

Lupus eritematoso cutáneo. Estudio retrospectivo en 47 pacientes

Cutaneous lupus erythematosus. A retrospective study in 47 patients

Gimena Bolomo,¹ Juan Francisco Palazzolo,² María José Ibáñez,³ María Sara Gómez Sierra,⁴ Gabriela Arena,⁵ Roxana Maradeo,⁵ María Victoria Garritano,⁵ María de los Ángeles Michelena⁵ y Ana María Chiavassa⁶

RESUMEN

El lupus eritematoso (LE) es una enfermedad multisistémica en cuya etiología influyen factores genéticos, ambientales y hormonales.

En este trabajo efectuamos un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes mayores de 16 años que consultaron en el Servicio de Dermatología del HIGA San Martín de La Plata durante el período comprendido entre enero de 2009 y agosto de 2014. Las lesiones mucocutáneas se dividieron según la clasificación de James Gilliam. Se recolectaron datos de edad, género, variantes clínicas y asociación con otras enfermedades autoinmunes. La información se obtuvo a partir de las historias clínicas del Servicio de Dermatología. Nuestro objetivo fue describir las distintas variantes clínicas de LE, establecer su distribución por género, edad y comparar los resultados con la bibliografía.

Se evaluó un total de 47 pacientes con diagnóstico de LE. De éstos, el 78,72% fueron mujeres. Del total de pacientes, el 85,1% presentó lesiones específicas. Dentro de éstas (n = 50), 26 correspondieron a la variante de LECC (52%), 15 a LECA (30%) y 9 a LECSA (18%). Entre estos casos destacamos un LED secundario al uso de etanercept y 2 casos de síndrome de Rowell. Las lesiones inespecíficas se presentaron en 33 pacientes, en 7 de ellos fueron la única manifestación cutánea presente. Uno de estos pacientes presentó un lupus ampollar. Dentro de las asociaciones encontradas, la más frecuente fue el síndrome antifosfolipídico, el cual se manifestó en un paciente con úlceras cutáneas necróticas (*Dermatol. Argent.*, 2014, 20 (6): 400-410).

Palabras clave:

*lupus,
lupus eritematoso,
lupus cutáneo.*

¹ Residente de 4º año

² Jefe de Residentes

³ Residente de 3º año

⁴ Residente de 2º año

⁵ Médicas de planta

⁶ Jefa del Servicio

HIGA San Martín, Servicio de Dermatología, calle 1 y 70, La Plata, provincia de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Gimena Bolomo. gbolomo@gmail.com

ABSTRACT

Lupus erythematosus (LE) is a multisystem disease; its etiology is influenced by genetic, environmental and hormonal factors.

In this work we conducted a retrospective study of patients (age 16 or more) who consulted the Department of Dermatology of HIGA San Martín de La Plata during the period between January 2009 and August 2014. The mucocutaneous lesions were divided according to the James Gilliam's classification.

Data on age, sex, clinical variants and association with other autoimmune diseases were collected. The information was obtained from medical records.

Our objective was to describe the different clinical forms of LE, establishing their distribution by sex, age and comparing the results with those of the literature.

A total of 47 patients were evaluated. Of these 78.72% were women and 85.1% had specific injuries which corresponded to LECC (52%), LECA (30%) and LECSA (18%). One of the patients had LED lesions due to the use of etanercept and we also had 2 cases of Rowell syndrome. Nonspecific lesions occurred in 33 patients, in 7 of them were the only cutaneous manifestation. There was a case of bullous lupus. Among the associations found, the most frequent was the antiphospholipid syndrome, which was manifested in one patient with necrotic skin ulcers (*Dermatol. Argent.*, 2014, 20 (4): 400-410).

Keywords:

lupus, lupus erythematosus, cutaneous lupus.

Fecha de recepción: 21/01/2015 | **Fecha de aprobación:** 25/02/2015

Introducción

El lupus eritematoso (LE) es una enfermedad inflamatoria, autoinmune, multisistémica y de etiología desconocida en la cual influyen factores genéticos, ambientales y hormonales.^{1,2}

La prevalencia aproximada del lupus eritematoso sistémico (LES) es de 17 a 48 casos por 100.000 habitantes, con una relación hombre: mujer de 1:10 y es más frecuente en africanos, hispánicos y asiáticos entre los 20 y 40 años. Sin embargo, no hay datos concretos acerca de la prevalencia del lupus eritematoso cutáneo (LEC).

Estimaciones de algunos autores indican que el lupus cutáneo sería 3 veces más frecuente que el LES, pero el estudio de Durasoro *et ál.* demostró que la incidencia de LEC y LES es similar (3,08 versus 2,78 por 100.000).³

El LE es una enfermedad polimorfa con un amplio espectro clínico, desde lesiones cutáneas exclusivas hasta el compromiso de órganos internos con gran morbimortalidad. El compromiso cutáneo es la segunda manifestación

más frecuente después de las artralgias, y ocurre en el 70-80% de los pacientes.^{2,4,5}

Las lesiones de LEC se clasifican en específicas e inespecíficas. Las primeras muestran una histopatología característica, mientras que las segundas no presentan un patrón distintivo y aparecen también en otras enfermedades.

Las lesiones cutáneas específicas se dividen según la clínica, evolución y hallazgos de laboratorio en lupus cutáneo crónico (LECC), lupus cutáneo subagudo (LECSA) y lupus cutáneo agudo (LECA)^{2,4,6} (cuadro 1).

Las lesiones inespecíficas de LE incluyen: fotosensibilidad, alopecia difusa, alteraciones unguales, hemorragias en astilla, livedo reticularis, fenómeno de Raynaud, telangiectasias periungulares, gangrena, púrpura y vasculitis.⁴

Objetivos

Identificar las distintas variantes clínicas de LE cutáneo, establecer su distribución por género y edad, describir asociación con LES y otras enfermedades, y comparar los resultados con la bibliografía.

CUADRO 1. Lesiones cutáneas específicas del LE	
Lesiones con histopatología específica	
• Lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC)	
<ul style="list-style-type: none"> - Lupus eritematoso discoide (LED) - Lupus hipertrófico o verrugoso - Lupus profundo o paniculitis lúpica - Lupus tímido - Lupus pernio o sabañón - Lupus mucoso 	
• Lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECSA)	
<ul style="list-style-type: none"> - Anular policíclico - Papuloescamoso o psoriasiforme 	
• Lupus eritematoso cutáneo agudo (LECA)	
<ul style="list-style-type: none"> - Forma localizada benigna - Forma diseminada - Variante ampollar 	

Material y método

Se efectuó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que consultaron en el Servicio de Dermatología

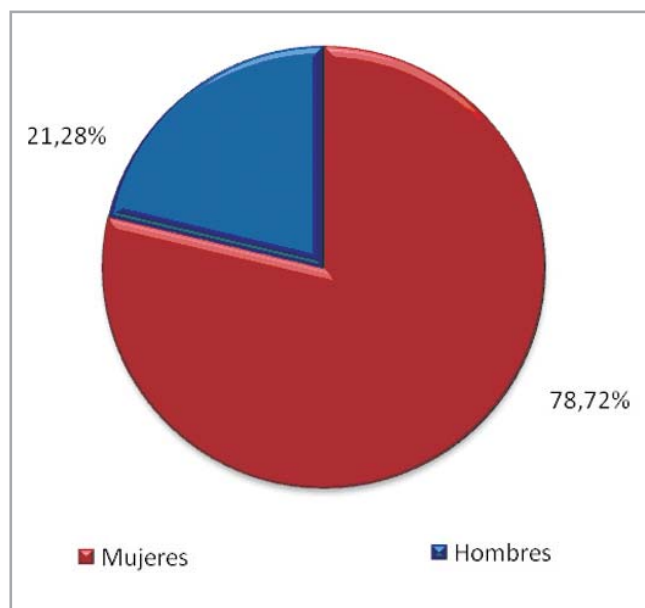


GRÁFICO 1. Distribución por género de los pacientes con LEC.

del HIGA San Martín de la ciudad de La Plata, durante el período comprendido entre enero de 2009 y agosto de 2014. Se incluyeron aquellos pacientes mayores de 16 años con diagnóstico clínico y/o histopatológico de lupus eritematoso. Las lesiones mucocutáneas se dividieron en específicas e inespecíficas, según la clasificación de James Gilliam y el LES se diagnosticó con 4 de los 11 criterios revisados en 1997 de la American College of Rheumatology.

Se recolectaron datos de edad, género, variantes clínicas y asociación con LES y otras enfermedades autoinmunes. La información se obtuvo a partir de las historias clínicas del Servicio de Dermatología.

Resultados

Se evaluó un total de 47 pacientes con diagnóstico de LE cutáneo. De éstos, 37 (78,72%) fueron mujeres y 10 (21,28%) hombres. La edad promedio al diagnóstico en el primer grupo fue de $37 \pm 11,76$ años, con un rango de entre 16 y 71, mientras que en el segundo fue de $41 \pm 12,96$ años, con un rango de entre 23 y 60 (gráfico 1).

Del total de pacientes, 40 (85,1%) presentaron lesiones específicas: 7 (17,5%) un único subtipo de lesión específica, 11 (27,5%) más de un subtipo de lesión específica y 22 (55%) coexistencia de lesiones específicas y no específicas. Sólo 7 pacientes (14,9%) presentaron únicamente lesiones inespecíficas (gráfico 2).

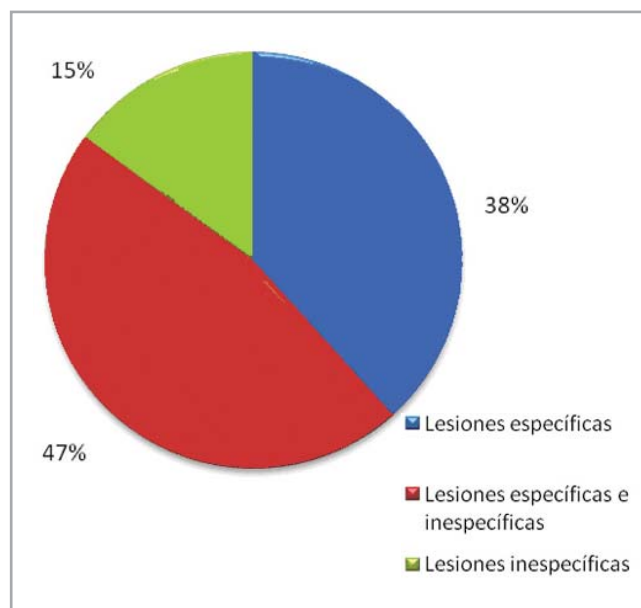


GRÁFICO 2. Distribución según la especificidad de las lesiones cutáneas.

Dentro de las lesiones específicas (n = 50), 26 correspondieron a la variante de LECC (52%), 15 a LECA (30%) y 9 a LECSA (18%) (gráfico 3).

En el subgrupo de LECC, la variante más frecuente fue el LED, con un total de 20 lesiones (76,92%). Le siguieron en orden de frecuencia el lupus eritematoso hipertrófico o verrugoso: 3 lesiones (11,53%), paniculitis lúpica: 2 lesiones (7,69%) y lupus mucoso: 1 lesión (3,84%) (foto 1). En cuanto a la distribución por género, 18 pacientes (81,81%) correspondieron al género femenino y 4 (18,18%) al masculino.

La edad promedio de presentación en el LED fue de $35,62 \pm 11,89$ años, con un rango de entre 16 y 71. La forma clínica localizada se presentó en 19 pacientes y la generalizada en 1.

El segundo subtipo en frecuencia de LECC, la variante hipertrófica, se presentó en 3 pacientes de género femenino, de las cuales una presentaba LES y otra tenía coexistencia con lesiones de LED y de LECSA.

Por último, la paniculitis lúpica se observó en 2 pacientes de género femenino. En ambas mujeres se evidenció ade-

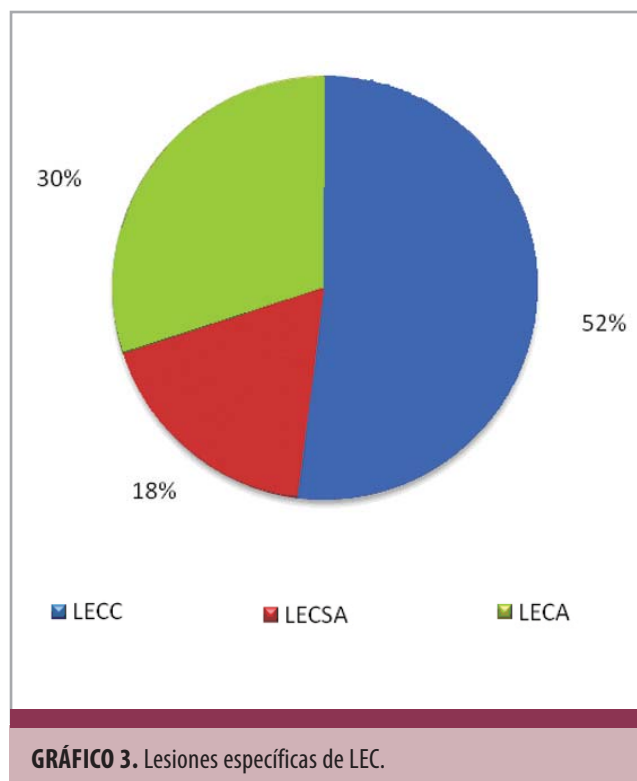


FOTO 1. A y B. Pacientes con lesiones de lupus discoide en cara. **C y D.** Paciente con lesiones de lupus hipertrófico en manos.



FOTO 2. A. Paciente con diagnóstico de paniculitis lúpica, atrofia de tejido celular subcutáneo a nivel de tronco. **B.** Paciente con lesiones de LED más paniculitis lúpica en ambos brazos.

más otra variante clínica, LED en una y lesiones de LECSA en la otra (foto 2).

No registramos pacientes con lupus sabañón y lupus tumidus en nuestra casuística.

En orden de frecuencia, el LECA fue la segunda forma de presentación. La edad promedio de los pacientes fue de 37 años. La mayoría fue de género femenino (n = 10; 83,3%). La manifestación principal fue el eritema malar o en alas de mariposa, que se observó en 12 pacientes.

La asociación con eritema multiforme (síndrome de Rowell) se presentó en 2 pacientes (foto 3).

Presentaron lesiones de LECSA 9 pacientes (18%). La forma clínica más frecuente fue la de tipo anular policíclico (n = 6; 66,6%) y 3 pacientes presentaron lesiones psoriasiformes (33,3%). La distribución por género fue de 8 mujeres y 1 hombre.

Las lesiones inespecíficas se presentaron en 33 pacientes, como describimos anteriormente; en 7 de ellos fueron la



FOTO 3. A. Paciente con diagnóstico de LES y lesiones símil eritema multiforme (síndrome de Rowell). **B.** Lesión a mayor aumento.

única manifestación cutánea presente. Las halladas con mayor frecuencia fueron: fotosensibilidad en 23 pacientes (48%), alteraciones unguales y periungulares en 8 (16,66%), alopecia difusa en 5 (10,42%), vasculitis en 2 (4,16%) y livedo reticularis en 1 paciente (2,1%) (foto 4). Destacamos el caso de un paciente de género masculino de 42 años con lupus ampollar. Es importante recordar en este caso la espectacular respuesta de este subtipo de lupus a la dapsona⁷⁻¹⁰ (foto 5).

Del total de pacientes con lesiones cutáneas de LE, el 50% cumplía criterios de enfermedad sistémica en el grupo de LECC, el 66,66% en el de LECSA y el 100% en el de LECA¹¹ (gráfico 4).



FOTO 4. Paciente con diagnóstico de LES y lesiones de livedo reticularis racemoso.

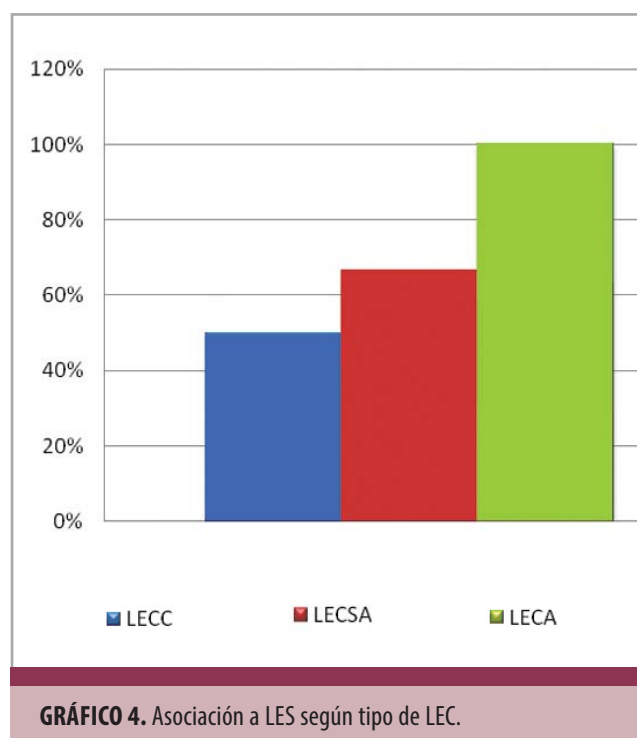


GRÁFICO 4. Asociación a LES según tipo de LEC.

Dentro de las asociaciones encontradas, la más frecuente fue el síndrome antifosfolípídico ($n = 4$; 8,51%), el cual se manifestó en 1 paciente con úlceras cutáneas necróticas. Siguieron en orden de frecuencia: eritema multiforme ($n = 2$; 4,25%), artritis reumatoide ($n = 2$; 4,25%), pioderma gangrenoso ($n = 1$; 2,12%), hipotiroidismo ($n = 1$; 2,12%), enfermedad celíaca ($n = 1$; 2,12%) y alopecia areata ($n = 1$; 2,12%).

Discusión

El LEC se presentó con mayor frecuencia en el género femenino (78,72%), con una relación mujer: hombre de casi 4:1. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 37 años. Estos resultados coinciden con la bibliografía.^{2,12,13}

Dentro de las manifestaciones específicas, la variante más frecuente fue el LECC (52%). Le siguieron en frecuencia el LECA (30%) y el LECSA (18%).

El LED es la forma más frecuente de LECC (50% a 85% de los casos de LEK).¹⁴ Predomina en el género femenino, entre los 20 y 40 años, con una relación mujer: hombre de 3:1.^{5,14,15} En nuestro estudio el LED correspondió al 77% de las lesiones de LECC, coincidiendo además con la distribución por género y edad promedio.



FOTO 5. A) Paciente con diagnóstico de lupus ampollar, lesión en miembro superior derecho. B) Resolución luego de la administración de dapsona.

Según la extensión de las lesiones, el LED se clasifica en localizado (lesiones en cabeza y cuello) y generalizado, cuando excede dicha topografía. Una de las razones para esta división es el riesgo de evolución a LES, siendo en el LED localizado del 5% y en el LED generalizado del 20%. Existen otros factores de riesgo para evolución a

enfermedad sistémica, como positividad para anticuerpos antinucleares (ANA) y alteraciones hematológicas.^{5,11} Destacamos el caso de un paciente masculino de 23 años que presentaba lesiones generalizadas de LED con ANA (+) 1/128 y anticuerpos anti-Ro (+) sin signos ni síntomas sistémicos al momento del diagnóstico (foto 6). Tras 4



FOTO 6. Paciente con lesiones de LED generalizado y en la mucosa oral.

años de seguimiento presentó artralgias, artritis y serositis con positividad de anticuerpos anti-ADN, Sm, Ro y La, confirmándose la evolución de LED generalizado a LES. En este mismo paciente se evidenciaron además lesiones discoideas en mucosa.

El lupus eritematoso inducido por drogas es un síndrome relacionado con el uso de determinados fármacos, y es en estos casos la forma de presentación cutánea más frecuente el LECSA y raramente el LECC. Este último ha sido descrito en asociación al 5-fluorouracilo y AINEs, y en algunos casos desencadenado por pantoprazol y anti-TNF.¹⁶⁻¹⁸

En nuestra casuística encontramos un caso de LED luego del uso de anti-TNF (etanercept). Se trataba de un hombre de 47 años con diagnóstico de artritis reumatoide, que a los 2 meses de tratamiento comenzó con lesiones de LED en cara y tronco, ANA 1/100 y anti-Ro (+). Sus lesiones remitieron con la suspensión del biológico y el tratamiento tópico de las mismas.

El LEC hipertrófico es una variante rara de LECC en la que la hiperqueratosis es excesiva. Es más común en individuos entre los 20 y 40 años de edad, con una relación femenino:masculino de 2:1.^{19,20} En nuestro estudio encontramos 3 pacientes femeninas con esta variedad, que representa el 11,54% de todas las lesiones de LECC.

El lupus profundo o paniculitis lúpica (LP) es una variedad muy infrecuente, se presenta en el 1-3% de los casos de LECC.^{5,21-23} Se denomina enfermedad de Irgang-Kaposi al cuadro en el cual el LP no se acompaña de lesiones de LED. En nuestro trabajo encontramos 2 pacientes, lo que representa el 7,69%, mayor a lo comunicado en la literatura pero probablemente sesgado por el número pequeño de casos analizado.

El LECA fue la segunda forma de presentación. La distribución por género, manifestaciones clínicas y porcentaje de pacientes con LES (100%) fueron similares a lo encontrado en la literatura.¹¹

El LECSA se divide en dos formas clínicas más frecuentes: la forma anular policíclica y la forma papuloescamosa o psoriasiforme.²⁴⁻²⁶ Encontramos que el LECSA fue la variante con el menor número de pacientes en nuestra población y la mayoría de los casos correspondió a la forma anular policíclica, tal como se describe en la bibliografía consultada.^{5,24,26}

Todos los tipos de lupus cutáneo pueden asociarse a LES, pero la frecuencia varía según la forma clínica: es del 72-90% en el LECA, del 58-61% en el LECSA y entre el 6%

y el 20% en el LCC.¹¹ Del total de nuestros pacientes, el 50% cumplía criterios de enfermedad sistémica en el grupo de LECC, el 66,66% en el de LECSA y el 100% en el de LECA. Podemos evidenciar un mayor porcentaje de asociación de LECC con LES en nuestro trabajo, probablemente debido al alto número de pacientes derivados con enfermedad sistémica por el Servicio de Reumatología.

Si bien en este trabajo los pacientes fueron clasificados dentro del grupo de LES según los criterios revisados en 1997 de la American College of Rheumatology, queríamos destacar que en 2012 The Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) propuso la renovación de los mismos (cuadro 2). Se incorporaron, entre otras cosas, todas las formas clínicas específicas de lupus cutáneo, el lupus ampollar y la alopecia difusa no cicatrizal. Se arribaría al diagnóstico de LES, según este grupo de trabajo, con la presencia de al menos 4 de los 17 criterios, que incluyan obligatoriamente 1 clínico y 1 de laboratorio, con una sensibilidad del 94% y una especificidad del 92%. Mientras que el diagnóstico histopatológico de nefritis lúpica más anticuerpos antinucleares o anti-DNA positivos serían criterios suficientes.²⁷

Se describe en diversos estudios la asociación hasta en el 40% de los casos de LES con anticuerpos antifosfolípidicos. Estos pacientes presentan fenómenos trombóticos, arteriales o venosos y abortos recurrentes; sus manifestaciones cutáneas características son livedo reticularis, úlceras recidivantes de miembros inferiores, necrosis digital y lesiones cutáneas pseudovasculíticas.²⁸⁻³⁰ Encontramos asociación con el síndrome antifosfolipídico en el 8,5%, número mucho menor que lo reportado en la literatura.

La segunda asociación en frecuencia que notamos fue con el eritema multiforme o síndrome de Rowell en 2 pacientes. Es una entidad poco frecuente caracterizada por la coexistencia de una forma de lupus cutáneo y lesiones tipo eritema multiforme. No está claro si es una entidad única o si es una forma de LECSA. Existen ciertos hallazgos comunes, dentro de los que destacan lesiones tipo eritema multiforme, presencia de ANA moteado, anti-Ro y factor reumatoideo.³¹⁻³³

La fotosensibilidad, las alteraciones unguales y la alopecia difusa fueron dentro de las lesiones inespecíficas las de mayor registro en nuestro estudio.^{5,34} Cabe destacar que todos los pacientes con manifestaciones inespecíficas sin otras lesiones cutáneas eran pacientes con LES derivados de Reumatología.

CUADRO 2. Nuevos criterios para el diagnóstico de LES (GRUPO SLICC 2012)

Criterios clínicos

- 1- Lupus cutáneo agudo
 - Eritema malar lúpico
 - Lupus ampollar
 - Necrólisis epidérmica tóxica como variante de LES
 - Eritema lúpico maculopapular
 - Eritema lúpico fotosensible
 o lupus cutáneo subagudo (lesiones policíclicas anulares y/o psoriasiformes)
- 2- Lupus cutáneo crónico
 - Lupus discoide clásico:
 - Localizado (por encima del cuello)
 - Generalizado (por encima y debajo del cuello)
 - Lupus hipertrófico (verrugoso)
 - Paniculitis lúpica (lupus profundo)
 - Lupus mucoso
 - Lupus eritematoso tumidus
 - Lupus sabañón
 - Superposición lupus discoide/liquen plano
- 3- Úlceras orales (paladar, lengua) o nasales. En ausencia de otra etiología
- 4- Alopecia no cicatrizal (adelgazamiento difuso o fragilidad capilar con cabello visiblemente roto en ausencia de otras causas)
- 5- Sinovitis en dos o más articulaciones (derrame o edema o dolor en 2 o más articulaciones y rigidez matutina de > 30 minutos)
- 6- Serositis
 - Pleuresía típica > 1 día o derrame pleural o frote pleural
 - Dolor pericárdico típico > 1 día o derrame pericárdico o frote pericárdico o pericarditis por ECG en ausencia de otras causas.
- 7- Renal
 - Relación proteínas/creatinina en orina u orina de 24 horas representando > 500 mg de proteína/24 horas o cilindros hemáticos
- 8- Neurológico
 - Convulsiones, psicosis, neuritis múltiple, mielitis, neuropatía craneal o periférica o estado confusional agudo (en ausencia de otras causas)
- 9- Anemia hemolítica
- 10- Leucopenia o linfopenia
 - Leucopenia < 4.000/mm³ o linfopenia < 1.000/mm³ (en ausencia de otras causas)
- 11- Trombocitopenia
 - < 100.000/mm³

Criterios inmunológicos

- 1- ANA por encima del rango de referencia del laboratorio
- 2- Anti-DNA doble cadena por encima del rango de referencia del laboratorio
- 3- Anti-Sm
- 4- Anticuerpos antifosfolípidos
 - Anticoagulante lúpico
 - VDRL falso positivo
 - Anticardiolipinas (IgM, IgG o IgA) título medio o alto
 - Anti-B2 glicoproteína (IgA, IgM o IgG)
- 5- Complemento bajo: C3, C4 o CH50
- 6- Coombs directo positivo en ausencia de anemia hemolítica

Conclusiones

Aunque las lesiones cutáneas del lupus son en la mayoría de los casos indoloras, generan una importante afectación en la calidad de vida, dada su localización y las cicatrices, en ocasiones desfigurantes, que dejan a su paso en quienes las padecen.³⁵

Consideramos de suma importancia el seguimiento por parte del dermatólogo de todas aquellas personas con diagnóstico de lupus con el fin de contribuir no sólo al diagnóstico y tratamiento integral del paciente, sino también de mejorar nuestro conocimiento sobre esta patología en nuestra población.

La mayoría de los trabajos publicados sobre estos pacientes se basa en aquellos con criterios de LES. En el caso de LE cutáneo, la búsqueda bibliográfica arroja datos obtenidos de series de casos, reportes de casos y revisiones bibliográficas.³⁶⁻³⁸

En la Argentina existen pocos estudios epidemiológicos exhaustivos de incidencia, prevalencia y características de la afectación cutánea de las distintas colagenopatías, entre ellas el LE.^{24,39,40} Esto se debe quizás al hecho de que los pacientes son atendidos por múltiples especialistas, dificultando un registro adecuado. El manejo de pacientes se lleva a cabo teniendo como guía los distintos consensos realizados por grupos de especialistas con amplia experiencia y de gran trayectoria.

Esperamos que trabajos pequeños como éste sean iniciadores de otros con mayor número de pacientes, generadores de interés por parte de los profesionales de la salud y permitan en un futuro definir características propias de esta enfermedad, en particular en nuestro medio.

Bibliografía

- Bertsias G., Cervera R., Boumpas D. Systemic lupus erythematosus: pathogenesis and clinical features, en Bijlsma J.W.J., Da Silva J., Hachulla E., Doherty M., Cope A., Liotée F. editor, *EULAR Textbook on Rheumatic Diseases*, 1º ed., Londres, BJM Group, 2012, 476-505.
- Grönhagen C.M., Nyberg F. Cutaneous lupus erythematosus: An update, *Indian Dermatol. Online J.*, 2014, 5: 7-13.
- Durosaro O., Davis M.D.P., Reed K.B., Rohlinger A.L. Incidence of cutaneous lupus erythematosus, 1965-2005: a population-based study., *Arch. Dermatol.*, 2009, 145: 249-253.
- Stringa O., Troielli P. Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de lupus eritematoso, *Sociedad Argentina de Dermatología*, 2006, 1-34.
- Kaminsky A., Díaz M., Prada M., Dancziger E. Lupus eritematoso, *Dermatol. Argent.*, 2003, 9: 78-93.
- Vera C. Manifestaciones específicas del lupus cutáneo, *Rev. Chil. Reum.*, 2011, 27: 222-228.
- Ludgate M.W., Greig D.E. Bullous systemic lupus erythematosus responding to dapsone, *Australas J. Dermatol.*, 2008, 49: 91-93.
- Tincopa M., Puttgen K.B., Sule S., Cohen B.A. et ál. Bullous lupus: an unusual initial presentation of systemic lupus erythematosus in an adolescent girl, *Pediatr. Dermatol.*, 2010, 27: 373-376.
- González L.A., Restrepo M., Vásquez G. Lupus eritematoso sistémico ampolloso: dramática respuesta a la terapia con dapsona, *Rev. Colomb. Reumatol.*, Elsevier, 2009, 16: 352-360.
- Naranjo L.G. Enfermedad cutánea ampollosa en el lupus eritematoso sistémico, *Latreia*, 2012, 25: 229-239.
- Grönhagen C.M., Fored C.M., Granath F., Nyberg F. Cutaneous lupus erythematosus and the association with systemic lupus erythematosus: a population-based cohort of 1088 patients in Sweden, *Br. J. Dermatol.*, 2011, 164: 1335-1341.
- Avilés Izquierdo J.A., Cano Martínez N., Lázaro Ochoita P. Epidemiological characteristics of patients with cutaneous lupus erythematosus, *Actas Dermosifiliogr.*, AEDV, 2014, 105: 69-73.
- Biazar C., Sigges J., Patsinakidis N., Ruland V. et ál. Cutaneous lupus erythematosus: first multicenter database analysis of 1002 patients from the European Society of Cutaneous Lupus Erythematosus (EUS-CLE), *Autoimmun. Rev.*, Elsevier B.V., 2013, 12: 444-454.
- Proença de Freitas T., Guimarães N. Lúpus eritematoso cutáneo crónico: estudo de 290 pacientes, *An. Bras. Dermatol.*, 2003, 78: 703-712.
- Lombardi V., Minvielle I., Rossi M. Lupus cutáneo crónico, *Arch. Argent. Dermatol.*, 2013, 63: 211-218.
- Dalle Vedove C., Simon J.C., Girolomoni G. Drug-induced lupus erythematosus with emphasis on skin manifestations and the role of anti-TNF α agents, *J. Dtsch. Dermatol. Ges.*, 2012, 10: 889-897.
- Pretel M., Marquès L., España A. Drug-induced lupus erythematosus, *Actas Dermosifiliogr.*, AEDV, 2012, 105: 18-30.
- Aguirre Zamorano M.A., López Pedrera R., Cuadrado Lozano M.J. [Drug-induced lupus], *Med. Clin. (Barc)*, 2010, 135: 124-129.
- Silva E., Labrador N. Lupus eritematoso discoide crónico hipertrófico, *Act. Ter. Dermatol.*, 2005, 28: 170-175.
- Ferreira M., Agueropolis M., Recarte M., Fritschy M. Lupus eritematoso discoide crónico hipertrófico, *Arch. Argent. Dermatol.*, 2013, 63: 70-73.
- Betanzos-huatta A., Leyva-Sartori M., Carbajal-Linares M., Paniculitis lúpica, *Dermatol. Perú*, 2006, 16: 164-167.
- Palencia Pérez S.I., Gómez S.L., Sebastián F.V., Díez L.I. et ál. Paniculitis lúpica asociada a lupus eritematoso sistémico, *Actas Dermosifiliogr.*, Elsevier; 2002, 93: 181-183.

23. Lammoglia-Ordiales L., Kresch-Tronik N., Arenas-Guzmán R., Vega-Memije E. Lupus eritematoso profundo. Revisión de la bibliografía, *Dermatología CMQ*, 2010, 8: 33-38.
24. Stringa S., Stringa O., Troielli P., Pascutto C. et al. Lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECSA). A propósito de 17 casos con anticuerpo anti-Ro positivo, *Dermatol. Argent.*, 2006, 12: 185-194.
25. Sontheimer R.D. Subacute cutaneous lupus erythematosus: 25-year evolution of a prototypic subset (subphenotype) of lupus erythematosus defined by characteristic cutaneous, pathological, immunological, and genetic findings, *Autoimmun. Rev.*, 2005, 4: 253-263.
26. Chavarría E., Bueno C., Lázaro P., Lecona M. Lupus eritematoso sistémico de presentación cutánea subaguda. Presentación de dos casos clínicos, *Actas Dermosifiliogr.*, Elsevier, 2005, 96: 248-251.
27. Petri M., Orbai A.M., Alarcón G.S., Gordon C. et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus, *Arthritis Rheum.*, 2012, 64: 2677-2686.
28. Ruiz-Irastorza G., Crowther M., Branch W., Khamashta M.A. Antiphospholipid syndrome, *Lancet*, Elsevier Ltd., 2010, 376: 1498-1509.
29. García-Martín P., García-García C., Fraga J., García-Díez A. Prevalence of antiphospholipid antibodies in patients with subacute and chronic cutaneous lupus erythematosus, *Actas Dermosifiliogr.*, AEDV, 2013, 104: 232-238.
30. Carmona-Cruz I., González-Parés E. La prevalencia del síndrome de antifosfolípidos en pacientes con lupus eritematoso sistémico en el Hospital Universitario de Puerto Rico, *Puerto Rico Heal.*, 2000, 19: 341-344.
31. Viglioglia P.P.A. Síndrome de Rowell, *Act. Ter. Dermatol.*, 2006, 29: 384-387.
32. Antiga E., Caproni M., Bonciani D., Bonciolini V. et al. The last word on the so-called "Rowell's syndrome", *Lupus*, 2012, 2: 577-585.
33. Sánchez A.T. Síndrome de Rowell o lupus eritematoso sistémico y eritema multiforme: ¿correlación o concomitancia?, *Reum. Clin.*, 2006, 2: 155-157.
34. Foering K., Chang A.Y., Piette E.W., Cucchiara A. et al. Characterization of clinical photosensitivity in cutaneous lupus erythematosus, *J. Am. Acad. Dermatol.*, Elsevier Inc, 2013, 69: 205-213.
35. Batalla A., García-Doval I., Peón G., De la Torre C. A quality-of-life study of cutaneous lupus erythematosus, *Actas Dermosifiliogr.*, 2013, 104: 800-806.
36. Bae Y.I., Yun S.J., Lee J.B., Kim S.J. et al. A clinical and epidemiological study of lupus erythematosus at a tertiary referral dermatology clinic in Korea, *Lupus*, 2009, 18: 1320-1326.
37. Yap F.B.B. Cutaneous lupus erythematosus in Sarawak, East Malaysia, *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.*, 2009, 75: 302-303.
38. Ng P.P., Tan S.H., Koh E.T., Tan T. Epidemiology of cutaneous lupus erythematosus in a tertiary referral centre in Singapore, *Australas. J. Dermatol.*, 2000, 41: 229-233.
39. Dancziger D.E., Troielli P., Block S. Manifestaciones cutaneomucosas de lupus eritematoso sistémico en 91 pacientes durante 15 años, *Dermatol. Argent.*, 2003, 1: 32-38.
40. Ortega S., Barbarulo A., Spelta M., Gavazza S. et al. Lupus eritematoso cutáneo: revisión de nuestra casuística en los últimos 15 años, *Dermatol. Argent.*, 2011, 17: 116-122.

DERMATÓLOGOS JÓVENES



CASO CLINICO | RESPUESTAS

Respuestas correctas:

1. b; 2. b y e; 3. b; 4. c y e.

Comentario

La leishmaniasis es una zoonosis producida por protozoos del género leishmania, que compromete piel, mucosas y órganos internos. Los transmisores de la leishmania son las hembras de dípteros hematófagos del género lutzomyia en el Viejo y Nuevo Mundo.

Se caracteriza por un espectro de manifestaciones clínicas, histológicas e inmunológicas que dependen de la interacción entre el parásito, el escenario ecológico, el vector y el huésped.

La leishmaniasis mucocutánea es endémica en la Argentina. La infección comienza como una pápula eritematosa en el sitio de la picadura, que posteriormente se convierte en una úlcera, que más tarde cura con una cicatriz deprimida. Luego se produce la diseminación hematogena del protozoo, con tendencia a localizarse en las mucosas. Son aislados los casos descritos en los que las lesiones cutáneas se observan de manera concomitante con las mucosas.

Para el diagnóstico es fundamental el hallazgo del parásito, para lo que se realiza estudio directo y cultivo de la lesión, y estudio histopatológico.

Los antimoniales pentavalentes antimoniatado de meglumina y estibogluconato de sodio continúan siendo las drogas de primera elección.

Bibliografía

1. Acosta A.G., Restifo E.J. Apuntes sobre Leishmaniasis. Actualización 2008, *Arch. Argent. Dermatol.*, 2008, 58: 47-54.
2. Molina S.G., Liatto de Nógalo A., De los Ríos E., Lorenz A.M. Leishmaniasis tegumentaria americana. Manifestaciones mucosas. *Dermatol. Argent.*, 2002, 8: 156-158.
3. Mahajan V.K., Sharma N.L. Therapeutic options for cutaneous leishmaniasis. *J. Dermatolog. Treat.*, 2007, 18: 97-104.