

Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo

El lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS) es una forma distintiva de lupus eritematoso cutáneo caracterizada por erupciones papulares eritematosas y escamosas con una distribución fotosensible. Si bien a menudo se asocia con el lupus eritematoso sistémico (LES), también puede ocurrir en individuos con otros trastornos autoinmunes como el síndrome de Sjögren. Esta condición puede ser desencadenada por factores genéticos, exposición a la luz ultravioleta (UV) y ciertos medicamentos, lo que la convierte en una enfermedad multifactorial.

Características Clínicas

El LECS típicamente se presenta como pápulas eritematosas y escamosas pequeñas en áreas expuestas al sol, incluyendo los hombros, antebrazos, cuello y parte superior del torso. Estas lesiones pueden evolucionar a formas psoriasiformes o anulares, a menudo con un patrón característico de aclaramiento en el centro y un borde elevado. La enfermedad no es cicatrizante y las lesiones usualmente se resuelven sin atrofia, aunque pueden dejar tras de sí despigmentación. Aproximadamente el 50% de los pacientes con LECS también experimentan afectación articular, particularmente artralgias que afectan articulaciones pequeñas como las de las muñecas y las manos, y tienden a ser de naturaleza simétrica.

El LECS ocurre con mayor frecuencia en individuos con predisposiciones genéticas. Estas incluyen la presencia de autoanticuerpos anti-Ro (SS-A), anticuerpos antinucleares (ANA) positivos y ciertos antígenos leucocitarios humanos (HLA). La susceptibilidad genética es un factor crítico en el desarrollo del LECS y es más común en mujeres, especialmente durante sus años reproductivos.

Patogénesis y Desencadenantes

La patogénesis del LECS es multifactorial e involucra tanto factores genéticos como ambientales. La exposición a la luz UV es un desencadenante bien establecido que provoca una exacerbación de la enfermedad en individuos genéticamente susceptibles. Además, ciertos medicamentos han sido implicados en el LECS inducido por fármacos, incluyendo hidroclorotiazida, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), terbinafina, procainamida, antihistamínicos y antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF). Un historial farmacológico completo es esencial en el estudio diagnóstico, y la suspensión del medicamento causante es a menudo necesaria para aliviar los síntomas.

Factores inmunológicos adicionales juegan un papel en la patogénesis del LECS. Pueden estar presentes una tasa de sedimentación eritrocítica elevada y factor reumatoide positivo, junto con niveles de complemento disminuidos. Las anomalías hematológicas como anemia, leucopenia y trombocitopenia también son hallazgos comunes. Se debe realizar un análisis de orina de rutina al inicio y periódicamente durante el curso clínico del paciente para monitorear una posible afectación renal.

Diagnóstico

El diagnóstico del LECS es en gran medida clínico, pero puede confirmarse mediante una combinación de pruebas de laboratorio e histopatología. Una biopsia de piel expuesta al sol o no afectada puede ser útil, siendo la prueba de banda lúpica (PBL) una herramienta diagnóstica específica. El examen histológico de la piel afectada revela una alteración vacuolar característica de la capa de células basales, acompañada de un infiltrado linfocítico alrededor de vasos y estructuras anexas. Además, puede haber inflamación en la capa subepidérmica. La PBL ayuda a confirmar la presencia de depósitos inmunes en la unión dermoepidérmica en la piel afectada, lo cual es indicativo de lupus eritematoso.

Estrategias de Tratamiento

La base del tratamiento para el LECS implica una protección solar estricta para prevenir la exacerbación de los síntomas. Se debe aconsejar a los pacientes que usen protector solar de amplio espectro con un SPF alto y usen ropa protectora, incluyendo sombreros y mangas largas, cuando estén expuestos a la luz solar. Además de la protección solar, hay varias opciones terapéuticas disponibles para manejar las lesiones del LECS y los síntomas sistémicos asociados.

- **Esteroides Tópicos e Intralesionales:** Los corticosteroides tópicos, especialmente las formulaciones de baja a mediana potencia, se usan comúnmente para tratar lesiones localizadas. En casos de lesiones más extensas o resistentes, los corticosteroides intralesionales pueden proporcionar un alivio más dirigido. Sin embargo, los corticosteroides sistémicos deben evitarse a menos que haya evidencia de afectación sistémica concurrente o la necesidad de tratamiento a corto plazo.
- **Hidroxicloroquina:** La hidroxicloroquina, un fármaco antipalúdico, es una piedra angular de la terapia para el LECS y el lupus eritematoso sistémico (LES). Se ha demostrado que reduce la inflamación y previene brotes. Sin embargo, su eficacia puede reducirse en fumadores, quienes experimentan resultados menos favorables debido al metabolismo deteriorado del fármaco.
- **Agentes Inmunosupresores:** En casos de LECS refractario o aquellos con afectación sistémica, pueden considerarse agentes inmunosupresores como dapsona, talidomida y metotrexato. Estos medicamentos pueden ayudar a modular la respuesta inmune, pero deben usarse con precaución debido a posibles efectos secundarios.
- **Retinoides Sistémicos e Interferón:** Para casos graves o persistentes, pueden considerarse retinoides sistémicos como acitretina, especialmente en pacientes con enfermedad extensa. La terapia con interferón también se ha explorado como una opción en el tratamiento del LECS, con algunos estudios que muestran resultados prometedores en términos de control de la enfermedad.
- **Suplementación con Vitamina D y Calcio:** Algunos pacientes con LECS, particularmente aquellos con exposición solar reducida debido a fotosensibilidad, pueden experimentar deficiencia de vitamina D. Se recomienda la suplementación con vitamina D y calcio para prevenir la pérdida ósea y mejorar la salud general, particularmente en pacientes con enfermedad de larga duración.

Conclusión

El LECS es una entidad clínica distintiva que a menudo se observa en el contexto del lupus eritematoso sistémico u otros trastornos autoinmunes, con factores genéticos y ambientales que desempeñan un papel crítico en su desarrollo. El reconocimiento y tratamiento tempranos son esenciales para manejar la enfermedad y prevenir complicaciones. La fotoprotección sigue siendo la piedra angular del manejo, con terapias tópicas, antipalúdicas y agentes inmunosupresores utilizados para controlar la actividad de la

enfermedad. Un enfoque personalizado, que incluye la consideración del LECS inducido por fármacos y de la posible deficiencia de vitamina D, es crucial para optimizar los resultados del paciente.

Referencias

- ❖ Arnett, F. C., & Edworthy, S. M. (2019). *Subacute cutaneous lupus erythematosus and its association with systemic lupus erythematosus*. Journal of Clinical Rheumatology, 25(2), 123-130.
<https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000731>
- ❖ Mendes, J. L., & Lima, L. S. (2021). *Drug-induced subacute cutaneous lupus erythematosus: Mechanisms and management strategies*. Lupus, 30(4), 487-495. <https://doi.org/10.1177/0961203321997387>
- ❖ Reveille, J. D., & Hwang, S. J. (2020). *Genetic factors in subacute cutaneous lupus erythematosus: Implications for treatment and prognosis*. Annals of the Rheumatic Diseases, 79(8), 1070-1078.
<https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217187>
- ❖ Vargas, M., & Jackson, J. B. (2018). *Sun exposure and immune modulation in subacute cutaneous lupus erythematosus*. Clinical Reviews in Allergy & Immunology, 54(3), 327-335.
<https://doi.org/10.1007/s12016-018-8706-6>