

The background of the slide is a microscopic image showing numerous bright green, irregularly shaped cells or structures against a black background. These cells appear to be fluorescently labeled, possibly representing a specific cell type or a particular stage of a biological process. The cells are scattered across the frame, with some appearing more distinct than others.

LUPUS DISCOIDE

Orlando Lastra

¿Qué es el Lupus?



- Es una enfermedad inflamatoria crónica de naturaleza autoinmune y de etiología desconocida, caracterizada por afectación de múltiples órganos y sistemas y por la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA).
- Sus manifestaciones clínicas pueden ser:
 - Síndrome Constitucional (astenia, anorexia y pérdida significativa de peso)
 - Mucocutáneas
 - Musculoesqueléticas (Artralgia, entre otros)
 - Digestivas (Hepatomegalias)
 - Cardiacas (Pericarditis)
 - Pulmonares (Pleuritis)
 - Renales (Insuficiencia Renal)
 - Neuropsiquiátricas (Convulsiones, Trastornos emocionales)
 - Hematológicas (Anemia)

LUPUS una enfermedad silenciosa

El Lupus es autoinmune de carácter inflamatorio y crónico que suele afectar a varias partes del cuerpo.

Es comunmente asociado con la figura de una mariposa



El lazo morado es representativo para enfermedad

En México existen **1,500,000** casos de **Lupus**



Al menos **5,000,000** personas sufren de Lupus en el mundo

El lupus es más común entre las mujeres afroamericanas, hispanas, asiáticas e indígenas americanas que entre las mujeres caucásicas.

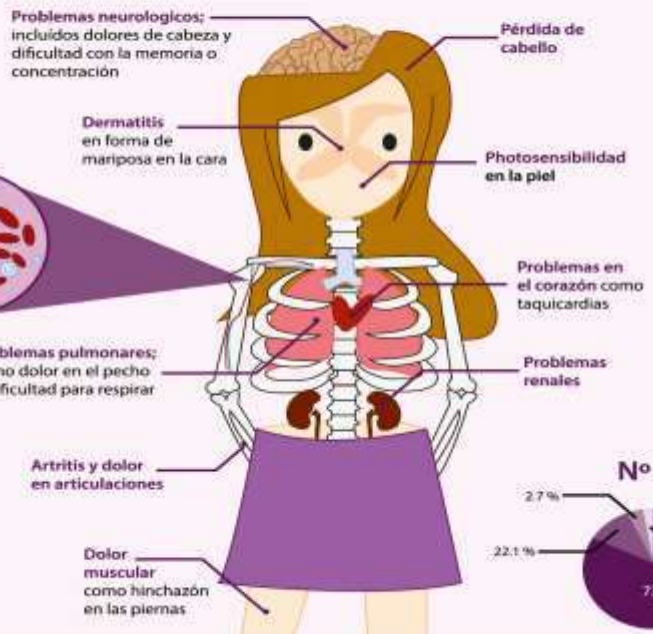


Tipos de Lupus

- Existen dos tipos de Lupus:
 - Lupus Cutáneo: sólo afecta a la piel
 - Lupus Sistémico: se le denomina así por presentar muchos síntomas afectando varios órganos o sistemas del cuerpo.

Síntomas característicos

Debido a que el lupus puede afectar a tantos órganos distintos, puede presentarse una amplia variedad de síntomas. Los síntomas de lupus más comunes; iguales para hombres y mujeres, son:



90% de los casos son mujeres



El Lupus es como los copos de nieve **NO HAY DOS CASOS IGUALES.**



Diagnóstico

El médico llevará a cabo un examen físico y auscultará el pecho con un estetoscopio. Igualmente, se lleva a cabo un examen neurológico.

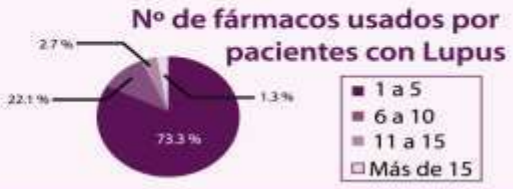
Diagnóstico basado en:

- Síntomas del paciente
- Historia médica
- Análisis de sangre
- Anomalías en órganos vitales

Tratamiento

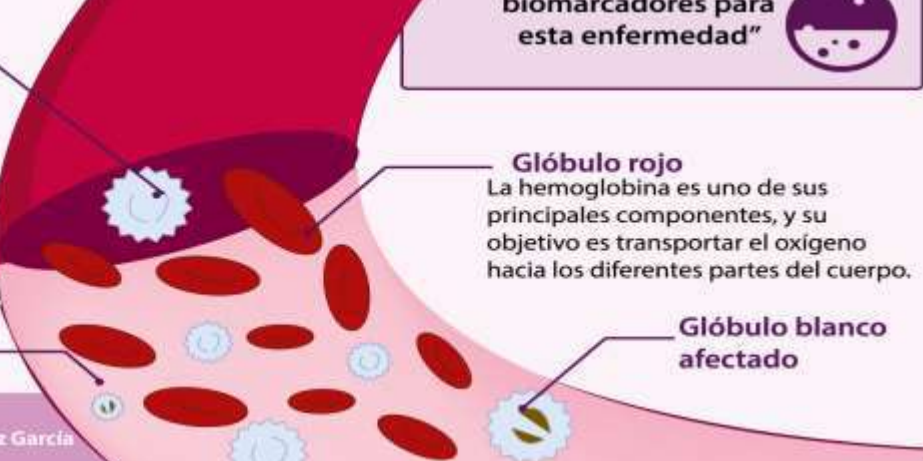
El lupus no tiene cura, pero existen diferentes maneras de controlar la enfermedad, los más comunes son:

- Esteroides
- Antinflamatorios
- Corticosteroides



Glóbulo blanco

Son un conjunto heterogéneo de células sanguíneas que son los efectores celulares de la respuesta inmunitaria.



MAYO 10
Día mundial del Lupus

Avances del 2013 del The Lupus Research Institute

- “Los genes pueden aumentar la susceptibilidad esta enfermedad autoinmune”
- “Como el Lupus daña los órganos vitales del paciente”
- “Vías que permiten respuesta autoinmune incontrolada”
- “20+ nuevos biomarcadores para esta enfermedad”

Lupus es más común entre el rango los **18-45** de edad

Enfermedades comunmente mal diagnosticadas como Lupus

- Fibromialgia
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Lyme

Infografía por: **Gloria Margarita Vázquez García**

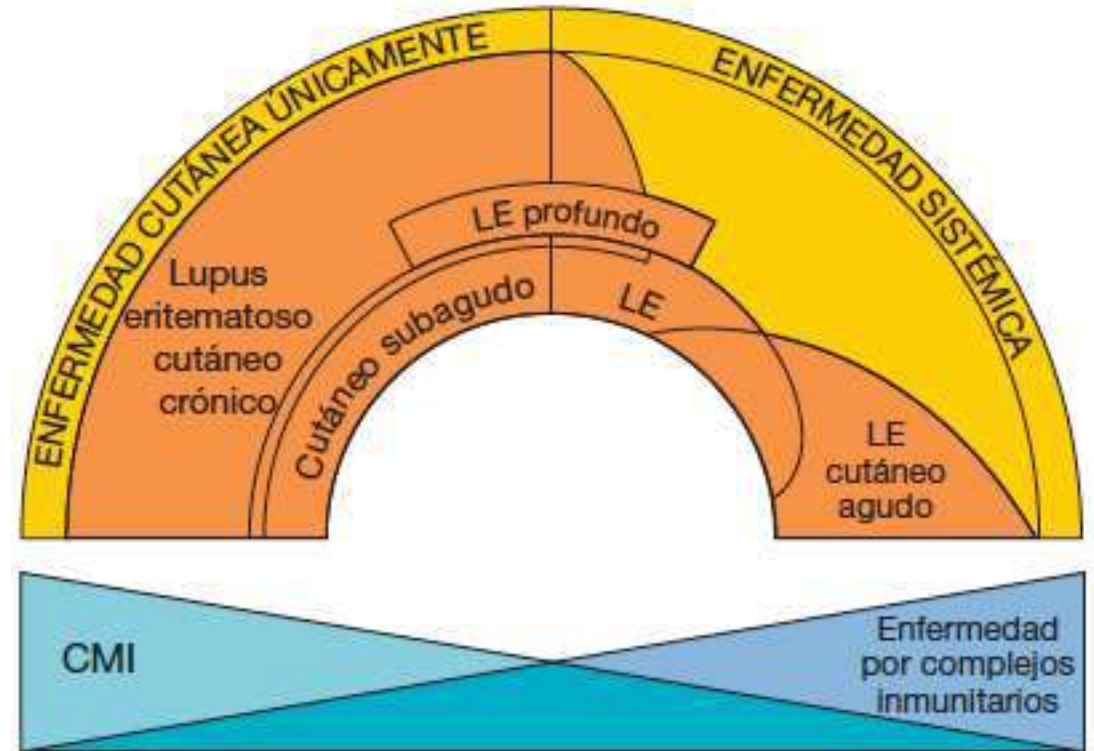
Fuente de consulta: <http://alusevilla.org/wp-content/uploads/2011/04/Manual.pdf>
<http://lupus.org/2011/03/11/03-tipos-de-lupus/>
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000435.htm>
<http://www.lupusresearchinstitute.org/>
http://www.nlm.nih.gov/portals/en_espanol/informacion_de_salud/lupus/default.asp

Criterios de la ARA para Lupus

Criterio	Definición
1. Exantema malar	Eritema fijo, plano o elevado, en las eminencias cigomáticas, que tiende a respetar los pliegues nasolabiales
2. Exantema discoide	Placas eritematosas elevadas con descamación queratósica adherente y taponamiento folicular; puede ocurrir cicatrización atrófica en las lesiones anteriores
3. Fotosensibilidad	Exantemas cutáneos como resultado de la reacción inusual a la luz solar, según los antecedentes del paciente o la observación del médico
4. Úlceras bucales	Ulceración bucal o nasofaríngea, por lo general indolora, observada por un médico
5. Artritis	Artritis no erosiva que afecta a dos o más articulaciones periféricas, caracterizada por hipersensibilidad, edema o derrame
6. Serositis	a. Pleuritis —antecedente convincente de dolor pleurítico o frote que ausculta un médico o signos de derrame pleural <i>o bien</i> b. Pericarditis —documentada mediante ECG o frote o signos de derrame pericárdico
7. Trastorno renal	a. Proteinuria persistente —0.5 g/d o 3+ si no se realiza la cuantificación <i>o bien</i> b. Cilindros celulares —pueden ser eritrocitos, hemoglobina, granulados, tubulares o mixtos
8. Trastorno neurológico	a. Convulsiones —si no se han administrado fármacos nocivos o no se conocen trastornos metabólicos, por ejemplo, uremia, cetoacidosis o desequilibrio electrolítico <i>o bien</i> b. Psicosis —ante la falta de fármacos nocivos o trastornos metabólicos conocidos, por ejemplo, uremia, cetoacidosis o desequilibrio electrolítico
9. Trastorno hematológico	a. Anemia hemolítica —con reticulocitosis <i>o bien</i> b. Leucopenia <4 000/ μ l en total o en dos o más ocasiones <i>o bien</i> c. Linfopenia <1 500/ μ l en dos o más ocasiones <i>o bien</i> d. Trombocitopenia: 100 000/ μ l si no hay fármacos nocivos
10. Trastorno inmunitario	a. Anticuerpo anti-DNA a DNA nativo en concentraciones anormales <i>o bien</i> b. Anti-SM —positividad para anticuerpo a antígeno nuclear Sm <i>o bien</i> c. Manifestación positiva de anticuerpos antifosfolípido basado en 1) una concentración sérica anormal de anticuerpos anticardiolipina IgG o IgM, 2) un resultado de prueba positivo para el anticoagulante lúpico utilizando un método normal o 3) una prueba serológica positiva falsa para sífilis que es positiva durante un mínimo de seis meses y se confirma mediante la inmovilización negativa de <i>Treponema pallidum</i> o la prueba de absorción de anticuerpo treponémico fluorescente
11. Anticuerpo antinuclear	Una concentración anormal de anticuerpo antinuclear mediante inmunofluorescencia de un análisis equivalente en cualquier momento y ningún antecedente de fármacos relacionados con síndrome "de lupus provocado por fármacos"

Lupus Eritematoso

- Es la designación de una gama de tipos de enfermedad que están vinculadas por **manifestaciones clínicas distintivas** y **patrones definidos de autoinmunidad celular y humoral**.
- Fluctúa desde manifestaciones potencialmente letales de LE sistémico (SLE) agudo hasta la afectación cutánea limitada y exclusiva en el lupus eritematoso cutáneo crónico (CCLE)
- Más de 85% de los pacientes con LE tienen lesiones cutáneas, las cuales pueden clasificarse como específicas e inespecíficas de LE



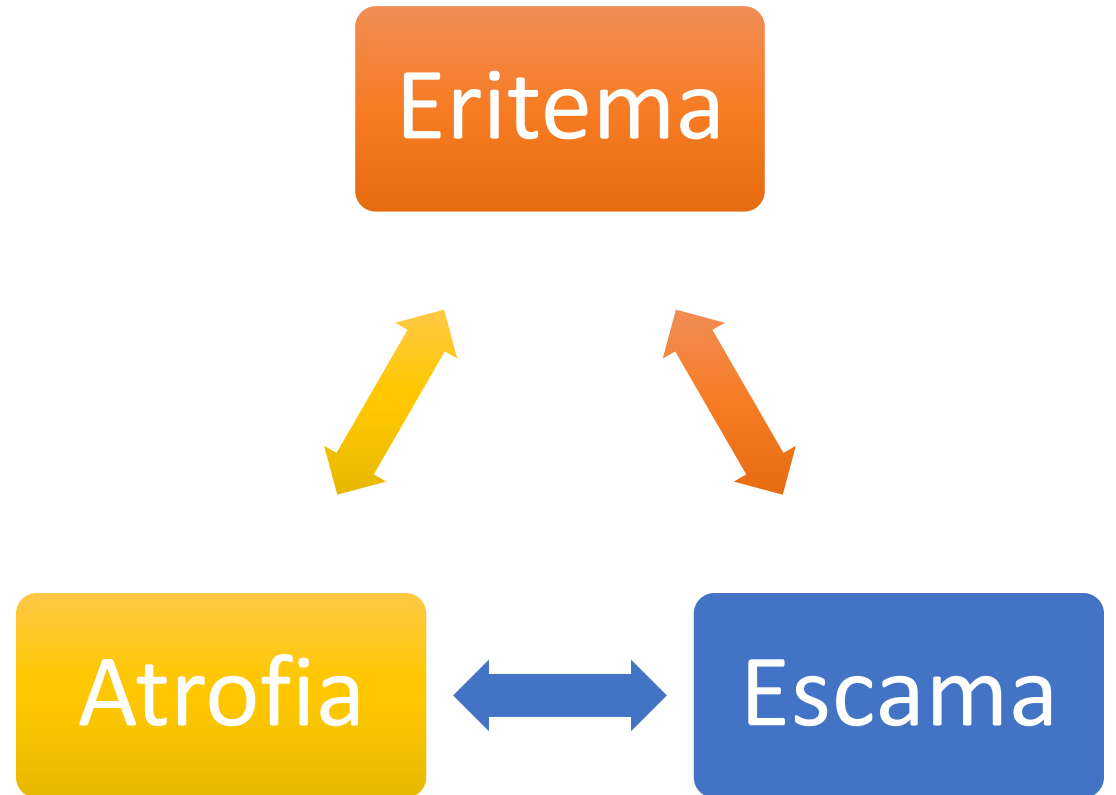
Atlas dermatología Fitzpatrick. Sección 14: La piel en los trastornos inmunitarios, autoinmunitarios y reumáticos. Pagina 333

Clasificación de Gilliam de las lesiones cutáneas del Lupus Eritematoso



¿Qué es el Lupus Eritematoso Discoide?

- Afecta la piel únicamente y se caracteriza por **manchas rojas**, como brotes, que aparecen sobre ambas mejillas y el puente de la nariz, dando la impresión de una *mariposa con las alas abiertas*.
- Estas manchas pueden aparecer en otras partes del cuerpo, especialmente en las **partes expuestas al sol**.
- Esta forma de lupus también puede causar **pérdida irregular del cabello**, la cual no es necesariamente irreversible.
- Por lo general **NO** hay síntomas generales.
- Puede ser **circunscrito** o **generalizado** y ocurre sobre todo en la cara y la piel cabelluda; dorsos de los antebrazos, manos, dedos de las manos y los pies y, con menos frecuencia, el tronco.



Lesiones Lupus Eritematoso Cutáneo Crónico

Las lesiones de CDLE comienzan como pápulas rojas brillantes que evolucionan a placas, con bordes definidos y descamación adherente.

La descamación es difícil de retirar y muestra espinas o proyecciones agudas (signo de la tachuela) que se originan por queratina que se extiende a los folículos dilatados que semeja a tachuelas de alfombra.



Lesiones Lupus Eritematoso Cutáneo Crónico

Las placas son redondas u ovaladas, anulares o poliquísticas, con bordes irregulares y se expanden en la periferia y experimentan regresión en el centro, lo que da por resultado atrofia y cicatrización



Lesiones Lupus Eritematoso Cutáneo Crónico

Las lesiones “quemadas” pueden ser máculas rosas o blancas y cicatrices, pero también pueden ser hiperpigmentadas, sobre todo en personas de tez morena o negra



Afectación de las Mucosas

Menos de 5% de los pacientes tienen afectación del labio (hiperqueratosis, cicatrización hipermelánica, eritema) y zonas eritematosas o blanquecinas atróficas con o sin ulceración en la mucosa bucal, la lengua y el paladar



Dermatopatología

- Hiperqueratosis, atrofia de la epidermis, taponamiento folicular, degeneración por licuefacción de la capa de células basales, infiltrado inflamatorio linfocítico.
- Intensa reacción de la zona basal subepidérmica engrosada a PAS.
- Positividad para LBT en 90% de las lesiones activas y negatividad en las lesiones quemadas (cicatrizadas) y en la piel normal, tanto la expuesta a la luz solar como la no expuesta.
- Frecuencia baja de ANA con concentraciones >1:16.



Diagnóstico

Debido a que las lesiones cutáneas del LED y del LES pueden ser idénticas, el paciente que presenta una lesión discoide típica debe ser examinado para determinar si presenta afectación sistémica.

Se debe hacer una anamnesis y una exploración clínica para descartar que se trate de una manifestación cutánea inicial de un LES.

Las pruebas diagnósticas deben incluir:

- Biopsia del borde activo de la lesión,
- Recuento de células sanguíneas,
- VSG,
- Pruebas para anticuerpos antinucleares
- Estudios de función renal

La biopsia de piel no permite diferenciar entre LED y LES, pero sí permite descartar otras patologías. Los anticuerpos anti-ADN de cadena doble están ausentes siempre en el LED.

Diagnóstico Diferencial

Queratosis actínica,

Psoriasis,

Erupción polimorfa fotorreactiva,

Tiña de la cara,

Lupus vulgar.



Tratamiento

Corticosteroides locales e inhibidores de calcineurina

Por lo general no son muy eficaces; glucocorticoides fluorados tópicos con precaución, ya que puede ocurrir atrofia.

Acetónido de triamcinolona intralesional, 3 a 5 mg/ml para las lesiones pequeñas.

Antipalúdicos

Hidroxicloroquina, ≤ 6.5 mg/kg por día.

Si es ineficaz la hidroxicloroquina, se añade quinacrina, 100 mg tres veces al día.

Hay que vigilar la presentación de efectos secundarios oculares.

Retinoides

Las lesiones de CDLE hiperqueratósicas responden bien a la acitretina sistémica (0.5 mg/kg).

Talidomida

De 100 a 300 mg/d son eficaces.

Hay que tener en cuenta las contraindicaciones.

Pronóstico

El pronóstico es en general bueno.

Las lesiones pueden persistir años alternando épocas buenas con otras de exacerbación.

La conversión de LED a LES es extremadamente rara.

Muy ocasionalmente pueden ocurrir transformaciones de lesiones de oreja y/o cuero cabelludo a carcinomas epidermoides.

Estos tumores pueden ser diagnosticados y extirpados precozmente si el seguimiento es correcto.