

CASOS CLÍNICOS

# Superposición de lupus cutáneo agudo, subagudo y crónico en un mismo paciente

## Overlap of acute, subacute, and chronic cutaneous lupus in the same patient

Rosario Collado Gómez<sup>1</sup>, Ludmila Rodríguez<sup>2</sup>, Camila Bo<sup>3</sup>, Esteban Maronna<sup>4</sup> y Viviana Alicia Leiro<sup>5</sup>

### RESUMEN

El lupus eritematoso (LE) es una enfermedad crónica autoinmune inflamatoria con afectación multiorgánica, de evolución variable. La piel es uno de los órganos más afectados y, en ocasiones, suele ser clave en el diagnóstico de la enfermedad. Según la clínica, el tiempo de evolución, los hallazgos inmunológicos y anatomopatológicos se clasifica en

lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC), subagudo (LECSA) y agudo (LECA). Se presenta el caso de un paciente que desarrolló las tres manifestaciones clínicas simultáneamente.

**Palabras clave:** lupus cutáneo crónico, lupus cutáneo agudo, lupus cutáneo subagudo, lupus eritematoso sistémico.

Dermatol. Argent. 2025; 31(1): 40-42

### ABSTRACT

*Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune inflammatory disease with multiorgan involvement and variable progression. The skin is one of the most affected organs and, on occasion, it is often crucial in diagnosing the disease. Depending on clinical presentation, evolution, immunological findings, and histopathological*

*features, it is classified into chronic cutaneous lupus erythematosus (CCLE), subacute (SCLE), and acute (ACLE). Herein, we present a patient who developed all three clinical manifestations simultaneously.*

**Key words:** chronic cutaneous lupus, acute cutaneous lupus, subacute cutaneous lupus, systemic lupus erythematosus.

Dermatol. Argent. 2025; 31(1): 40-42

<sup>1</sup> Médica Residente, Unidad de Dermatología

<sup>2</sup> Médica de Planta, Unidad de Dermatología

<sup>3</sup> Médica Residente, Unidad de Dermatología

<sup>4</sup> Médico de Planta, Unidad de Anatomía Patológica

<sup>5</sup> Jefa de la Unidad de Dermatología

Hospital Francisco Javier Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Rosario Collado Gómez

E-mail: rochicollado@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 18/3/2024

Fecha de trabajo aceptado: 2/8/2024

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

### CASO CLÍNICO

Un paciente de 58 años con antecedentes personales de hipertensión, tabaquismo, enolismo y plaquetopenia en estudio, acudió a la consulta por presentar dermatosis generalizada de 2 años de evolución, que cursaba con brotes y remisiones, con empeoramiento en las últimas semanas. Se acompañaba de prurito generalizado y episodios febriles aislados. Al examen físico se evidenciaban, en el polo cefálico, placas eritematosas, descamativas con atrofia central (Foto 1) que comprometían el borde bermellón de los labios (signo de Grinspan) (Foto 2). En el tronco, presentaba placas

psoriasiformes que alternaban con otras eritematosas con patrón anular, algunas de ellas con atrofia central (Foto 3), y erosiones en la mucosa genital y oral.

En el laboratorio de rutina se detectó plaquetopenia, eritrosedimentación elevada y proteinuria por debajo del rango nefrótico. El colagenograma presentó ANA positivo 1/320, anti-Ro positivo e hipocomplementemia.

El estudio histopatológico informó: epidermis atrófica con hiperqueratosis, ortoqueratosis, tapón córneo e infiltrado linfocitario intraepitelial; dermis

con infiltrado linfocitario a nivel papilar, perifolicular y perivascular con degeneración hidrópica basal, compatible con una dermatitis de interfase vacuolopática (Foto 4). Teniendo en consideración los criterios del lupus eritematoso sistémico (LES), el paciente cumplía con el criterio de entrada: ANA positivo  $\geq 1/80$  y criterios del dominio clínico e inmunológico (fiebre, lupus eritematoso cutáneo agudo [LECA], trombocitopenia, proteinuria e hipocomplementemia) con un total de 20 puntos. Con estos hallazgos se arribó al diagnóstico de LES con manifestaciones cutáneas de lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC) mucoso, lupus eritematoso discoide (LED) generalizado, lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECSA) psoriasiforme, anular y LECA. Se indicó meprednisona 40 mg/día e hidroxicloroquina 400 mg/día asociado a medidas generales como fotoprotección y cesación tabáquica, con excelente respuesta.



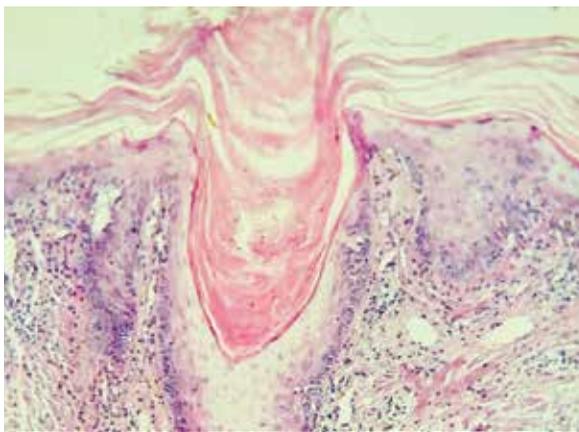
**FOTO 1:** Placas eritematosas, descamativas con atrofia central en la cara y el pabellón auricular.



**FOTO 2:** Placas eritematodescamativas en los labios que afectan el borde bermellón (signo de Grinspan).



**FOTO 3:** Placas psoriasiformes y eritematosas anulares, algunas con atrofia central, en el tronco y los glúteos.



**FOTO 4:** Epidermis atrófica con hiperqueratosis, ortoqueratosis, tapón córneo e infiltrado linfocitario intraepitelial. Dermis con infiltrado linfocitario a nivel papilar, perifolicular y perivascular con degeneración hidrópica basal (HyE, 100X).

## COMENTARIOS

El lupus eritematoso cutáneo (LEC) presenta gran variabilidad clínica y en ocasiones puede ser el único signo clínico de la enfermedad. Se clasifica en lupus cutáneo crónico (LECC), subagudo (LECSA) y agudo (LECA)<sup>1,2,3</sup>. La variante más frecuente es la crónica y dentro de esta entidad, el lupus eritematoso discoide (LED). Clínicamente se caracteriza por placas eritematosas delimitadas, con escamas gruesas adherentes y centro atrófico. Estas lesiones suelen ser recalcitrantes y dejar secuelas, con impacto en la calidad de vida del paciente. Su evolución suele limitarse a la piel, pero un 18% puede evolucionar a LES. Esta probabilidad aumenta en casos de compromiso cutáneo generalizado.

En el LECSA, se distinguen dos variantes: anular y psoriasiforme. Este subtipo se asocia a fotosensibilidad y

en un 70% de los casos a anticuerpos anti-Ro positivos. Un 50% de los pacientes puede evolucionar a LES.

El LECA es la manifestación clínica del LES. Se caracteriza por eritema en alas de mariposa y erosiones orales. Estas últimas, cuando se vinculan con LES, se localizan en el paladar duro y suelen acompañarse de edema y petequias. Es importante diferenciarlas de las lesiones orales de la variante crónica<sup>4</sup>, que suelen ser dolorosas y comprometen el borde bermellón del labio (signo de Grinspan).

Es frecuente que las variantes del LEC coexistan en un mismo paciente, pero hay escasa bibliografía al respecto. En estudio Watanabe *et al.* observaron 191 pacientes con LEC y evidenciaron que el 68% manifestaba un tipo de lupus cutáneo, el 29% tenía dos tipos y el 3% tres tipos<sup>5</sup>. La coexistencia de las tres formas clínicas, como el caso presentado, es excepcional.

Para evaluar el pronóstico y el plan terapéutico es necesario descartar el compromiso sistémico, que se puede fundamentar en los últimos criterios actualiza-

dos de la *European Alliance of Associations for Rheumatology* de 2019 (EULAR)<sup>6</sup>.

Los antimaláricos son considerados de primera línea y la hidroxiclороquina es la más indicada por su eficacia y tolerancia. Previo a su inicio, es importante realizar un *screening* para evitar la retinopatía irreversible, siguiendo las recomendaciones de la *American Academy of Ophthalmology* (AAO)<sup>7</sup>.

Asimismo, como pilar terapéutico, son fundamentales las medidas generales, como fotoprotección, suplementación de vitamina D y cesación tabáquica. Como tratamientos de segunda línea, se consideran los corticoides sistémicos, metotrexato y retinoides sistémicos, entre otros. Actualmente, existen nuevas terapias biológicas disponibles, como belimumab y anifrolumab, generalmente indicadas para casos severos y recalcitrantes<sup>8</sup>.

En el caso comunicado, la respuesta a la terapia sistémica fue excelente; en los controles posteriores no se manifestaron signos ni síntomas correspondientes a un compromiso sistémico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zambenardi A, Bendjuia G, Manzano R, Berben MD. Lupus eritematoso cutáneo. Estudio de 92 pacientes. *Dermatol Argent*. 2018;24:41-46.
2. Grönhagen CM, Nyberg F. Cutaneous lupus erythematosus: an update. *Indian Dermatol Online J*. 2014;5:7-13.
3. Stull C, Sprow G, Werth VP. Cutaneous involvement in systemic lupus erythematosus. A review for the rheumatologist. *J Rheumatol*. 2023;50:27-35.
4. Uva L, Miguel D, Pinheiro C, Freitas JP, *et al.* Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. *Autoimmune Dis*. 2012;2012:834291.
5. Watanabe T, Tsuchida T. Classification of lupus erythematosus based upon cutaneous manifestations. Dermatological, systemic and laboratory findings in 191 patients. *Dermatology*. 1995;190:277-283.
6. Narváez J. Systemic lupus erythematosus 2020. *Med Clin Barc*. 2020;155:494-501.
7. Marmor MF, Kellner U, Lai TY, Melles RB, *et al.*; American Academy of Ophthalmology. Recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy (2016 Revision). *Ophthalmology*. 2016;123:1386-1394.
8. Prow G, Dan J, Merola JF, Werth VP. Emerging therapies in cutaneous lupus erythematosus. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:968323.

## PERLAS

Carla Minaudo

Médica Asistente, Servicio de Dermatología, Hospital Británico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



EL QUINTO SUBTIPO DE SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTES VIH NEGATIVOS, DE SEXO MASCULINO QUE MANTIENEN RELACIONES ENTRE ELLOS. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO, EN UN CENTRO DE CANCEROLOGÍA EN NUEVA YORK 2000-2022.

Además de las cuatro variantes ya conocidas del sarcoma de Kaposi (clásico, endémico, iatrogénico y epidémico), existe un quinto subtipo que recientemente cobró mayor reconocimiento. Se denomina sarcoma de Kaposi no epidémico y se presenta en pacientes de sexo masculino que mantienen relaciones entre ellos (MSM) (por la sigla del inglés *men-sex-men*). Se postula que en este grupo es más posible que existan prácticas sexuales de alto riesgo, facilitando la transmisión del HHV-8.

En este trabajo se incluyeron 72 pacientes VIH nega-

tivos, MSM, y se recolectaron datos adicionales como el país de origen, el uso de inmunosupresión, comorbilidades, tratamientos realizados y sobrevida global. Los resultados destacados fueron: edad promedio de 58 años, menor que la variante clásica; la mayoría con formas indolentes de buen pronóstico, con sobrevida a 10 años del 83%; más de la mitad de los pacientes tenía una única lesión y solo el 11% presentaba más de cinco; 53 pacientes presentaban sus lesiones en las extremidades inferiores, otras localizaciones mencionadas fueron los miembros superiores, cabeza y cuello, tronco y dorso, genitales, y mucosa oral; solo un paciente tuvo lesiones viscerales; un 10% tenía enfermedades linfoproliferativas previas o actuales con la hipótesis de una posible asociación. Otras comorbilidades tuvieron menor asociación estadística por ser casos aislados, pero se encontraron pacientes con cáncer visceral, enfermedades autoinmunes, dia-

betes, uso de corticoides y otros inmunosupresores, hipertensión arterial y dislipemia.

Asimismo, se planteó que la clasificación en subtipos estrictos era imperfecta. Como ejemplo, presentaron a un paciente de sexo masculino, de 70 años, ascendencia mediterránea, con artritis reumatoide tratado con inmunosupresores, MSM, que superponía criterios de sarcoma de Kaposi clásico, iatrogénico y de la quinta variante. Finalmente los autores reconocieron como tal a la quinta variante cuando el principal factor de riesgo era ser MSM, que aumenta la posibilidad de contraer el HHV-8, y destacaron que la edad de presentación fue menor que en la variante clásica.

Morales AE, Benson G, Glavan S, Giuliano R, *et al.* Fifth subtype of Kaposi sarcoma in HIV-negative MSM: a retrospective single-arm cohort study from a tertiary care center in NYC from 2000 to 2022. *Oncologist*. 2025; 30:oyaf024.