

TRABAJOS ORIGINALES

Lupus eritematoso cutáneo y su asociación con la actividad sistémica

Cutaneous lupus erythematosus and its association with systemic activity

Premio Aarón Kaminsky 2024

Victoria Micaela Pieretti¹, Ricardo Gastón Britos Fodor², Paula Bonauro³, Eugenia Miraglia⁴, Florencia Dauria⁵, Gabriela Arena⁶ y Carlos Enrique Leiva Sisnieguez⁷

RESUMEN

Antecedentes: el lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con afectación multiorgánica que puede comprometer la piel. Existen pocos datos acerca de la asociación entre dicho compromiso y la actividad sistémica.

Objetivos: describir las distintas variantes clínicas del lupus eritematoso cutáneo (LEC) en nuestra población, e identificar la asociación con el LES y su actividad, el grado de severidad, y los órganos y sistemas comprometidos de la misma.

Diseño: estudio transversal retrospectivo.

Materiales y métodos: se incluyeron pacientes \geq a 15 años con LES y/o LEC que consultaron en el Servicio de Dermatología del Hospital Interzonal General de Agudos San Martín (La Plata), entre marzo de 2015 y abril de 2024. Se registró la primera consulta de cada manifestación cutánea.

Resultados: se registraron 93 consultas de pacientes con LES y/o LEC,

de las cuales 85 correspondieron a mujeres y 8 a hombres. En 67 consultas los pacientes tuvieron manifestaciones cutáneas de lupus eritematoso. El grupo con lesiones inespecíficas y específicas de manera simultánea y el grupo con tres o más lesiones cutáneas distintas se asociaron estadísticamente con la actividad de la enfermedad, de grado moderado y principalmente con alopecia, hipocomplementemia, anti-DNAc y úlceras orales, sin relación con compromiso de órganos.

Conclusiones: la presencia simultánea de lesiones cutáneas inespecíficas y específicas, así como tres o más tipos de lesiones en la piel, se asociaron con un aumento en la actividad sistémica de la enfermedad. Estos hallazgos motivan a realizar estudios prospectivos y con un número mayor de pacientes.

Palabras clave: lupus eritematoso cutáneo, lupus eritematoso sistémico.

Dermatol Argent. 2025; 31(1): 10-16

ABSTRACT

Background: systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disease with multiorgan involvement that can affect the skin. There is limited data on the association between skin involvement and systemic disease activity.

Objectives: to describe the different clinical variants of cutaneous lupus erythematosus (CLE) in our population and identify the association with SLE and its activity, severity, and the organs and systems involved.

Design: retrospective cross-sectional study.

Materials and methods: patients aged \geq 15 years with SLE and/or CLE who attended the dermatology department of Hospital Interzonal General de Agudos San Martín (La Plata), between March 2015 and April 2024 were included. The first consultation for each cutaneous manifestation was recorded.

Results: a total of 93 consultations from patients with SLE and/or

CLE were recorded, of which 85 were women and 8 were men. In 67 cases, patients presented cutaneous manifestations of lupus erythematosus. The group with simultaneous specific and nonspecific lesions and the group with three or more distinct skin lesions were statistically associated with disease activity, specifically with a moderate severity level, and were mainly linked to alopecia, hypocomplementemia, anti-dsDNA, and oral ulcers, without an association with organ involvement.

Conclusions: the simultaneous presence of nonspecific and specific skin lesions, as well as 3 or more types of skin lesions, was associated with an increase in the systemic activity of the disease. These findings warrant prospective studies with a larger number of patients.

Key words: cutaneous lupus erythematosus, systemic lupus erythematosus.

Dermatol Argent. 2025; 31(1): 10-16

- ¹ Jefa de Residentes, Servicio de Dermatología
- ² Cursista de primer año de Dermatología
- ³ Médica de Planta, Servicio de Dermatología
- ⁴ Coordinadora Docente y Médica de Planta, Servicio de Dermatología
- ⁵ Médica de Planta, Servicio de Dermatología
- ⁶ Jefa del Servicio de Dermatología
- ⁷ Jefe de la Unidad de Investigación
Hospital Interzonal General de Agudos San Martín, La Plata,
Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Victoria Micaela Pieretti
E-mail: vpieretti@med.unlp.edu.ar
Fecha de trabajo recibido: 7/10/2024
Fecha de trabajo aceptado: 10/3/2025
Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con afectación multiorgánica que se caracteriza por presentar un curso crónico con períodos de exacerbación y remisión¹. Su actividad debe evaluarse en cada consulta médica y el *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000* (SLEDAI-2K) es uno de los instrumentos más utilizados²⁻⁴.

Si bien el compromiso de la piel es frecuente en el LES, el lupus eritematoso cutáneo (LEC) puede ocurrir en ausencia de enfermedad sistémica^{5,6}. En 1981, Gilliam y Sontheimer establecieron una clasificación que diferencia las manifestaciones cutáneas en específicas o inespecíficas según la presencia o ausencia de dermatitis de interfase^{1,6,7}. De acuerdo a las características clínicas e histopatológicas y la duración de las lesiones, las manifestaciones específicas se pueden clasificar en lupus cutáneo agudo (LECA), lupus cutáneo subagudo (LECSA) y lupus cutáneo crónico (LECC) (Tabla 1)^{1,5-7}. Existen pocos datos acerca de la relación entre las lesiones cutáneas y la severidad de la actividad del LES⁸.

El objetivo de este trabajo fue describir las diferentes variantes clínicas del LEC en nuestra población, e identificar la asociación con el LES y su actividad, el grado de severidad, y los órganos y sistemas comprometidos de la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal retrospectivo de pacientes con diagnóstico de LES y/o LEC evaluados por el Servicio de Dermatología en el consultorio externo o en sala de internación del Hospital Interzonal General de Agudos San Martín (Ciudad de La Plata), entre marzo de 2015 y abril de 2024. El diagnóstico de LES lo realizaron médicos reumatólogos según criterios del SLICC 2012⁹ o de la *European Alliance of Associations for Rheumatology* (EULAR) 2019¹⁰, y el del LEC médicos dermatólogos de nuestro servicio según criterios

clínicos y/o histopatológicos. Se incluyeron pacientes \geq a 15 años, de ambos sexos.

Se recabó información referida a la edad, sexo, manifestaciones cutáneas específicas e inespecíficas, diagnóstico previo de LES y actividad, grado de severidad y órganos y sistemas comprometidos por la actividad del mismo, diagnóstico previo o concomitante de otra colagenopatía y tratamiento en curso.

La actividad del LES se evaluó mediante el SLEDAI-2K y se tuvieron en cuenta 3 o más puntos para definirla^{2,4}. Se consideró actividad leve con una puntuación ≤ 6 , moderada entre 7-12 y grave ≥ 13 ³. Las manifestaciones cutáneas se categorizaron según la clasificación de Gilliam y Sontheimer y el consenso de la Sociedad Argentina de Dermatología^{6,7}. Las úlceras orales se consideraron dentro de las manifestaciones inespecíficas.

Dado que los pacientes con lupus eritematoso pueden presentar múltiples consultas por diversas manifestaciones clínicas, se registró la primera de cada una de las manifestaciones cutáneas observadas. Las consultas se dividieron en grupos según el número de manifestaciones cutáneas y la presencia de lesiones específicas y/o inespecíficas.

La información se obtuvo a partir de las historias clínicas del Servicio de Dermatología.

Análisis estadístico

Se analizaron las variables cuantitativas y, de acuerdo a la presencia de normalidad, se expresaron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y el análisis por subgrupo se realizó utilizando chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Posteriormente se evaluó la asociación entre las manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso y la actividad sistémica del mismo. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$ y para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico STATA versión 15.1.

Manifestaciones cutáneas específicas	
	<p>Lupus cutáneo agudo Localizado: eritema en alas de mariposa Generalizado. dermatitis lúpica fotosensible Ampollar Símil necrólisis epidérmica tóxica (NET)</p> <p>Lupus cutáneo subagudo Anular Papuloescamoso Formas raras: exantematosas, pitiriasiforme, eritrodermia exfoliativa, eritematofolicular, anular acral Vesicoampollar anular Símil NET</p> <p>Lupus cutáneo crónico Discoide (LED): localizado o generalizado Hipertrófico o verrugoso Túmido Sabañón Mucoso Paniculitis lúpica Lupus liquen Lupus comedoniano</p> <p>Otros Lupus neonatal Lupus eritematoso sistémico infantil Lupus eritematoso por drogas</p>
Manifestaciones cutáneas inespecíficas	<p>Alopecia difusa: "peladoide", localizada y no cicatrizal Telangiectasias periungulares Hemorragia en astilla Gangrena Púrpura Vasculitis Livedo reticularis y racemosa</p>
<p><i>LED: lupus eritematoso discoide.</i></p>	
<p>TABLA 1: Manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso.</p>	

RESULTADOS

Se incluyeron 78 pacientes y se registraron 93 consultas de las cuales 85 (91,40%) correspondieron a mujeres y 8 a hombres (8,60%). La mediana de edad fue de 40 años (RIC 27-48). En 67/93 de las consultas se objetivaron manifestaciones cutáneas de lupus eritematoso, 44 presentaron un solo tipo de lesión en la piel, 14 dos lesiones distintas y 9 tres o más. En un 86,57% de las atenciones médicas de pacientes con LEC se constató diagnóstico previo de LES. Los datos demográficos, el diagnóstico previo, o concomitante de otra colagenopatía, y el tratamiento en curso se describen en la Tabla 2.

Las manifestaciones específicas se encontraron en 48/67 de las visitas de personas con LEC (71,64%). La forma más frecuente fue el LECC en 32/48 (66,67%) y 8 presentaron más de un subtipo distinto. El lupus eritematoso discoide (LED) fue el más encontrado en 26/32 (81,25%), seguido en orden de frecuencia por

el lupus mucoso en 8/32 (25%), el lupus sabañón en 5/32 (15,63%), y el lupus *tumidus*, lupus hipertrófico y paniculitis lúpica en 1/32 (3,13%) cada uno. En un 30,77% de las atenciones de casos con LEC coexistían lesiones del LED y lupus mucoso. En el 100% de las consultas del LED se objetivó compromiso de cabeza y cuello, y en 6/26 (23,08%) afectación concomitante de otras zonas como miembros superiores (6/6), tronco (5/6) y miembros inferiores (4/6) (Foto 1).

El LECA se encontró en 24/48 de las consultas de pacientes con LEC (50%); 12 de ellas tenían el subtipo generalizado, 8 localizado, 2 LECA símil necrólisis epidérmica tóxica (NET) y 2 LECA ampollar (Foto 2).

El LECSA fue la manifestación específica menos frecuente en 9/48 de las atenciones de casos con LEC (18,75%), en las cuales 6 presentaron LECSA psoriasisiforme (Foto 3) y 3 LECSA anular.

Las manifestaciones inespecíficas aparecieron en 30/67 de las consultas de pacientes con LEC (44,78%). La forma más frecuente fue la alopecia difusa en 16/30 (53,3%) (Foto 4), seguida por las úlceras orales en 10/30 (33,33%), el *livedo reticularis* y racemosa en 5/30 (16,67%), la vasculitis en 5/30 (16,67%) y la púrpura en 1/30 (3,33%).

En la mayoría de las consultas se observaron manifestaciones cutáneas específicas exclusivas (37/67), mientras que un número menor presentó solo inespecíficas (19/67) y la minoría ambas (11/67).

En cuanto a la actividad del LES, 21 consultas de las 67 de pacientes con manifestaciones cutáneas presentaron LES activo (31,34%); 9 de ellas tenían compromiso mo-

derado (42,86%), 6 leve (28,57%) y 6 severo (28,57%). En la mayoría (19/21) se objetivó hipocomplementemia, seguida de citopenias (13/21), anti-DNAc (9/21), alopecia difusa (9/21), compromiso renal (8/21), exantema (7/21), úlceras orales (6/21), fiebre (3/21), miositis (2/21) y compromiso del sistema nervioso (2/21). El análisis estadístico se detalla en la Tabla 3.

El grupo con lesiones inespecíficas y específicas de manera simultánea y el grupo con tres o más lesiones cutáneas distintas se asociaron estadísticamente con la actividad y con un grado moderado de la misma. Fue significativa la asociación de la actividad de ambos grupos con alopecia, hipocomplementemia, anti-DNAc y úlceras orales (Tabla 4).

COMENTARIOS



FOTO 1: Lupus eritematoso discoide generalizado.

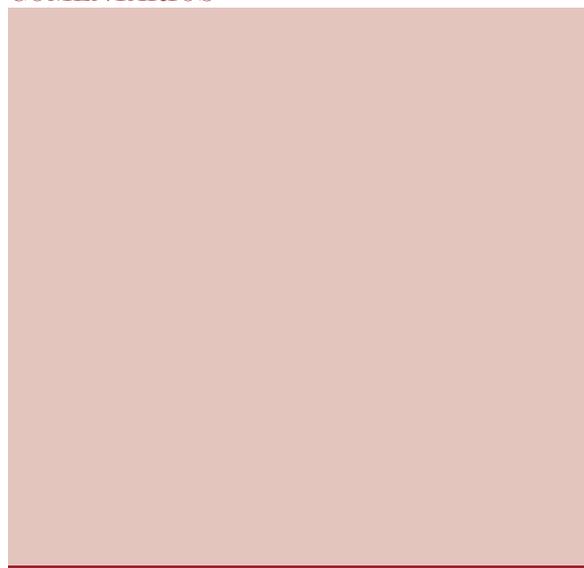


FOTO 2: Lupus eritematoso cutáneo agudo ampollar.



FOTO 3: Lupus eritematoso cutáneo subagudo psoriasiforme.



FOTO 4: Alopecia difusa (*lupus hair*).

Datos demográficos		n=93
Sexo, n (%)	F	85 (91,4%)
	M	8 (8,6%)
Edad, mediana (p25-75)		40 (27-48)
Lupus eritematoso, n (%)		
Manifestaciones cutáneas del lupus		67 (72%)
Diagnóstico previo de LES		84 (90,3%)
Diagnóstico previo de LES en pacientes con manifestaciones cutáneas		58 (86,6%)
Diagnóstico de otras colagenopatías, n (%)		15 (16,1%)
Síndrome antifosfolípido		11
Artritis reumatoide		3
Esclerosis sistémica		2
Enfermedad mixta del tejido conectivo		1
Dermatomiositis		1
Síndrome de Sjögren		1
Síndrome de Raynaud		1
Tratamiento previo, n (%)		79 (73,5%)
Hidroxicloroquina		71
Corticoides sistémicos		51
Mofetil micofenolato		12
Metotrexato		11
Azatioprina		10
Belimumab		3
Ciclosporina		1
Rituximab		1
Abatacept		1
<i>F: femenino; M: masculino; LES: lupus eritematoso sistémico.</i>		
TABLA 2: Datos demográficos, presencia de otras colagenopatías y tratamiento previo.		

			SLEDAI-2K											
			Actividad del LES (%)			Leve			Moderado			Severo		
	n	%	No	Sí	p	No	Sí	p	No	Sí	p	No	Sí	p
Número de manifestaciones en la piel														
Uno	44	65,7	38,1	61,9	0,006*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dos	14	20,9	15,9	9,5	0,7**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tres o más	9	13,4	4,8	28,6	0,01**	9,2	16,7	0,5**	7,1	33,3	0,04**	8	33,3	0,1**
Tipo de manifestaciones en la piel														
Manifestaciones cutáneas solo específicas	37	55,2	86,4	58,8	0,05*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Manifestaciones cutáneas solo inespecíficas	19	28,4	83,3	36,4	0,02**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambos tipos	11	16,4	8,1	33,3	0,03**	16,4	16,7	1**	12	44,4	0,03**	14,7	33,3	0,2**
<i>LES: lupus eritematoso sistémico; SLEDAI-2K: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000.</i>														
<i>*Chi cuadrado; **Prueba exacta de Fisher.</i>														
TABLA 3: Asociación entre el tipo y el número de manifestaciones cutáneas y la actividad del lupus eritematoso sistémico.														

Órganos y sistemas comprometidos por la actividad	Manifestaciones cutáneas específicas + inespecíficas		p	Tres o más lesiones cutáneas		p
	Sí	No		Sí	No	
Riñón	27,3	8,9	0,11*	22,2	7,1	0,17*
Exantema	9,1	10,7	1*	11,1	7,1	0,52*
Citopenias	36,4	16,1	0,20*	33,3	11,9	0,11*
Sistema nervioso	0	3,6	1*	0	2,4	1*
Alopecia	54,5	5,4	0*	55,6	4,8	0*
Hipocomplementemia	63,6	21,4	0,01*	66,7	15,5	0*
Anti-DNAc	36,4	8,9	0,03*	33,3	7,1	0,04*
Fiebre	9,1	3,6	0,42*	11,1	2,4	0,27*
Miositis	9,1	1,8	0,30*	11,1	1,2	0,19*
Úlceras orales	36,4	3,6	0,01*	44,4	2,4	0*

*Prueba exacta de Fisher.

TABLA 4: Asociación entre la presencia de manifestaciones cutáneas específicas e inespecíficas de manera simultánea y la presencia de tres o más lesiones cutáneas con los órganos y sistemas comprometidos por la actividad.

En este estudio se observó que las manifestaciones cutáneas específicas predominaron sobre las inespecíficas, lo que coincide con hallazgos encontrados en otros trabajos realizados por médicos dermatólogos^{11,12}. Sin embargo, esto difiere de los resultados encontrados en estudios de los Servicios de Reumatología¹³. Este hecho podría explicarse por una mayor derivación al Servicio de Dermatología de las formas específicas. Dentro de este grupo, el LECC fue el más frecuente con un predominio del subtipo LED. Este último se puede clasificar en localizado, cuando compromete la piel por encima del cuello, y generalizado cuando afecta por encima y por debajo del mismo con predilección por la región extensora de los miembros superiores^{6,14}. Suelen ser áreas visibles del cuerpo por lo que produce una gran repercusión psicosocial¹⁴. Todos nuestros casos tuvieron compromiso de cabeza y cuello, y un 23,08% presentó LED generalizado, similar a lo publicado en la literatura^{1,5}.

El compromiso de las mucosas en el lupus eritematoso puede manifestarse a través de lesiones específicas, denominadas lupus mucoso, o lesiones inespecíficas, caracterizadas por la presencia de úlceras orales. El lupus mucoso se presenta clínicamente como pápulas o placas centrales y estrías blanquecinas radiadas que pueden acompañarse de erosiones. Si bien cualquier mucosa puede estar comprometida, lo más frecuente es la afectación de la mucosa oral y la semimucosa labial (signo de Grinspan). En la histopatología se observa una dermatitis de interfase, al igual que en el resto de las manifestaciones específicas^{1,5,6,14}. En nuestro estudio, el porcentaje de consultas de pacientes con coexistencia de lupus mucoso y LED fue mayor a lo informado (30,77% versus 3-25%). Es importante realizar un seguimiento estricto de estos pacientes debido al riesgo de evolución a carcinoma epidermoide mucoso^{1,5}.

En cuanto al LECA, la forma generalizada se suele

encontrar solo en un 5-30% de los casos^{1,14}. Sin embargo, en la mitad de nuestras consultas con LECA se objetivó un compromiso generalizado del mismo. Consideramos que esto podría deberse a una menor derivación a nuestro servicio de la forma localizada.

Las lesiones ampollares en los pacientes con lupus eritematoso pueden ocurrir por la formación de autoanticuerpos contra el colágeno VII, conocido como lupus ampollar, o por la extensa inflamación y necrosis de los queratinocitos o la vacuolización de la capa basal en formas agudas o subagudas del LEC. El lupus ampollar puede afectar tanto a la piel sana como a la eritematosa, mientras que el LECA y LECSA ampollar aparecen solo sobre la piel eritematosa y fotoexpuesta^{6,15}. En nuestro estudio observamos dos casos de LECA ampollar y no se han encontrado datos en la literatura de la prevalencia del mismo. Esto podría deberse a la confusión que suele existir para diferenciar el lupus ampollar del LECA o del LECSA ampollar. La histopatología, la inmunofluorescencia directa con técnica de *salt split* y el *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA) contra el colágeno VII pueden ser útiles en estas situaciones^{6,15}.

De las consultas por LECSA, la variedad psoriasiforme fue más frecuente que la anular, lo que difiere de la mayoría de las publicaciones¹¹.

Con respecto a las lesiones inespecíficas, la alopecia difusa fue el hallazgo más encontrado. Existen varios patrones de caída del cabello en los pacientes con lupus eritematoso y estos se pueden clasificar en específicos cuando se producen por LECA, LECSA, LED o *lupus tumidus*; inespecíficos como el *lupus hair* o la alopecia *areata*; y alopecias no lúpicas como el efluvio telógeno o anágeno. El *lupus hair* se describe como la aparición de pelos cortos y frágiles en la región frontal sin características distintivas a la tricoscopia. La preva-

lencia es del 5-30%, lo que coincide con nuestro estudio donde se observó en 16 consultas del total de 67 con manifestaciones cutáneas (23,89%)¹⁶.

La mayoría de nuestros pacientes tenía diagnóstico previo de LES. Existen pocos datos acerca de la asociación entre las lesiones cutáneas y la severidad de la actividad del LES. Zečević *et ál.* publicaron un estudio de 66 pacientes y describieron una asociación significativa entre el grupo de pacientes con manifestaciones cutáneas inespecíficas exclusivas y la actividad sistémica de la enfermedad, y el grupo de pacientes con manifestaciones inespecíficas y específicas de manera concomitante y la actividad sistémica del lupus⁸. En nuestro trabajo solo encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones en la piel inespecíficas y específicas de manera simultánea y la actividad sistémica. Dicha actividad se correspondió con un SLEDAI-2K moderado a expensas principalmente de la alopecia, la hipocomplementemia, el anti-DNAc y las úlceras orales. Zečević *et ál.* definen que la cantidad de tipos diferentes de lesiones cutáneas se relaciona con la actividad de la enfermedad, de tal

manera que uno o dos tipos de lesiones suelen indicar una enfermedad menos activa, mientras que tres o más tipos señalan una enfermedad más activa⁸. Sus hallazgos coinciden con los de nuestro estudio porque el grupo con tres o más lesiones cutáneas distintas se asoció a una actividad moderada del LES. Además, en nuestra investigación encontramos una asociación significativa entre la actividad de la enfermedad con los hallazgos de alopecia, hipocomplementemia, anti-DNAc y úlceras orales.

CONCLUSIONES

La presencia simultánea de lesiones cutáneas inespecíficas y específicas, así como tres o más tipos de lesiones distintas en la piel, se asociaron con un aumento en la actividad de la enfermedad, principalmente con alteraciones clínicas como alopecia y úlceras orales, y alteraciones de laboratorio como hipocomplementemia y anticuerpos anti-DNAc. Estos hallazgos motivan a realizar estudios prospectivos que cuenten con un número mayor de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Vale ECS, García LC. Cutaneous lupus erythematosus: a review of etiopathogenic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *An Bras dermatol.* 2023;98:355-372.
- Gladman DD, Ibáñez D, Urowitz MB. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *J Rheumatol.* 2002;29:288-291.
- Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, Aringer M, *et ál.* EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis.* 2024;83:15-29.
- Yee CS, Farewell VT, Isenberg DA, Bridget G, *et ál.* The use of Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index-2000 to define active disease and minimal clinically meaningful change based on data from a large cohort of systemic lupus erythematosus patients. *Rheumatology.* 2011;50:982-988.
- Cooper EE, Pisano CE, Shapiro SC. Cutaneous manifestations of "lupus": systemic lupus erythematosus and beyond. *Int J Rheumatol.* 2021;1-19.
- Consenso sobre lupus eritematoso cutáneo. Actualización 2016. Sociedad Argentina de Dermatología. Buenos Aires, Argentina. 2016. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2019/10/LUPUS-FINAL-07122016.pdf>.
- Gilliam JN, Sontheimer RD. Distinctive cutaneous subsets in the spectrum of lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol.* 1981;4:471-475.
- Zečević RD, Vojvodić D, Ristić B, Pavlović MD, *et ál.* Skin lesions-an indicator of disease activity in systemic lupus erythematosus? *Lupus.* 2001;10:364-367.
- Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, *et ál.* Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2012;64:2677-2686.
- Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, *et ál.* 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2019;71:1400-1412.
- Zamernardi A, Bendjuia G, Manzano RE, Berben MD, *et ál.* Lupus eritematoso cutáneo. Estudio de 92 pacientes. *Dermatol Argent.* 2018;24:41-46.
- Ortega SM, Barbarulo A, Spelta M, Gavazza S, *et ál.* Lupus eritematoso cutáneo: revisión de nuestra casuística en los últimos 15 años. *Dermatol Argent.* 2011;17:116-122.
- Cosentino M, Martire MV, García L, García MA, *et ál.* Manifestaciones cutáneas en pacientes con lupus eritematoso sistémico: formas al inicio de la enfermedad y durante el seguimiento. Análisis retrospectivo. *Reumatol Clin.* 2023;19:293-298.
- Walling HW, Sontheimer RD. Cutaneous lupus erythematosus: issues in diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10:365-81.
- Contestable JJ, Edhegard KD, Meyerle JH. Bullous systemic lupus erythematosus: a review and update to diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2014;15:517-524.
- Concha JSS, Werth VP. Alopecias in lupus erythematosus. *Lupus Sci Med.* 2018;5:e000291.