

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 crónica⁴, 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 tipos⁵. 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)⁶.

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)⁷.

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 recalcitrantes⁸.

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.