

INDICE DE ACTIVIDAD LUPICA Y MANEJO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Dra. Martha Mi niño
Santo Domingo, Republica Dominicana
VII Jornadas Actualización Terapéutica Dermatológica y Estética
Caracas, Venezuela
Junio 2006

TABLA I **Tipos LE Cutáneo (Gilliam)**

Histología Específica

Agudo (Localizado, Generalizado).
Subagudo (Anular, Pápuloescamoso).
Crónico (Clásico, Localizado, Generalizado).
Hipertrófico (Verrucoso).
Paniculitis Lúpica (Profundo).
LEC Mucosas.
Lupus Túmidos.
LEC Sabañones (Childblain).
Superposición Lupus/Liquen Plano.

Histología Inespecífica

Enfermedad cutánea vascular (Vasculitis, leucocitoclástica [Púrpura palpable, vasculitis urticariana, periarteritis nodosa], vasculopatía, livedo reticular Raynaud's, tromboflebitis, eritromelalgia, Degos, atrofia blanca, telangiectasia periungueal).

Alopecia no cicatricial (pelo lúpico, efluvio telógeno, alopecia areata).

Esclerodactilia.

Lesiones bulosas no específicas (Epidermolisis bulosa adquirida, dermatitis herpetiforme LE, Pénfigo eritematoso, Penfigoide buloso, Porfiria cutánea tarda).

Anetoderma/Cutis laxa

Mucinosi s Papulo-Nodular

Calcinosis cutis

Acantosis nigricans tipo B (Resistente Insulina)

Eritema multiforme

Ulcera de pierna

Liquen plano

Fuente: Sontheimer R , Provost T. Cutaneous manifestations of Rheumatologic Diseases. Saunders, 1997: 23.

TABLA II

MANIFESTACIONES DE LES QUE AFECTAN SERIAMENTE LA VIDA U ORGANOS Y SISTEMAS

Respuesta a altas dosis Glucocorticoides

Vasculitis

Dermatitis severa LE Subagudo

Poliartritis

Poliserositis (Pericarditis, pleuresía, peritonitis)

Miocarditis

Neumonía Lúpica

Glomerulonefritis Proliferativa

Anemia Hemolítica

Trombocitopenia

Síndrome Orgánico Cerebral (Coma, confusión, convulsiones)

Defectos cognoscitivos

Mielopatías

Neuropatías periféricas

Crisis Lúpica (Fiebre, postración)

No responden a Glucocorticoides

Trombosis, incluido ACV, Glomerulonefritis en estadíos terminales

Glomerulonefritis pura membranosa

Trombocitopenia resistente

Anemia Hemolítica --» Esplenectomía, Danazol

Psicosis relacionada condición

Fuente: Hahn BH. Management of SLE, in, Kelley W., Harris R., Ruddy S., Sledge C., ed, Textbook of Rheumatology, 5th edit, W.B. Saunders, 1997: 1044.

TABLA III

ALGORITMO TRATAMIENTO DE LES			
Enfermedad que atenta contra órganos o la vida			
SI	NO		
Requiere Inmunosupresión	Tratamiento conservador		
SI	NO	(Analgésicos, esteroides Locales, Fotoprotección, AINES, salicilatos, Antimaláricos).	
Altas dosis GC	Tx alternativo (Anticoagulantes, esplenectomía, Antipsicóticos, etc.).	¿ Calidad de vida ?	
		Aceptable	No aceptable
		No cambios	Bajar dosis GC
Respuesta y Toxicidad ¿Aceptable? Bajar GC	Inadecuada Toxicidad inaceptable Añadir Citotóxicos		
	Azatioprina Ciclofosfamida Ambos		
Respuesta y Toxicidad Aceptable Baja lento GC y Citotóxicos Dosis mantenimiento Descontinuar si es posible		Respuesta y Toxicidad No aceptable Tx experimental (Plasmaféresis, ciclosporina, etc.)	

Fuente: Hahn BH. Management of SLE, in, Kelley W., Harris R., Ruddy S., Sledge C., ed, Textbook of Rheumatology, 5th edit, W.B. Saunders, 1997: 1040.

TABLA IV

USO DE GLUCOCORTICOIDES EN LES

Régimen 1 → Vía oral Prednisona, Prednisolona, metilprednisolona 1-2 mg/kg/d, disminuir con atenuación síntomas a las varias semanas, 5-15% de la dosis semanal, mantener 30-25 mg/d.

Régimen 2 → IV Metilprednisolona 500-1000 mg/d/3-5 d
1-1.5 mg/kg/d Prednisona vo

Régimen 3 → Combinación regímenes 1 y 2 con citotóxicos.

Fuente: Hahn BH. Management of SLE, in, Kelley W., Harris R., Ruddy S., Sledge C., ed, Textbook of Rheumatology, 5th edit, W.B. Saunders, 1997: 1045.

No existe formula única para el para manejo de LES. De hecho, cada paciente debiera de ser individualizado y tratado de acuerdo a la conducta biológica de la enfermedad.

De ahí que desde hace muchos años los reumatólogos buscasen una forma de determinar cual era la dosis o manejo adecuado a la enfermedad en un momento dado y de cómo esto puede influir en su pronóstico y sobrevida.

Se conocen tres regimenes de manejo (Tabla IV), que variaran a todo lo largo de la vida del paciente.

Las dosis de esteroides o cualquier medicamento dependerán de varios factores a saber:

→ Tipo de LE	AINES
Estadio	Antimalaricos
Grado Actividad	Esteroides
Grado Daño	Citotóxicos
Sexo	Productos Biológicos
Edad	Terapia alternativa
Peso	Otros
Laboratorio	
Manifestaciones clínicas	
Patologías asociadas	

El LES al igual que muchas enfermedades de curso crónico, dadas sus múltiples afecciones, ha sido dividido en 10 diferentes estadios, que permiten al tratante valorar el avance o desarrollo de la enfermedad, de acuerdo a diferentes parámetros clínicos y de laboratorio, (TABLA V) y aunque no esta muy difundida y es poco usada, ya que muchos le consideran obsoleta, es bueno conocerla.

TABLA V

ESTADIAJE LES

0 → Pacientes con evidencia serológica LES sin manifestaciones clínicas. ANA (+) sin manifestaciones clínicas.

0a → ANA (+), Falso (+) VDRL o Anticuerpos cardiolipinas, Anti-Ro, Anti-La, Anti-RNP.

0b → ANA (+) + anticuerpos Sm o Anti-ADN (+).

1 → Evidencia serológica de LES + 1 criterio no serológico de los criterios les ARA sin hallazgos suficiente que satisfagan criterios para diagnostico definitivo LES o sintomatología constitucional.

1^a → Criterios para estadio I + proteínas totales elevadas (>8gm o Hb >11g/dl sin anemia hemolítica).

1b → Los mencionados + VSG > 25 mm/H.

2 → Evidencia serológica LES + 1 criterio no serológico ARA + fiebre recurrente, perdida peso o cualquier sintomatología constitucional importante.

2^a → Los anteriores + hipocomplementemia (C3 < 80% o < valor mínimo normal).

2b → Los anteriores + proteínas totales elevadas (>8g o Hb < 11 gms sin anemia hemolítica).

3 → Cualquier paciente que reúna los criterios para LES o pacientes con daño renal que no satisfaga criterios ARA para diagnostico definitivo LES.

3^a → Los anteriores + hipocomplementemia (C3 < 80% o < valor mínimo normal).

3b → Anteriores + proteínas totales elevadas (>8gm, Hb < 11 gm sin anemia hemolítica).

4 → LES definitivo con daño renal (Hallazgos 5 gm en orina o proteínas > 500 mg en orinas 24 horas + creatinina o aclaramiento normales, tendrán glomerulitis mínima o nefritis segmentaria en biopsia).

4^a → Los anteriores + hipocomplementemia (C3 < 80% o < valor mínimo normal).

4b → Anteriores + proteínas totales elevadas (>8gm, Hb < 11 gm sin anemia hemolítica).

5 → LES definitivo + glomerulonefritis membranosa + proteínas totales > 2 gms en orina 24 horas.

5^a → Anteriores + evidencia clínica síndrome nefrótico + hipoalbuminemia < 3 gms/l, colesterol > 300 mg/dl.

5b → Anteriores + edema con fovea.

6 → LES + glomerulonefritis proliferativa difusa o convulsiones o cualquier manifestación neurológica (cerebritis) que precisen hospitalización.

6^a → Los anteriores + hipocomplementemia (C3 < 80% o < valor mínimo normal).

6b → Anteriores + proteínas totales elevadas (>8gm, Hb < 11 gm sin anemia hemolítica).

7 → LES + aclaramiento creatinina < 100 ml/m/1.75m² o creatinina sérica > 1.5 mg/dl
7^a → Anteriores + hipocomplementemia (C3) o presión diastolica > 90 mms Hg, sin previo tratamiento.

7b → Anteriores + proteínas totales aumentadas (8 gm o Hb < 11 gm/dl sin anemia hemolítica).

8 → LES + aclaración creatinina < 50 ml/min/1.75m² o creatinina sérica > 2 mg/dl.

8^a → Anteriores + Hipocomplementemia (C3) o presión diastolica > 90 mms Hg sin previo tratamiento.

8b → Anteriores + proteínas totales aumentadas.

9 → LES + aclaración creatinina < 30 ml/min./1.75 m² o creatinina sérica > 30 mg/dl.

9^a → Anteriores + hipocomplementemia (C3) presión diastolica > 90 mms Hg sin previo tratamiento.

9B → Anteriores + proteínas totales elevadas.

10 → LES + insuficiencia renal terminal que precisa diálisis o estado neurológico sicótico → crónico.

ACTIVIDAD LUPICA

El LES, dadas sus características de brotes (flares) y remisiones, es una enfermedad que presenta actividad variable en todo su curso, es por ello que se define como Actividad Lúpica al grado o intensidad de afección de la enfermedad en un momento dado.

Ello precisa, pues de datos de clínica y laboratorio y por ende, el tratamiento será proporcional a dicho grado, ajustándose de esta manera los regimenes propuestos por Dubois y cols.

No significa que Actividad sea igual a Daño, si puede a la larga y de acuerdo al grado de afección, provocarle.

Dicha Actividad permite ademas, establecer morbilidad y la respuesta al tratamiento.

También es esencial para cuantificar los cambios en los pacientes, sus respuestas clínicas, diferentes entre pacientes.

Se ha podido establecer una relación entre actividad y estadio clínico LES → Generalmente a mayor estadio las manifestaciones serán mayores y por ende, la actividad puede ser mayor y a la larga habrá un mayor grado de daño.

Si consideramos la Actividad en cuanto a órganos específicos, resulta en daño órgano específico y aumento de la morbilidad. Sin embargo, en muchos pacientes la sobrevida > 10 años la causa muerte no es simplemente la mera actividad de la enfermedad, ya que habrá otras dolencias, sea provocadas por el tratamiento, desarrolladas por este no asociadas con la patología en si.

Por lo tanto, el manejo de los pacientes LES consiste en dos aspectos básicos:

- 1) Prevenir la muerte por LES.
- 2) Reducir la morbilidad por la actividad o la terapia.

De aquí se desprende que tanto la actividad como el daño acumulado son factores importantes en el pronóstico.

Índice de Daño LES (DDILES – IDLES)

Índice que permite establecer el grado de injuria o daño tisular desde el inicio de la enfermedad y el cual debe de estar presente al menos unos 6 meses.

Este daño puede resultar de enfermedad previa o enfermedad interrecurrente o por la terapia.

Y a pesar de lo ya manifestado, no esta relacionado con la actividad. Y como es así ? Resulta de grado de injuria que ocurre en cada brote o actividad, ello no quiere decir que la actividad y el daño sean proporcionales, en la practica diaria esto no se observa así, por ejemp, pacientes en remisión por muchos anos, sin embargo cursan con daño renal importante, no obstante no mostrar signos de actividad o la misma mantenerse en 0.

Este índice permite establecer protocolos de tratamiento entre diferentes pacientes y su comparación, en particular para valoración de productos y respuesta al tratamiento en grandes masas poblacionales.

TABLA VI

Índice de Daño de LES - Systemic Lupus International Collaborating Clinics/ American College of Rheumatology Damage Index for SLE (Gladman D. 1996).

ITEM	Puntos
Ocular (Examen clínico)	
Cataratas	
Cambios retinales	
Neuropsiquiátrico	
Alteración cognitiva (memoria, dificultad cálculo, pobre concentración, dificultad lenguaje hablado o escrito alteración de funciones) ó	
Psicosis mayor	1
Convulsiones que requieren Tx por 6 meses	1
Accidente cerebrovascular (2 puntos si +1)	1(2)
Neuropatía craneal o periférica (excluyendo óptica)	1
Renal	
Estimado Filtración glomerular menor 50%	1
Proteinuria mayor 3.5 gm/24h ó	1
Enfermedad renal Terminal(a pesar diálisis o transplante)	3
Pulmonar	
Hipertensión pulmonar (Ventrículo derecho prominente o P2 alto)	1
Fibrosis pulmonar (física y radiográfica)	1
Pulmón disminuido tamaño (radiografía)	1
Fibrosis pleural (radiografía)	1
Infarto pulmonar (radiografía)	1
Cardiovascular	
Angina o by pass coronario	
Infarto miocardio (2 puntos si + 1)	
Cardiomiopatía (disfunción ventricular)	
Enfermedad valvular (soplo diastólico o sistólico mayor 3/6)	
Pericarditis por 6 meses o pericardectomía	
Vascular periférico	
Claudicación por 6 meses	1
Pérdida tisular blanda menor (pulpejo dedos)	1
Pérdida tisular (digital, miembro) 2 puntos si + 1 sitio	1(2)
Trombosis venosa con edema, úlcera, estasis venosa	1

Gastrointestinal

Infarto o resección colon bajo duodeno, bazo, hígado, vesícula por cualquier causa (2 puntos si + I sitio)	1(2)
Insuficiencia Mesentérica	1
Peritonitis crónica	1
Cirugía TGI o constricción	1

Músculo-esquelético

Atrofia o debilidad muscular	
Artritis erosiva o deformidad (incluye deformidades reducibles, excluye necrosis avascular)	
Osteomielitis	

Piel

Alopecia cicatrizal	
Placas cicatrizales extensas o atrofia panicular, no cabelluda o pulpejos	
Úlcera piel (excluye trombosis) mayor 6 meses	

Disfunción Gonadal primaria

Diabetes (a pesar tratamiento)

Malignidad (excluye displasia) 2 puntos + 1 1(2) 1

Fuente: Gladman DD, Gryler E., Goldsmith C, Folin P, Liang M et al. The development and initial validation of Systemic Lupus Erythematosus Collaboratin Clinics /American College of Rheumatology Damage Index for SLE. Arthritis Rheum 1996; 39: 363-369.

Daño → (cambio irreversible, no relacionado a inflamación) ocurrido desde inicio del LES, determinado por examen clínico y presente por lo menos 6 meses o al menos establecido previamente. Episodios repetidos deben de ocurrir al menos 6 meses para doble puntuación. La misma lesión no debe de ser puntualizada dos veces.

Inicios

Isenberg D, Bacon P, Bombardier C, Gladman DD, Goldsmith CH, Kalunian K, Liang M., Madison P, Niven O et al. Criteria for assesing disease activity in Systemic Lupus Erythematosus. J Rheumatol 1989; 16: 1395-1396.

Bombardier C, Gladman DD, Urowitz MB, Caron D, Chang CH. Derivation of the SLEDAI. A Disease Activity Index for lupus patients. The Committee on Prognosis Studies in SLE. Arthritis Rheum 1992; 35: 630-640.

A partir de la idea de Bombardier y Gladman, seguido por esta tras la muerte del primero, se han creado diferentes protocolos que tartan de manejar la actividad lúpica, todos ellos con siglas, a saber:

■SLEDAI → Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index → Universidad de Toronto, 1992.

■BILAG → Brittish Isles Lupus Assesment Group Scale.

■SLAM → Systemic Lupus Activity Measure.

■LAI → Un California/S. Fco/J. Hopkins University Lupus Activity Index.

■Variables → MEX-SLEDAI → Es la variante latina del SLEDAI, fue desarrollado para países del tercer mundo, no valoriza los anticuerpos como el anti-ADN, como tampoco los complementos,

pero precisa de un grado importante de proteinuria. No toma en cuenta las alteraciones visuales, la cefalea lupica ni la piuria, pero si incluye otros ítems, como valores de creatinina > 5mg/dl (ver estadiaje Tabla V).

■SELENA SLEDAI → Desarrollado para población femenina, excluye convulsiones pasadas, agrega epiescleritis y escleritis y emplea las erupciones cutáneas como descriptores pero no marcadores de actividad.

SLEDAI = IALES

El Índice de Actividad Lúpica fue desarrollado por el Comité de Estudios de Pronóstico de LES, de la Universidad de Toronto y presentado en Boston en 1992. Mas adelante, en el nuevo siglo XXI experimento una revisión (SLEDAI 2-K) y en el 2002 Gladman y colaboradores destacaron que el mismo poseía veracidad suficiente para el manejo de pacientes., al igual que su predecesor.

Es un instrumento mayormente usado en Reumatología y consiste en un índice numérico, basado en los hallazgos de Clínica y Laboratorio, que están tabulados y tendrán un valor específico. Para su elaboración la sintomatología y los hallazgos deben de estar presente al menos 10 días.

El SLEDAI-2-K fue revisado e incluye la erupción cutánea, lesiones de membranas, la alopecia y proteinuria de menores niveles como marcadores de actividad persistente.

Consiste en una tabla que consta de varios acápite numerados 37 en la primera edición, actualmente 24, que van desde una puntuación 0-105, la cual se debe de valorar a modo de promedio

Y podemos compararle con una revisión por sistemas →

Neurológico (8)

Vascular (8)

Músculo esquelético (4)

Renal (4)

Hematológico (2)

Piel (2)

Serosas (2)

Inmunológico (2)

Generales (1)

TABLA VII

INDICE ACTIVIDAD LES (SLEDAI-TORONTO):

Nombres _____
 Expediente _____ Fecha _____
 Sexo _____ Edad _____ Raza _____

Grado	Puntos	Signo	Definición
8	_____		Convulsión Reciente (Excluir metabólico, drogas, infecciones)*
8	_____		Psicosis Perturbación severa percepción realidad, alucinación incoherencia, Disociación, pobre ctdo., catatonía.
8	_____		S. Cerebral Orgánico Alt. Fx mental/intelectual. pérdida conciencia, atención, incoherencia, insomnio, mareos.*
8	_____		Alt. Visual Cambios retina LES, excluir HTA.*
8	_____		Alt. Nervios Craneales Cefalea LES Neuropatía motora N.C.
8	_____		ACV Vasculitis Cefalea intensa, persistente, Migrañosa, no responde tx. Excluir HTA, Tromboembolia. Ulceración, gangrena, nódulos Blandos dedos, infarto Periungueal, hemorragias en llamas, biopsia (+)
4	_____		Artritis >articulaciones
4	_____		Miositis Mialgia/debilidad proximal, CPK, aldolasa elevada, electromiografía alt., biopsia (+)
4	_____		Cilindros Hialinos, hemáticos, Granulares en orina.
4	_____		Hematuria >5 gr/c.*
4	_____		Proteinuria >0.5 mg/24h o elevado.
4	_____		Piuria >5gb/c.
2	_____		Erupción piel Episodio nuevo o recurrente rash inflamatorio.
2	_____		Alopecia Nueva o recurrente
2	_____		Ulceras mucosa Idem, oral/nasal.
2	_____		Pleuresía Dolor pleurítico +frote, efusión, engrosamiento pleural
2	_____		Pericarditis Dolor pericardial + frote, efusión, alt. EKG, ECO
2	_____		Hipocomplementemia Disminución CH50, C3, C4
2	_____		Aumento unión DNA >25%

1	_____	Fiebre	>38-C
1	_____	Trombocitopenia	<100,00/mm ³
1	_____	Leucopenia	<3,000.00/mm ³
Total _____		Fecha _____	
Firma _____			

Fuente:

Se debe de destacar que es de suma importancia pesar al paciente en cada visita, aunque no se haga constar en el cuestionario.

La sumatoria y promedio → Índice Actividad Lúpica, que nos informa en cual nivel se encuentra nuestro paciente en ese momento, a saber:

Inactividad 0-2.

Leve >2<4.

Moderada >4<8.

Severa o grave 8 o >8.

Gladman y cols han destacado que un aumento en escasamente tres puntos puede hablar de cambios dramáticos en la actividad y por ende, tratamiento y respuesta, a saber:

Recaída aumento >3.

Mejoría reducción > 3.

Persistencia actividad cambia +/- 3.

Remisión = 0.

APLICACIÓN DE SLEDAI Y LA TERAPIA

Inactividad o Remisión → Mínimo de 2 puntos a cero.

Actividad Mínima o Leve → Puntuación que varia no menor de 2 o mínimo de tres puntos, por lo que se mantiene dosis de prednisona a 10 mg o aumentar 5 mg/d o agregar antimalaricos o citotóxicos en ultima instancia.

Actividad Mínima-Moderada → Cambio de tres puntos o nuevas placas discordes o intensificación de las mismas o eritema malar, fotosensibilidad, lupus profundo, vasculitis cutánea, lesiones ampollares, úlceras nasofaríngeas, pleuritis, pericarditis, artritis, fiebre atribuible a lupus. Precisa aumentar las dosis de prednisona al doble, sin exceder los 0.5 mg/kg/d.

Actividad Severa → Incremento > 12 puntos, con exacerbación de las ya mencionadas o presencia de los signos contenidos en el acápite 8, como lesiones del Sistema Nervioso Central, vasculitis, nefritis lupica, miositis, trombocitopenia < 60 x10³, anemia hemolítica con valores de hemoglobina < 7% o disminución de la hemoglobina > 3%. Precisa de doblar la dosis de prednisona > 0.5mg/kg/d u hospitalizar, o bien agregar citotóxicos.

Accurately describing changes in Disease Activity in Systemica Lupus Erythematosus. Gladman D., Urowitz M., Kagal A, Hallet D. J Rheum 2000; 27: 377-9.

Pero siendo este un instrumento de reumatología podemos nosotros, los dermatólogos inferior como andan las cosas con nuestro pacientes, pueden de hecho, las manifestaciones cutáneas ser predictores de actividad lúpica ?

Pues si, la revisión de Gladman del SLADAI en el 2002 demostró que si e incluyo en niveles mas elevados las erupciones cutáneas, alopecia, lesiones orales, entre otras, como indicadores de actividad persistente.

En el 1999 iniciamos un trabajo en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” con tal fin, exploramos los nódulos y placas que aparecen en los codos de pacientes afectados con LES y si pudimos constatar que los mismos pueden ser indicadores de actividad cutánea en diferentes niveles, por lo general leve, rara vez moderada y muy escasamente severa.

Miniño M. Nódulos y Placas en los codos. Marcadores de Actividad Lúpica. I Jornada Dermatol DR. H. Bogaert, IDCP-DHBD, 2002.

En la actualidad, además de los marcadores cutáneos poseemos los marcadores de laboratorio → Complementos, VSG, ANA, Anti-Sm, Proteína C Reactiva, etc.

Gladman D., Ibanez D., Urovitz M. Systemic Lupus Erythematosus Diseases Activity Index 2000. J Rheum 2002; 29(2): 288-291.

Sjowal C, Bengtsson, Sturfelt G, Skogh T. Serum levels of autoantibodies against monomeric C-Reactive Protein are correlate with disease activity in SLE. Arthritis Rheum Ter 2004; 6(2): 87-94.

Por lo que tenemos a mano como dermatólogos:

1) Manifestaciones cutáneas que pueden servir como indicadoras de actividad →

Erupción malar

Erupción discoide

Fotosensibilidad

Ulceras orales

Alopecia difusa

....→ Nódulos y Placas en los codos.

Podemos agregarle también,

Edema uni, bilateral de cuello. (Observación personal).

Ello se puede realizar de forma muy simple, un examen minucioso de nuestro paciente, laboratorios pertinentes, toma de biopsia de piel y correlación con el SLEDAI, nos permiten determinar que dichas manifestaciones se correlacionan con actividad leve, rara vez moderada o bien, persistencia de una actividad que amenaza en aumentar.

Debemos de recordar siempre que las manifestaciones cutáneas varían según cada paciente, así como su edad, sexo, raza,

Y a grandes rasgos podemos observar:

Actividad Leve → Fenómeno de Raynaud, eritema malar, discoide, alopecia difusa, livedo, placas orales, nódulos codos (pocos), fotosensibilidad, edema unilateral cuello.

Moderada → Acrocianosis marcada de manos, pies, lóbulos de orejas, vasculitis acral, placas orales, alopecia difusa, erupción liquenoide, eritema conjuntival, placas tumbidas, afección orejas, nódulos codos, edema uni o bilateral de cuello, diseminación de placas cutáneas, equimosis, eritema conjuntival.

Actividad severa → Vasculitis, Púrpura, úlcera, diátesis hemorrágica, desgaste, Nódulos codos, exacerbación de todas las anteriores.

Es importante reconocer que nuestros pacientes presentaran a lo largo de su enfermedad patologías asociadas y que pueden ser el resultado de una actividad persistente o el tratamiento empleado, como son:

Infeciosas:

Micológicas → Onicomycosis (En el IDCP-DHBD a diferencia del estudio de Estrada y cols, hemos podido apreciar que esta ocupa el segundo lugar), Tinea de los pies, la cual ocupa el primer lugar en nuestra serie; Pitiriasis versicolor, tercer lugar; Candidosis, tanto oral, genital como ungueal y de pliegues, seguida por la Tinea del cuerpo, Tinea de la cara, y tres casos en adultos de Tinea de la cabeza, producidas por *M. canis*.

Bacterianas → Foliculitis, forunculosis, paroniquia, mastitis, celulitis → Siendo el mayor implicado el *E. aureus*, a veces en cuadros muy resistentes al tratamiento y que pueden empeorar el estado y desarrollar una mayor actividad lúpica.

Micobacterias → La Tuberculosis ocupa el lugar preferencial, en primer termino por la doble inmunodeficiencia, tanto de la enfermedad como la provocada por el tratamiento, por lo que los pacientes de LES deben de ser tratados preventivamente y en nuestro caso, nuestros pacientes provienen de estratos sociales de muy escasos recursos, lo que no les permite siempre una dieta balanceada, con las consecuentes deficiencias nutricionales.

Viral → Gingivostomatitis de tipo herpética, no son tan infrecuentes.

CONCLUSIONES

El Índice de Actividad Lúpica o SLEDAI , IALLES es un instrumento de Reumatología que puede ser usado por los dermatólogos.

La mayoría de los datos cutáneos del SLEDAI son indicadores de una Actividad leve moderada. Por lo tanto, como dermatólogos manejaremos índices de actividad bajos.

Por lo que el manejo del LES en dermatología será específicamente de actividad leve-moderada, dejando mayores niveles de danos y complicaciones a reumatólogos y demás especialistas.

Es de mucha importancia destacar que las manifestaciones cutáneas pueden identificar el tipo de actividad lúpica y debemos de reconocerlas.