumentar la supervivencia.

Tratamiento de la afectación musculoesquelética

En el esquema terapéutico inicial de la afectación articular se deben considerar los antipalúdicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y GC en dosis bajas. Si no se logra controlar la artritis, debe indicarse la asociación de metotrexato (15 mg/semana inicial, y aumento progresivo hasta el control de los síntomas o 25 mg/semana). Si la administración de metotrexato es ineficaz o mal tolerada, puede valorarse el cambio por leflunomida o azatioprina. En casos resistentes a estas opciones, lo más indicado sería iniciar un tratamiento biológico. De elección sería belimumab, con indicación aprobada para la artritis en el LES; pero, en algunos casos, sobre todo de pacientes con un curso articular con características más similares a la artritis reumatoide (AR) (persistente, deformante o erosiva) o con otras manifestaciones graves asociadas cabría emplear RTX (dos dosis de 1000 mg separadas por 15 días que pueden repetirse cada 6 meses).

Tratamiento de la afectación hematológica
Las citopenias inmunomediadas, como la afectación hematológica más frecuente, requieren de un tratamiento orientado a mantener los recuentos celulares sanguíneos dentro de límites seguros para el paciente. Las citopenias leves (leucopenia, neutropenia superior a 1000/+, anemia asintomática con hemoglobina mayor de 10 g/dl, trombopenia mayor de 20000-30000/mm³ sin sangrado) no suelen precisar tratamiento. Se debe excluir como causa la toxicidad farmacológica. (Emperiale et al., 2021)

Enfermedad renal

El abordaje de la afectación renal se divide en dos fases, una de inducción y una de mantenimiento. El objetivo de este enfoque es lograr una respuesta renal con agentes citotóxicos administrados durante varios meses, y luego mantener esta respuesta mediante el uso de fármacos que generen menos toxicidad. La biopsia renal se recomienda para la mayoría de los pacientes con sospecha de nefritis lúpica, lo cual presenta gran importancia debido a que el tratamiento debe ser dirigido al tipo de nefritis que presente el paciente.

Serositis

La pleuritis y la pericarditis a menudo responden al tratamiento con AINES o glucocorticoides. En pacientes con enfermedad grave o refractaria, se pueden utilizar dosis moderadas a altas de estos (p. Ej., Prednisona, 0,5-1 mg / kg / día) durante períodos cortos de tiempo. En pacientes con síntomas persistentes o recurrentes la asociación de hidroxiclороquina o colchicina tiene un efecto positivo. (González Jiménez et al., 2021)

Conclusiones

El lupus es una patología compleja, donde interviene múltiples factores para su desarrollo, de allí la importancia del conocimiento por parte de los profesionales de la salud de sus manifestaciones clínicas más comunes, su clasificación y complicaciones asociadas a diferentes órganos del cuerpo, su pronto diagnóstico le puede generar una mejor calidad de vida y sobrevida a los pacientes. Existen diferentes guías de clasificación de la enfermedad como Sociedad Americana de Reumatología (American College of Rheumatology) y Systemic Lupus International Collaborating Clinics Group (SLICC), destacándose esta última por su mayor grado de sensibilidad a la hora del diagnóstico, el manejo de esta patología va a depender del grado de afectación o estadio que se presente, que puede ir desde un tratamiento no farmacológico con cremas

para las lesiones cutáneas y/o protectores solares, así como tratamientos farmacológicos como antiinflamatorios no esteroideos (AINE), glucocorticoides, entre otros.

Bibliografía

- Emperiale, V., Rubio, E. R., Cuba, J. S., & Castañeda, N. G. (2021). Lupus eritematoso sistémico (II). Estrategia terapéutica. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(31), 1751–1759. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.04.002>
- González Jiménez, D., Mejía Bonilla, S., & Cruz Fallas, M. (2021). Lupus eritematoso sistémico. *Revista Medica Sinergia*, 6(1), e630. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i1.630>
- Iles Cuasqui, V. E., Gómez Rojas, I. A., Cadena Pineda, P. A., & Sigüencia Sanmartín, J. E. (2022). Actualización en el manejo del Lupus Eritematoso sistémico. *RECIMUNDO*, 6(4), 299–315. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.299-315](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.299-315)
- Jácome, E. A. O., Jácome, L. F. O., Álvarez, C. M. N., & Cuasapaz, A. E. M. (2022). Lesiones cutáneas en Lupus eritematoso sistémico. *RECIMUNDO: Revista Científica de La Investigación y El Conocimiento*, 6(1), 13–24. <https://doi.org/https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1496>
- Leandro-Sandí, V., López-Sáenz, J. G., & Quesada-Musa, C. (2020). Lupus eritematoso cutáneo: una revisión bibliográfica. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de La Salud*, 6(3), 117–124.
- Riveros, R., Di Martino, B., & Mascaró Galy, J. M. (2021). Clinical-epidemiological and histological characteristics of patients with systemic lupus erythematosus with cutaneous manifestations. *Revista Paraguaya de Reumatología*, 7(1), 7–12. <https://doi.org/10.18004/rpr/2021.07.01.7>
- Rubio, E. R., Emperiale, V., Ruiz, P. P., & Castañeda, N. G. (2021). Lupus eritematoso sistémico (I). *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(31), 1739–1750. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.04.001>
- Zambernardi, A., Bendjuia, G., Manzano, R. E., Berben, M. D., Frare, C. P., Perfetti, M., & Feinsilber, D. (2018). Lupus eritematoso cutáneo. Estudio de 92 pacientes. *Dermatología Argentina*, 24(1), 41–46.
- Zambrano Salazar, P. G. (2018). Lupus eritematoso sistémico complicado en adulto. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.

CITAR ESTE ARTICULO:

Cabezas Godoy, B. M., Dávila Campoverde, J. M., Mendoza Chávez, N. G., & Proaño Sánchez, M. E. (2023). Actualización en el manejo de lesiones cutáneas asociadas a lupus. *RECIAMUC*, 7(1), 11-21. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.11-21](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.11-21)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.