



Lupus eritematoso cutáneo subagudo: un reto diagnóstico para el dermatólogo

Subacute cutaneous lupus erythematosus: a diagnostic challenge for the dermatologist

Dayana Bermúdez-Sañudo^{1*}  <https://orcid.org/0000-0002-7474-9642>

Bárbara Saile Chávez-Cruz¹  <https://orcid.org/0009-0007-8039-4239>

¹ Hospital Ginecobstétrico Provincial José Ramón López Tabrane. Matanzas, Cuba.

*Autora para la correspondencia: dayanabs88@yahoo.es

RESUMEN

El lupus eritematoso es una entidad autoinmune, de etiología desconocida, de curso crónico y amplio espectro clínico, que va desde la forma cutánea crónica hasta la eritematosa sistémica. La variedad subaguda es primariamente una enfermedad de las mujeres blancas, que comienza, en promedio, en la quinta década de vida, y se ha descrito que en el 50 % de los casos pudieran evolucionar hacia un lupus eritematoso sistémico. Es un estadio intermedio en el que se afecta mucosas, anejos cutáneos y la piel, sobre todo las zonas fotoexpuestas, pero rara vez la cara. Se presenta el caso de un hombre de 56 años con lesiones generalizadas que incluyen la zona facial, con respuesta satisfactoria al tratamiento.

Palabras clave: lupus eritematoso, lupus eritematoso cutáneo subagudo, enfermedad autoinmune.



ABSTRACT

Lupus erythematosus is an autoimmune entity, of unknown etiology, with a chronic course and a broad clinical spectrum, ranging from the chronic cutaneous form to the systemic erythematosus one. The subacute variety is primarily a disease of white women that begins on average in the fifth decade of life and it has been described that in 50% of cases it could evolve into systemic lupus erythematosus. It is an intermediate stage in which the mucous membranes, skin annexes and skin are affected, especially photo-exposed areas, but rarely the face. On this occasion we present the case of a 56-year-old man with generalized lesions that include the facial area, with a satisfactory response to treatment.

Key words: lupus erythematosus, subacute cutaneous lupus erythematosus, autoimmune disease.

Recibido: 21/03/2025.

Aceptado: 15/06/2025.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso (LE) es la designación general para un conjunto heterogéneo de enfermedades relacionadas entre sí solo por el desarrollo de una autoinmunidad dirigida predominantemente contra los constituyentes moleculares de los nucleosomas y las ribonucleoproteínas.⁽¹⁾ Esta heterogeneidad ha propiciado la aparición de amplia y confusa terminología con respecto a las formas clínicas. En estas, la piel puede verse o no involucrada, y cuando lo hace suele estar acompañada de daño visceral; las lesiones pueden ser específicas o no de la entidad.⁽²⁾

Aun cuando trabajos recientes aportan nuevas perspectivas, la etiología del lupus es desconocida, aunque se piensa que sea el resultado de cuatro fases secuenciales: susceptibilidad, inducción de autoinmunidad, expansión y daño tisular. Dentro de ellas existe una interacción entre los factores del huésped (genético alfafetoproteína de primera línea de lupus, endocrinos, inmunológicos) y del medio ambiente (radiación ultravioleta, tabaquismo, algunos fármacos y alimentos fotosensibles).^(3,4)

Con respecto a la sintomatología, la enfermedad se clasifica en tres subgrupos: lupus eritematoso cutáneo agudo (LECA), subagudo (LECSA) y cutáneo crónico (LECC).⁽³⁾

Se considera que las manifestaciones cutáneas del lupus son múltiples, según lo señala la clasificación de Guillain NJ y Sontheimer RD (1981), en la cual la variedad subaguda enmarca las subformas psoriasiforme o papuloescamosa, la mixta, la anular policíclica (que incluye el lupus marginado, eritema centrífugo simétrico, eritema anular autoinmunitario, lupus eritematoso *gyratunsrepens*); otras, como el lupus neonatal, el



inducido por medicamentos, y las menos comunes, como la eritrodérmica y vesicoampollar.^(1,5,6)

La naturaleza heterogénea del LE hace que su diagnóstico sea un reto médico; no obstante, constituye una herramienta de vital importancia el uso de métodos tradicionales, como los antecedentes patológicos personales y familiares, el cuadro clínico y los exámenes complementarios.

Dentro de los últimos, figuran datos de laboratorio generales, como hemograma, cituria, perfil renal y hepático, hormonas tiroideas, factor reumatoideo, prueba de Coombs, PCR, VIH, VDRL, electroforesis de proteínas, IgG, entre otros. Un aspecto relevante para el diagnóstico certero es el perfil inmunológico, el cual incluye ANA, células LE, anti-ADN de doble filamento, anticuerpo anti-SM, anti-RO, complementos C3 y C4, anti-ENA. La histopatología e inmunohistología corroboran la presencia de esta enfermedad, aunque en muchas ocasiones esta última no está disponible en algunas instituciones hospitalarias.^(1,7,8)

Existen, además, criterios de clasificación del lupus eritematoso sistémico (LES), los cuales han sido redactados anteriormente en 1982, 1997 y 2012. En 2019, la American College of Rheumatology actualizó sus criterios clínicos e inmunológicos para una correcta evaluación ante la sospecha de lupus. A partir de esta nueva clasificación, se puede diagnosticar precozmente.⁽⁷⁻⁹⁾

Dado que la forma subaguda del lupus es un espectro intermedio entre la variante sistémica de la enfermedad y la cutánea crónica, un 50 % de los pacientes pueden evolucionar a un LES. No obstante, respecto al pronóstico, varios autores plantean que la mayoría de estos curan en pocas semanas o meses sin dejar cicatriz; a veces, solo quedan leves trastornos de la pigmentación (hipopigmentación o hiperpigmentación), en general reversibles. Con frecuencia, los brotes son recurrentes siguiendo una cadencia estacional (primavera y verano).⁽⁶⁾

Además, según la bibliografía consultada, la mayoría de los pacientes con esta afección tiene recurrencias intermitentes en la actividad de la enfermedad cutánea durante períodos prolongados, sin que se demuestre una progresión significativa del compromiso sistémico.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Generalmente el tratamiento para el lupus eritematoso cutáneo subagudo, está basado en una fotoprotección estricta, y como medicamentos de primera elección, por vía oral, los antimaláricos, reconocidos como de utilidad para el control de esta enfermedad.^(7,12,13)

Dada la variabilidad del cuadro cutáneo del paciente, así como su estilo de vida —se trata de un recluso—, además su semejanza con otras dermatosis propias de las condiciones de hacinamiento y conductas sexuales, se consideró necesario apoyar la sospecha clínica con un examen histopatológico que contribuyó a la conclusión diagnóstica final. Este caso se presenta con el objetivo de correlacionar las manifestaciones clínicas con el diagnóstico histológico del lupus subagudo.



PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 56 años, raza blanca, recluso, con antecedentes patológicos personales y familiares de salud. Refiere que hace aproximadamente dos semanas comienza, de forma repentina, con dolores articulares, febrícula, astenia y malestar general. Posterior a este cuadro, se presentan lesiones dermatológicas, que inicialmente se localizaron en cuello, tronco y espalda, y después se diseminaron a miembros inferiores, superiores y cara.

Examen físico dermatológico

Lesiones eritematosas, de número y tamaño variables, algunas conservan su individualidad y otras están dispuestas en placas de configuración anular policíclica, de aproximadamente 4 cm de diámetro, con bordes circinados, superficie lisa, de distribución diseminada a predominio de cara, tronco y miembros superiores (figuras 1 y 2). No se constata toma de mucosas ni daño a anejos cutáneos.



Fig. 1. Lesiones eritematosas en miembros superiores.



Fig. 2. Lesiones eritematosas en cara.

Se indicaron exámenes de laboratorio:

Hemograma: hemoglobina: 13,5 g/dl; plaquetas: 250×10^9 /L; leucograma: neutrófilos: 75 %; linfocitos: 35 %; eosinófilos: 1 %; monocitos: 5 %; basófilos: 0,7 %; eritrosedimentación: 100 mm/hr; factor reumatoideo: negativo; VDRL: no reactivo; complemento sérico C3: 0,5 g/L (disminuido), y C4: 0,2 g/L (disminuido).

Se realiza biopsia por ponche de 6 mm (figura 3), que muestra atrofia epidérmica con degeneración vacuolar de queratinocitos basales. Edema e incontinencia pigmentaria en dermis con dilatación de vasos sanguíneos e infiltrado inflamatorio crónico perivascular y perianexial, con presencia de células plasmáticas, compatible con lupus eritematoso subagudo.

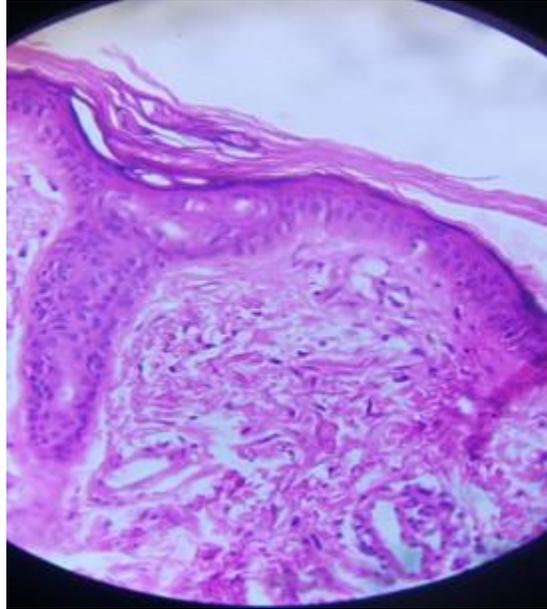


Fig. 3. Biopsia por ponche de 6 mm.

Se interconsultó con Oftalmología, a fin de descartar daños oculares que impidieran iniciar el tratamiento con hidroxicloroquina.

Transcurridos tres meses de tratamiento, que incluyó medidas generales de fotoprotección, terapéutica tópica con cremas emolientes y esteroides de mediana potencia (frecuencia: dos veces al día), acompañado de hidroxicloroquina en dosis de 200 mg vía oral, se evidenció una respuesta completa al tratamiento y una mejoría del paciente. Se realizan controles periódicos del caso, y después de 12 meses no se ha observado actividad clínica de la enfermedad.

DISCUSIÓN

El LE se considera una enfermedad autoinmune de etiología desconocida y curso crónico, que se caracteriza por un proceso muy heterogéneo, que incluye amplio espectro de formas clínicas, donde la piel se ve involucrada entre el 70 y 85 % de los casos.^(14,15)

Las manifestaciones específicas pueden clasificarse en agudas, subagudas o crónicas, según sus signos y síntomas, tiempo de duración, hallazgos serológicos y anatomopatológicos.⁽¹⁵⁾

Asimismo, la forma subaguda del lupus presenta una fotosensibilidad característica, y a pesar de ser más frecuente en mujeres, puede aparecer en hombres, como es el caso presentado. En un estudio realizado por Patricia Frisancho,⁽¹³⁾ se describe la prevalencia



de esta entidad en pacientes del sexo masculino. Es notable que, por lo general, la zona central de la cara esté libre de lesiones, mientras que las áreas laterales de esta, la parte superior del tronco y la región extensora de las extremidades superiores estén afectadas.^(4,14)

Las lesiones dan lugar, con frecuencia, a alteraciones de la pigmentación, sobre todo hipopigmentación o incluso despigmentación, pero no dejan secuelas de cicatrices ni atrofia dérmica. Entre un tercio y la mitad de los pacientes que presentan LECSA cumplen con cuatro o más criterios de la American College of Rheumatology, y de manera ocasional algún paciente desarrolla una enfermedad sistémica importante.⁽¹⁵⁾

Si bien las manifestaciones cutáneas pocas veces ponen en peligro la vida del paciente, en muchas ocasiones contribuyen a la morbilidad en términos de bienestar personal y psicosocial, así como a la incapacidad profesional, lo que conlleva altos costos médicos y sociales. Ocupa el tercer lugar entre las enfermedades dermatológicas con mayor impacto psicosocial. Aunque en algunos casos de lupus eritematoso subagudo las lesiones dermatológicas suelen ser la única manifestación clínica de la entidad, siempre debe tenerse en cuenta que en cualquier momento pudieran aparecer síntomas de la enfermedad sistémica.⁽¹⁶⁾

Dada la variabilidad morfológica del cuadro cutáneo y su similitud con entidades como la psoriasis en placas, el eritema centrífugo anular, pitiriasis rosada, tiña corporis, secundarismo sifilítico, entre otras, siempre el diagnóstico del lupus representará para el dermatólogo un reto, de ahí la importancia de realizar una adecuada clasificación y selección del tratamiento.^(3,16)

CONCLUSIONES

Este reporte describe un caso de lupus eritematoso subagudo en un varón de 56 años con afectación facial extensa, una presentación infrecuente que resalta la heterogeneidad clínica de la enfermedad. Por tanto, la correlación clínico-histológica de esta entidad fue relevante para el diagnóstico y conducción del caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, et al. Fitzpatrick's Dermatology, 9 ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019. p. 1037-60.
2. Bielsa I, Ferrándiz Foraster C. Ferrándiz. Dermatología clínica. 6ta ed. Madrid: Elsevier España; 2025. p. 265-71.
3. Arenas R. Dermatología Atlas, Diagnóstico y Tratamiento. 8va ed. Ciudad de México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2023. p. 167-82.



4. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatology*. 5th ed. Amsterdam: Elsevier; 2024. p. 670-88.
5. López-Cepeda LD, Martínez Estrada V, González González M, et al. Lupus eritematoso cutáneo subagudo tipo anular. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* [Internet]. 2019 [citado 14/05/2024];28(2):71-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2019/cd192c.pdf>
6. Motta A, González LF, García G, et al. *Atlas of Dermatology. Inflammatory, Infectious and Tumoral Skin Diseases*. 1st ed. Berlin: Springer Nature; 2022. p. 324-34.
7. Giuliodori MG, Llaudet Maza JL. Lupus Eritematoso Subagudo. (Presentación de un caso clínico). *Rev argent dermatol* [Internet]. 2020 [citado 14/05/2024];101(3):111-20. Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1155668>
8. Carvallo VA. Lupus eritematoso cutáneo y lupus eritematoso sistémico. Revisión de una historia sin fin. *Rev chil reumatol* [Internet]. 2020 [citado 20/04/2024];36(1):24-30. Disponible en: <https://sochire.cl/wp-content/uploads/2021/09/r-919-1-1592327945.pdf>
9. Conejo Mir J, Moreno JC, Camacho FM. *Manual de Dermatología*. Vol II. 2da ed. Madrid: Editorial Aula Médica; 2018. p. 357-63.
10. Manzur J, Díaz Almeida J, Cortés M. *Dermatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 147-52.
11. Falabella R, Victoria Chaparro J, Barona Cabal MI. *Dermatología: Fundamentos de medicina*. 8 va ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2017. p. 157-61.
12. Orbea Jácome EA, Orbea Jácome LF, Misshell Narváez Álvarez, et al. Lesiones cutáneas en Lupus eritematoso sistémico. *Recimundo* [Internet]. 2022 [citado 14/05/2024];6(1):13-24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8294229.pdf>
13. Frisancho Rodríguez P. Perfil epidemiológico, clínico y laboratorial en pacientes varones con lupus eritematoso sistémico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2006-2015 [tesis en Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2016 [citado 14/05/2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/20.500.12920/5119/1/70.2094.M.pdf>
14. Inchauste Callaura BA, Bacinello A, Michel Quispe BG. Lupus eritematoso cutáneo subagudo psoriasiforme. Reporte de caso. *Rev Cient Cienc Med* [Internet]. 2022 [citado 14/05/2024];25(1):63-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v25n1/2220-2234-rccm-25-01-63.pdf>



15. Riveros R, Di Martino B, Mascaró Galy JM. Características clínico-epidemiológicas e histológicas de los pacientes con Lupus eritematoso con manifestaciones cutáneas. Rev parag Reumatol [Internet]. 2021 [citado 14/05/2024];7(1):7-12. Disponible en: <https://revista.spr.org.py/index.php/spr/article/view/134>

16. Ginebra Marín GM, Gorrín Díaz Y, Rivera Rivadulla R. Lupus eritematoso mucoso: un reto diagnóstico. Folia dermatol cuban [Internet]. 2021 [citado 14/05/2024];14(3). Disponible en: <https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/71>

Conflicto de intereses

Las autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Revisores: Silvio Faustino Soler-Cárdenas y Cristy Darías-Domínguez.

CÓMO CITAR EL ARTÍCULO

Bermúdez-Sañudo D, Chávez-Cruz BS. Lupus eritematoso cutáneo subagudo: un reto diagnóstico para el dermatólogo. Rev Méd Electrón [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso];47:e6385. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6385/6325>

