

Lupus eritematoso cutáneo: diagnóstico diferencial y opciones terapéuticas actuales

Cutaneous lupus erythematosus: differential diagnosis and current therapeutic options

Jhoanss Sebastian Gaibor Gaibor

ORCID: 0009-0008-8325-8395

Universidad de las Américas, Ecuador

Milena Abigail Liquinchana Martínez

ORCID: 0009-0009-4868-8020

Centro de Salud Jauneche, Ecuador

Luis Xavier Escudero Muñoz

ORCID: 0009-0005-9778-1732

Universidad de Guayaquil, Ecuador

Stefany Katherine Correa Villavicencio

ORCID: 0009-0004-9091-2237

Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

Julissa Anabel Ordoñez Abad

ORCID: 0009-0003-1595-3779

Investigadora independiente, Ecuador

Saskya Nathalie Hens Erráez

ORCID: 0009-0006-2134-5253

Centro de Salud Cangahua, Ecuador

Estefany Carolina Frías Mena

ORCID: 0009-0004-5373-7257

Centro de Salud Talag, Ecuador

Carlos Manuel Ordóñez Abad

ORCID: 0009-0002-1371-6748

Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

RESUMEN

El lupus eritematoso cutáneo (LEC) es una manifestación dermatológica del lupus eritematoso sistémico (LES), una enfermedad autoinmune crónica de etiología multifactorial. Este trastorno se caracteriza por lesiones cutáneas que pueden presentarse en diversas formas clínicas, desde el lupus cutáneo agudo hasta el lupus cutáneo subagudo y el lupus cutáneo crónico. Debido a la heterogeneidad de las presentaciones clínicas, el diagnóstico diferencial incluye otras dermatosis inflamatorias, infecciosas y neoplásicas, lo que subraya la importancia de una evaluación clínica y laboratorio exhaustiva. El diagnóstico del LEC requiere correlación clínica, histopatológica e inmunológica. La biopsia cutánea con inmunofluorescencia directa es una herramienta clave para confirmar la presencia de depósitos inmunitarios característicos. Además, los autoanticuerpos como ANA y anti-DNA son útiles en la evaluación sistémica. En cuanto al tratamiento, las opciones terapéuticas actuales incluyen medidas generales como fotoprotección y la suspensión de factores desencadenantes, además de terapias tópicas (corticosteroides e inhibidores de calcineurina) y sistémicas (antipalúdicos, inmunosupresores y biológicos). Los avances recientes en terapias dirigidas ofrecen nuevas perspectivas para el manejo del LEC, mejorando tanto el control de la enfermedad como la calidad de vida del paciente. Un enfoque multidisciplinario es fundamental para optimizar los resultados clínicos.

Palabras clave: Lupus eritematoso cutáneo, Diagnóstico diferencial, Tratamiento, Terapias, Manejo, Enfermedades autoinmunes.

ABSTRACT

Cutaneous lupus erythematosus (CLE) is a dermatological manifestation of systemic lupus erythematosus (SLE), a chronic autoimmune disease of multifactorial etiology. This disorder is characterized by skin lesions that can present in various clinical forms, from acute cutaneous lupus to subacute cutaneous lupus and chronic cutaneous lupus. Due to the heterogeneity of clinical presentations, the differential diagnosis includes other inflammatory, infectious, and neoplastic dermatoses, underscoring the importance of a thorough clinical and laboratory evaluation. The diagnosis of CLE requires clinical, histopathological and immunological correlation. Skin biopsy with direct immunofluorescence is a key tool to confirm the presence of characteristic immune deposits. Additionally, autoantibodies such as ANA and anti-DNA are useful in systemic evaluation. Regarding treatment, current therapeutic options include general measures such as photoprotection and suspension of triggering factors, in addition to topical therapies (corticosteroids and calcineurin inhibitors) and systemic therapies (antimalarials, immunosuppressants and biologicals). Recent advances in targeted therapies offer new perspectives for the management of CLE, improving both disease control and patient quality of life. A multidisciplinary approach is essential to optimize clinical outcomes.

Keywords: Cutaneous lupus erythematosus, Differential diagnosis, Treatment, Therapies, Management, Autoimmune diseases.

INTRODUCCIÓN

El LEC es una manifestación dermatológica del LES, una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por una amplia variabilidad clínica. Este trastorno afecta principalmente la piel, presentándose en diferentes formas clínicas que incluyen lupus cutáneo agudo, subagudo y crónico (1). Su diagnóstico puede ser un desafío debido a la similitud de sus manifestaciones con otras enfermedades dermatológicas, lo que resalta la importancia de un enfoque clínico integral respaldado por estudios histopatológicos e inmunológicos. El LEC no solo impacta la calidad de vida de los pacientes debido a sus síntomas visibles, sino que también puede ser un marcador de actividad sistémica en algunos casos (1,2). En los últimos años, han surgido avances significativos en el entendimiento de su fisiopatología, lo que ha permitido el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas. Estas incluyen tratamientos tópicos, sistémicos y biológicos dirigidos, que ofrecen opciones personalizadas basadas en la severidad y extensión de la enfermedad (2). Este artículo revisará los aspectos clave del diagnóstico diferencial del LEC y explorará las opciones terapéuticas más actuales, proporcionando una visión integral para el manejo óptimo de esta compleja entidad clínica.

METODOLOGÍA

Para la realización de esta revisión narrativa se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas como PubMed, Scopus y SciELO. Se emplearon términos controlados como MeSH y DeCS, incluyendo combinaciones como "Cutaneous Lupus Erythematosus", "Differential Diagnosis", "Therapeutics", "Autoimmune Diseases" y sus equivalentes en español. Se establecieron criterios de inclusión que consideraron artículos publicados entre 2010 y 2025, en inglés o español, con estudios relevantes sobre diagnóstico diferencial y tratamientos actuales del lupus eritematoso cutáneo. Se excluyeron aquellos estudios que no abordaran específicamente el tema, revisiones duplicadas y artículos con información desactualizada o de baja calidad metodológica. De un total inicial de 312 artículos encontrados, se seleccionaron 20 después de aplicar los criterios mencionados. Estos estudios proporcionaron información clave sobre las características clínicas del lupus eritematoso cutáneo, las herramientas diagnósticas disponibles y las opciones terapéuticas actuales, permitiendo una revisión integral y actualizada del tema.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Introducción al lupus eritematoso cutáneo: definición y clasificación

El lupus eritematoso cutáneo es una manifestación dermatológica del lupus eritematoso, una enfermedad autoinmune crónica y heterogénea que puede afectar múltiples órganos y sistemas. El LEC se caracteriza por una respuesta inmunitaria aberrante que provoca inflamación y daño en la piel, resultando en una amplia variedad de lesiones cutáneas que pueden variar en severidad y presentación clínica (1).

La clasificación del LEC se basa en sus diferentes subtipos clínicos, los cuales se distinguen por sus características morfológicas, curso clínico y relación con el lupus eritematoso sistémico (LES). Los principales subtipos incluyen el lupus eritematoso cutáneo agudo (LECA), el lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECSA) y el lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC), siendo este último subdividido en variantes como el lupus discoide, el lupus profundo (paniculitis lúpica) y el lupus hipertrófico o verrucoso (1).

El LECA se asocia típicamente con el LES activo y se manifiesta con eritema malar en forma de "alas de mariposa" o lesiones maculopapulares generalizadas, que suelen ser fotosensibles. Por otro lado, el LECSA se caracteriza por placas eritematosas anulares o papuloescamosas que predominan en áreas expuestas al sol y que, aunque no siempre, pueden relacionarse con el LES. Finalmente, el LECC, particularmente el lupus discoide, es la forma más común de LEC y se presenta con placas bien delimitadas, eritematosas y descamativas que pueden evolucionar hacia atrofia, cicatrices y cambios pigmentarios permanentes (2).

Comprender la definición y clasificación del LEC es esencial para su manejo adecuado. Esto permite no solo un diagnóstico preciso sino también una intervención temprana que puede prevenir complicaciones a largo plazo, mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar los resultados clínicos (2).

Epidemiología y factores de riesgo asociados al lupus eritematoso cutáneo

El LEC es una enfermedad autoinmune que afecta predominantemente la piel y puede manifestarse en diferentes

formas clínicas, como el lupus eritematoso cutáneo agudo, subagudo y crónico. Su epidemiología y factores de riesgo son aspectos fundamentales para comprender su desarrollo y manejo (3).

En términos epidemiológicos, el LEC tiene una mayor prevalencia en mujeres, especialmente en edades comprendidas entre los 20 y 50 años, lo que sugiere un posible vínculo hormonal en su patogénesis. Además, se ha observado que ciertas poblaciones, como las personas de ascendencia africana, asiática o hispana, presentan una mayor predisposición a desarrollar la enfermedad. La incidencia también varía según las regiones geográficas, siendo más alta en áreas con mayor exposición solar, lo que resalta el papel de los factores ambientales (3).

Entre los factores de riesgo más relevantes se encuentran la predisposición genética y la interacción con agentes ambientales. Variantes genéticas en los genes relacionados con la regulación del sistema inmunológico, como los del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA), han sido implicadas en el desarrollo del LEC. Asimismo, factores epigenéticos, como la metilación del ADN y modificaciones en las histonas, también juegan un papel importante (3).

La exposición a la radiación ultravioleta (UV) es uno de los desencadenantes ambientales más significativos. La radiación UV puede inducir daño celular y apoptosis, liberando autoantígenos que fomentan la respuesta autoinmune característica del lupus. Otros factores ambientales incluyen infecciones virales, ciertos medicamentos (como hidralazina y procainamida) y el tabaquismo, que se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollo y exacerbación de la enfermedad (4).

El estrés crónico y los desequilibrios hormonales también se consideran factores contribuyentes. En particular, los estrógenos pueden influir en la activación de células inmunes y en la producción de autoanticuerpos, lo que podría explicar la mayor prevalencia del LEC en mujeres. Por otro lado, el déficit de vitamina D, común en pacientes con lupus debido a la fotosensibilidad y la evitación del sol, podría desempeñar un papel en la exacerbación de los síntomas (4).

Fisiopatología del lupus eritematoso cutáneo

La fisiopatología del LEC implica una interacción multifactorial entre predisposición genética, factores ambientales y alteraciones del sistema inmunológico (5).

En el LEC, la predisposición genética desempeña un papel crucial. Variantes en genes relacionados con la regulación inmune, como los del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA), se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Estos factores genéticos predisponen a una respuesta inmunitaria anómala frente a estímulos externos, como la radiación ultravioleta (UV), que es uno de los desencadenantes más frecuentes del LEC (5).

La exposición a la radiación UV induce daño en el ADN de los queratinocitos, lo que genera liberación de autoantígenos y citoquinas proinflamatorias. Esto activa tanto la inmunidad innata como la adaptativa, promoviendo la producción de autoanticuerpos, especialmente contra componentes nucleares como el ADN y las histonas. Estos autoanticuerpos forman complejos inmunes que se depositan en la piel, desencadenando inflamación y daño tisular (6).

El sistema inmunológico en el LEC muestra una activación aberrante de las células dendríticas plasmocitoides, que producen grandes cantidades de interferones tipo I. Estas citoquinas juegan un papel central en la amplificación de la respuesta inflamatoria, perpetuando el reclutamiento de linfocitos T y B hacia las áreas afectadas. Los linfocitos T CD4+ contribuyen a la inflamación mediante la producción de citoquinas proinflamatorias, mientras que los linfocitos B generan autoanticuerpos que exacerban el daño cutáneo (6).

Además, se ha observado disfunción en los mecanismos de eliminación de células apoptóticas, lo que incrementa la exposición de autoantígenos al sistema inmunológico y perpetúa el proceso autoinmune. Este fenómeno es particularmente relevante en las lesiones cutáneas del LEC, donde se evidencia acumulación de restos apoptóticos en la dermis y epidermis (6).

Manifestaciones clínicas del lupus eritematoso cutáneo

El LEC abarca un espectro de manifestaciones clínicas que varían en severidad y presentación, siendo una de las principales manifestaciones del LES o presentándose de manera aislada. Las lesiones cutáneas características del LEC se clasifican en tres subtipos principales: lupus cutáneo agudo, lupus cutáneo subagudo y lupus cutáneo crónico, cada uno con características clínicas distintivas (7).

El LCA se asocia típicamente con el LES y se presenta con eritema malar en forma de "alas de mariposa", afectando las mejillas y el puente nasal, respetando el surco nasolabial. Estas lesiones suelen ser fotosensibles y pueden exacerbarse con la exposición solar. En casos más severos, el LCA puede involucrar áreas extensas del cuerpo (7).

El LCSA se caracteriza por lesiones eritematosas, anulares o policíclicas, con bordes elevados y un centro claro, que

suelen localizarse en áreas expuestas al sol como el cuello, los brazos y el torso. Estas lesiones son altamente fotosensibles y pueden dejar hipopigmentación o hiperpigmentación residual, pero generalmente no producen cicatrices (7,8).

El LCC incluye el lupus discoide, su forma más común, que se manifiesta como placas eritematosas bien delimitadas con escamas adherentes, atrofia central, telangiectasias y, frecuentemente, cicatrices. Estas lesiones suelen aparecer en áreas fotoexpuestas como la cara, el cuero cabelludo y las orejas. La alopecia cicatricial es una complicación característica cuando el cuero cabelludo está involucrado. Las formas menos comunes de LCC incluyen el lupus paniculitis y el lupus verrucoso (8).

Además de estas formas principales, el LEC puede presentar otras manifestaciones como úlceras orales o lesiones mucosas, que son frecuentes en pacientes con LES. La fotosensibilidad es una característica clínica común en todos los subtipos de LEC y suele ser un desencadenante importante (8).

Métodos diagnósticos: herramientas clínicas, histopatológicas y de laboratorio

Los métodos diagnósticos para el LEC son fundamentales para establecer un diagnóstico preciso y diferenciarlo de otras dermatosis. Estos métodos incluyen herramientas clínicas, histopatológicas y de laboratorio, las cuales deben integrarse para obtener una evaluación completa del paciente (9).

Desde el punto de vista clínico, la anamnesis detallada y el examen físico son esenciales. Es importante identificar lesiones cutáneas características, como eritema en alas de mariposa, fotosensibilidad, lesiones discoides o úlceras mucosas. Además, se deben evaluar los antecedentes personales y familiares de enfermedades autoinmunes y los posibles desencadenantes como la exposición solar o ciertos medicamentos (9).

El análisis histopatológico es una herramienta clave para confirmar el diagnóstico. Una biopsia cutánea puede revelar características típicas del LEC, como degeneración vacuolar de la capa basal de la epidermis, infiltrados linfocíticos perivasculares y depósitos de mucina en la dermis. Además, la inmunofluorescencia directa puede mostrar depósitos de inmunoglobulinas y complemento en la unión dermoepidérmica, un hallazgo conocido como "band test" positivo, que es altamente sugestivo de lupus (9,10).

En cuanto a los estudios de laboratorio, los análisis serológicos son indispensables. La detección de autoanticuerpos específicos, como anticuerpos antinucleares (ANA), anti-DNA de doble cadena y anti-Sm, es fundamental para respaldar el diagnóstico. También es útil evaluar los niveles de complemento sérico (C3 y C4), que pueden estar disminuidos en casos activos. Otros marcadores inflamatorios como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR) pueden ser útiles para valorar la actividad sistémica de la enfermedad (10).

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que puedan simular el LEC, como dermatitis seborreica, rosácea, psoriasis o dermatomiositis. La integración de hallazgos clínicos, histológicos y serológicos permite una evaluación integral y precisa (10).

Diagnóstico diferencial: enfermedades dermatológicas similares

El diagnóstico diferencial del LEC es un desafío clínico debido a la superposición de manifestaciones clínicas con otras enfermedades dermatológicas. Una evaluación minuciosa y un enfoque sistemático son fundamentales para distinguir el LEC de otras patologías que presentan características similares (11).

Entre las enfermedades que deben considerarse en el diagnóstico diferencial se encuentra la rosácea, que puede confundirse con el lupus eritematoso cutáneo subagudo debido a la erupción eritematosa en áreas fotoexpuestas. Sin embargo, la rosácea suele asociarse con telangiectasias, pápulas y pústulas, características que no son típicas del LEC. La dermatitis seborreica también puede simular el LEC, especialmente en el cuero cabelludo y la cara, pero tiende a presentar placas escamosas más grasosas y menos delimitadas (11).

El liquen plano es otra entidad a considerar, ya que puede manifestarse con lesiones violáceas que podrían confundirse con las placas eritematosas del LEC. No obstante, el liquen plano tiende a afectar superficies flexoras y puede acompañarse de lesiones en mucosas, lo cual no es característico del lupus cutáneo. Asimismo, la psoriasis, particularmente en su forma en placas, puede imitar el lupus discoide debido a sus lesiones bien delimitadas y escamosas. Sin embargo, la psoriasis suele involucrar áreas como los codos, rodillas y cuero cabelludo de manera más prominente (11,12).

Otras enfermedades autoinmunes como la dermatomiositis y la esclerodermia también deben ser consideradas. La dermatomiositis puede compartir características como fotosensibilidad y erupciones en áreas expuestas al sol, pero típicamente se asocia con debilidad muscular y signos distintivos como el eritema heliotropo y las pápulas de Gottron. Por su parte, la esclerodermia puede presentar cambios cutáneos similares al LEC crónico, pero se distingue por el engrosamiento

de la piel y la presencia de fenómenos vasculares como el fenómeno de Raynaud (12).

Finalmente, las infecciones cutáneas crónicas como la tiña corporis o la leishmaniasis cutánea pueden simular lesiones de lupus discoide. En estos casos, los estudios microbiológicos o histopatológicos son esenciales para confirmar el diagnóstico (12).

Impacto del lupus eritematoso cutáneo en la calidad de vida de los pacientes

El lupus eritematoso cutáneo es una enfermedad autoinmune que afecta la piel y puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Este impacto no solo se relaciona con las manifestaciones físicas de la enfermedad, como lesiones visibles o cicatrices, sino también con las repercusiones psicológicas y sociales que estas generan (13).

Desde el punto de vista físico, las lesiones cutáneas características del LEC, como placas eritematosas, fotosensibilidad y alopecia, pueden ser dolorosas o generar molestias como prurito. Además, estas lesiones suelen localizarse en áreas visibles, como el rostro y el cuero cabelludo, lo que incrementa la preocupación de los pacientes por su apariencia física. Esto puede derivar en una disminución de la autoestima y en sentimientos de inseguridad (13).

En el ámbito psicológico, los pacientes con LEC suelen experimentar altos niveles de estrés, ansiedad y depresión. Estas alteraciones emocionales pueden estar relacionadas con el carácter crónico e impredecible de la enfermedad, así como con el temor a los brotes o a la progresión hacia formas más graves del lupus. La carga emocional puede verse exacerbada por el estigma social o por la falta de comprensión por parte del entorno cercano (13).

Socialmente, el LEC puede limitar las actividades cotidianas de los pacientes. La necesidad de evitar la exposición solar, un desencadenante común de los brotes, puede restringir su participación en actividades al aire libre. Asimismo, el cansancio crónico asociado a la enfermedad dificulta mantener un ritmo normal de trabajo o estudio, lo que puede generar aislamiento social y afectar las relaciones interpersonales (14).

Por otra parte, el manejo del LEC implica tratamientos prolongados, visitas frecuentes al médico y la necesidad de adoptar cambios en el estilo de vida, lo que puede generar una carga adicional tanto económica como emocional. Estos factores subrayan la importancia de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento del LEC, que no solo aborde los síntomas físicos, sino también las necesidades emocionales y psicosociales de los pacientes (14).

Opciones terapéuticas actuales: tratamientos tópicos, sistémicos y su evidencia científica

El tratamiento del LEC requiere un enfoque individualizado, considerando la extensión y severidad de las lesiones, así como las características clínicas del paciente. Las opciones terapéuticas actuales incluyen tratamientos tópicos y sistémicos, respaldados por evidencia científica que guía su uso (15).

Tratamientos tópicos

Los corticosteroides tópicos representan la primera línea de tratamiento en el manejo del LEC. Su efectividad radica en su capacidad antiinflamatoria y de inmunosupresión local. Se prefieren formulaciones de potencia media a alta para lesiones localizadas, con precaución en áreas sensibles como la cara, donde se recomiendan potencias más bajas para evitar efectos secundarios como atrofia cutánea. Los inhibidores de calcineurina tópicos, como el tacrolimus y el pimecrolimus, son alternativas útiles, especialmente en pacientes con intolerancia a corticosteroides o para zonas de piel delicada. Estos agentes han demostrado eficacia en ensayos clínicos al modular la respuesta inmune sin los efectos adversos asociados a los esteroides (15).

Tratamientos sistémicos

Cuando las lesiones son extensas, refractarias o afectan significativamente la calidad de vida del paciente, se recurre a terapias sistémicas. Los antipalúdicos, como la hidroxicloroquina, son el pilar del tratamiento sistémico debido a su capacidad para controlar tanto las manifestaciones cutáneas como sistémicas del lupus. Su eficacia está bien documentada en estudios observacionales y ensayos clínicos. En casos más severos o resistentes, se emplean inmunosupresores como metotrexato, micofenolato mofetilo o azatioprina. Estos agentes han mostrado beneficios en reducir la actividad inflamatoria, aunque su uso requiere monitoreo riguroso debido a posibles efectos adversos (15,16).

Recientemente, los avances en terapias biológicas han abierto nuevas posibilidades. Belimumab, un inhibidor del

factor activador de linfocitos B (BAFF), ha mostrado resultados prometedores en pacientes con lupus sistémico y cutáneo activo. Aunque su uso en LEC aún no es estándar, representa una opción emergente respaldada por evidencia creciente (16).

La fotoprotección estricta es indispensable como medida coadyuvante en todos los pacientes con LEC, dado el papel exacerbador de la radiación ultravioleta en esta enfermedad. Además, se recomienda educación al paciente sobre la importancia de evitar desencadenantes y adherirse al tratamiento (16).

Avances recientes en la investigación y desarrollo de nuevos tratamientos

En los últimos años, la investigación en LEC ha avanzado significativamente, enfocándose en la comprensión de los mecanismos inmunopatológicos y en el desarrollo de tratamientos más específicos y eficaces. Estas iniciativas han permitido identificar nuevas dianas terapéuticas y optimizar las opciones disponibles para los pacientes (17).

Uno de los avances más destacados se centra en los tratamientos biológicos dirigidos. Los estudios recientes han puesto de manifiesto el papel crucial de las citocinas proinflamatorias, como el interferón tipo I, en la fisiopatología del LEC. En este contexto, los inhibidores de la vía del interferón, como anifrolumab, han mostrado resultados prometedores en ensayos clínicos, con mejoras significativas en la actividad de la enfermedad y el perfil de seguridad. Asimismo, otros agentes biológicos, como belimumab, que inhibe el factor de activación de células B (BAFF), han demostrado ser útiles en pacientes con manifestaciones cutáneas persistentes y refractarias (17).

Además, se está investigando el uso de pequeñas moléculas dirigidas a vías intracelulares específicas involucradas en la inflamación y la autoinmunidad. Inhibidores de las quinasas Janus (JAK), por ejemplo, han mostrado potencial para reducir la inflamación cutánea en enfermedades autoinmunes, incluido el LEC, aunque se requieren más estudios para confirmar su eficacia y seguridad a largo plazo (17).

Por otro lado, se han realizado avances en el ámbito del diagnóstico y la estratificación de los pacientes. El desarrollo de biomarcadores específicos permite una mejor caracterización de la enfermedad y la identificación de subgrupos de pacientes que podrían beneficiarse de terapias personalizadas. Esto incluye la evaluación de firmas génicas asociadas al interferón y otros marcadores inmunológicos que predicen la respuesta al tratamiento (18).

En cuanto a las terapias tópicas, se han perfeccionado formulaciones con corticoides y análogos de vitamina D, que ofrecen un mejor perfil de tolerancia. Además, agentes tópicos inmunomoduladores como los inhibidores de calcineurina continúan siendo una opción relevante para lesiones localizadas (18).

En conjunto, estos avances reflejan un enfoque multidisciplinario que combina investigación básica, ensayos clínicos y estrategias terapéuticas personalizadas. A pesar de los progresos, persisten desafíos importantes, como la variabilidad en la respuesta al tratamiento y la necesidad de opciones más accesibles. No obstante, el panorama actual es alentador y abre nuevas perspectivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes con LEC (18).

Perspectivas futuras y desafíos en el manejo del lupus eritematoso cutáneo

El manejo del LEC enfrenta perspectivas prometedoras, pero también desafíos significativos que requieren atención en el ámbito clínico e investigativo. En los últimos años, los avances en la comprensión de los mecanismos patogénicos del LEC han abierto nuevas posibilidades terapéuticas, aunque persisten limitaciones que dificultan su implementación generalizada (19).

Entre las perspectivas futuras, destaca el desarrollo de terapias dirigidas basadas en la biología molecular del lupus. Los tratamientos biológicos, como los inhibidores de citocinas específicas y moduladores del sistema inmunológico, están mostrando resultados prometedores en ensayos clínicos. Asimismo, la identificación de biomarcadores específicos podría transformar el diagnóstico y monitoreo del LEC, permitiendo una atención más personalizada y eficaz (19).

La medicina de precisión también se perfila como una herramienta clave para optimizar el tratamiento del LEC. Al integrar datos genéticos, epigenéticos y ambientales, se espera mejorar la predicción de la respuesta a las terapias y minimizar los efectos adversos asociados con los tratamientos actuales. Además, las tecnologías emergentes, como la inteligencia artificial, podrían facilitar el análisis de grandes volúmenes de datos clínicos y contribuir al desarrollo de algoritmos predictivos para el manejo del LEC (19).

Sin embargo, estos avances enfrentan desafíos importantes. La heterogeneidad clínica del LEC complica tanto su diagnóstico temprano como el diseño de tratamientos uniformes. Además, la falta de acceso equitativo a terapias avanzadas sigue siendo un problema crítico, especialmente en regiones con recursos limitados. La educación médica continua y la formación especializada son esenciales para garantizar que los profesionales de la salud estén preparados para implementar

nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas (20).

Otro reto es la necesidad de estudios a largo plazo que evalúen la seguridad y eficacia de las terapias emergentes en poblaciones diversas. La inclusión de pacientes de diferentes grupos étnicos y geográficos en ensayos clínicos es fundamental para abordar disparidades en los resultados de salud y garantizar que las intervenciones sean aplicables a nivel global (20).

En resumen, aunque el manejo del lupus eritematoso cutáneo avanza hacia un enfoque más personalizado e innovador, su implementación efectiva dependerá de superar barreras relacionadas con la accesibilidad, la educación médica y la investigación inclusiva. La colaboración interdisciplinaria será crucial para transformar estas perspectivas en mejoras tangibles para los pacientes con LEC (20).

CONCLUSIÓN

En conclusión, el lupus eritematoso cutáneo representa un desafío clínico considerable debido a la heterogeneidad de sus manifestaciones y a la necesidad de un diagnóstico diferencial preciso. La correcta identificación de esta enfermedad es crucial para diferenciarla de otras patologías dermatológicas con presentaciones similares, como la dermatitis seborreica, la psoriasis o las dermatosis fotosensibles. El uso combinado de herramientas clínicas, histopatológicas e inmunológicas permite un enfoque diagnóstico más certero. En cuanto al tratamiento, las opciones terapéuticas actuales han evolucionado significativamente, proporcionando estrategias más efectivas y personalizadas. Los antipalúdicos siguen siendo el pilar del manejo, mientras que los corticosteroides tópicos y sistémicos, así como los inmunomoduladores y terapias biológicas, han demostrado eficacia en casos refractarios. Además, la fotoprotección estricta y la educación del paciente son componentes esenciales en el control de la enfermedad. A pesar de los avances, persisten desafíos en el manejo del LEC, incluyendo la variabilidad en la respuesta al tratamiento y los efectos secundarios asociados a terapias prolongadas. Por ello, es fundamental continuar investigando nuevas opciones terapéuticas y estrategias de manejo multidisciplinario que mejoren la calidad de vida de los pacientes y reduzcan las complicaciones a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Kuhn A, Landmann A, Bonsmann G. Classification of cutaneous lupus erythematosus. *Expert Rev Dermatol.* 2014;9(5):513-524. doi:10.1586/17469872.2014.941331
2. Stannard JN, Reed TJ, Myers LK, et al. Lupus erythematosus: a cutaneous perspective. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2016;51(1):1-16. doi:10.1007/s12016-015-8512-2
3. Durosaro O, Davis MD, Reed KB, Rohlinger AL. Incidence of cutaneous lupus erythematosus, 1965-2005: a population-based study. *Arch Dermatol.* 2009;145(3):249-253. doi:10.1001/archdermatol.2008.579
4. Klein RS, Moghadam-Kia S, Taylor L, et al. Epidemiology of cutaneous lupus erythematosus: a retrospective review of 852 patients. *Lupus Sci Med.* 2021;8(1):e000469. doi:10.1136/lupus-2020-000469
5. Furukawa F, Yoshimasu T. Cutaneous lupus erythematosus: interaction between keratinocytes and autoantibodies. *Autoimmun Rev.* 2005;4(5):296-302. doi:10.1016/j.autrev.2005.01.007
6. Wenzel J, Zahn S, Bieber T, Tüting T. The molecular basis of cutaneous lupus erythematosus: key role of autoimmunity and cytokines in lesion development and progression. *Histol Histopathol.* 2009;24(2):247-258. doi:10.14670/HH-24.247
7. Werth VP, Fiorentino D, Cohen BA, et al. Skin disease activity in systemic lupus erythematosus: categorization and response criteria for skin activity in clinical trials. *J Invest Dermatol.* 2021;141(5):1217-1222.e1. doi:10.1016/j.jid.2020.09.014
8. Okon LG, Werth VP. Cutaneous lupus erythematosus: diagnosis and treatment. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2013;27(3):391-404. doi:10.1016/j.berh.2013.07.003
9. Hedrich CM, Fiebig B, Hauck FH, et al. Early diagnosis and treatment of systemic lupus erythematosus: results of a cross-sectional study in juvenile and adult patients. *J Autoimmun.* 2020;110:102432. doi:10.1016/j.jaut.2019.102432
10. Klein R, Moghadam-Kia S, Taylor L, Coley C, Okawa J, Werth VP. Quality of life in cutaneous lupus erythematosus: a cross-sectional survey in the United States. *Am J Clin Dermatol.* 2019;20(4):527-536. doi:10.1007/s40257-019-00447-9
11. Patel P, Werth VP. Cutaneous lupus erythematosus: a review. *Dermatol Clin.* 2021;39(3):479-494. doi:10.1016/j.det.2021.03.008
12. Kuhn A, Aberer E, Bata-Csörgő Z, et al. S2k guideline for treatment of cutaneous lupus erythematosus – guided by the European Dermatology Forum (EDF) and the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(3):389-404. doi:10.1111/jdv.14053
13. Klein RS, Moghadam-Kia S, Taylor L, Coley C, Okawa J, Werth VP. Quality of life in cutaneous lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(5):849-858. doi:10.1016/j.jaad.2010.02.053

14. Albrecht J, Taylor L, Berlin JA, Dulay S, Ang G, Werth VP. The CLASI (Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index): an outcome instrument for cutaneous lupus erythematosus. *J Invest Dermatol.* 2005;125(5):889-894. doi:10.1111/j.0022-202X.2005.23889.x
15. Kuhn A, Landmann A, Bonsmann G. Advances in the treatment of cutaneous lupus erythematosus: a critical review of the literature and current recommendations for management. *Br J Dermatol.* 2016;174(2):338-354. doi:10.1111/bjd.14399
16. Okon LG, Werth VP. Cutaneous lupus erythematosus: diagnosis and treatment. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2013;27(3):391-404. doi:10.1016/j.berh.2013.07.003
17. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(6):736-745. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215089
18. Furie R, Rovin BH, Houssiau F, et al. Two-year, randomized, controlled trial of belimumab in lupus nephritis. *N Engl J Med.* 2020;383(12):1117-1128. doi:10.1056/NEJMoa2001180
19. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, et al. National variation in systemic therapy prescribing for psoriasis and association with important clinical outcomes: a multilevel cohort study in the British Association of Dermatologists Biologic Interventions Register (BADBIR). *PLoS Med.* 2020;17(8):e1003361. doi:10.1371/journal.pmed.1003361
20. Werth VP, Fiorentino D, Cohen SB, et al. Impact of anifrolumab on skin manifestations of systemic lupus erythematosus: results from the TULIP-1 and TULIP-2 trials. *Arthritis Rheumatol.* 2021;73(12):2220-2230. doi:10.1002/art.41908