

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**Tratamiento del
LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO
DISCOIDE
en Adultos**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-689-13





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. JAVIER DÁVILA TORRES

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS

DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SALVADOR CASARES QUERALT

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD

LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: **Tratamiento del Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide en Adultos**. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013

Esta guía puede ser descargada de internet en:
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

CIE-10: L93.0 Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide GPC: Tratamiento del Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide en Adultos

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES

Coordinadores:

Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Maestra en Ciencias	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Excelencia Clínica
----------------------------------	---------------------	--------------------------------------	---

Autores :

Dra. Talina Hernández Pérez	Medica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Familiar/ UMF 28
Dra. Martha Alejandra Morales Sánchez	Dermatóloga, Dermatooncóloga	Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua"	Consulta externa
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Maestra en Ciencias	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Excelencia Clínica
Dra. Lina Donatella Petrocelli Calderón	Médica Internista, Dermatóloga	Instituto Salvadoreño del Seguro Social	Dermatóloga
Dra. Ruth Aidée Quiroz Mejía	Dermatóloga	Instituto Mexicano del Seguro Social	Dermatóloga / HGR 251 Toluca

Validación interna:

Dr. Fermín Jurado Santa Cruz	Dermatólogo	Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua"	Director
Dra. Virginia Martínez Estrada	Dermatóloga	Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua"	Dermatóloga
Dra. Donaji Sánchez Ferra	Dermatóloga	Instituto Mexicano del Seguro Social	Dermatóloga / HGZ 58

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER	7
3. ASPECTOS GENERALES	8
3.1 ANTECEDENTES	8
3.1 JUSTIFICACIÓN	8
3.2 OBJETIVO	9
3.3 DEFINICIÓN.....	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 EVALUACIÓN INICIAL PARA EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE.....	11
4.1.1 RELACIÓN ENTRE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y LED	11
4.1.2 CLASIFICACIÓN DEL LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE: LOCALIZADO Y DISEMINADO	11
4.1.3 LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE DE LAS MUCOSAS.....	11
4.2 TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE	12
4.2.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.	12
4.2.2 TRATAMIENTO TÓPICO.....	14
4.2.3 TRATAMIENTO SISTÉMICO	17
4.2.4 TRATAMIENTO PARA LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE REFRACTARIO	21
4.2.5 OTRAS TERAPIAS	24
4.2.6 MEDICAMENTOS NO RECOMENDADOS.....	28
4.3 SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE.....	32
4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	33
5. ANEXOS	34
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	34
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN	36
5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA.....	38
5.5 LISTADO DE RECURSOS	42
5.5.1 TABLA DE MEDICAMENTOS.....	42
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	45
6. GLOSARIO	46
7. BIBLIOGRAFÍA	47
8. AGRADECIMIENTOS.....	50
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	51

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro: IMSS-689-13	
Profesionales de la salud.	Dermatólogo, médico familiar
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10 L93.0 Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide
Categoría de GPC.	Segundo y tercer nivel de atención
Usuarios potenciales.	Dermatólogo, Reumatólogo, Médico Internista
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua"
Población blanco.	Pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide confirmado por histopatología, como manifestación única o como parte del Lupus Eritematoso Sistémico
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas	Tratamiento tópico y sistémico indicados para las diferentes presentaciones clínicas del LECD Parámetros para elegir el tratamiento tópico y/o sistémico en el LECD. Alternativas terapéuticas en casos refractarios de LECD
Impacto esperado en salud.	Incrementar la proporción de médicos que utilicen parámetros válidos para la selección del tratamiento de pacientes con lupus eritematoso cutáneo discoide en diferentes presentaciones clínicas. Disminuir las posibles secuelas del lupus eritematoso cutáneo discoide (atrofia, cicatriz y deformidad) al instaurar tratamiento oportuno y recomendado por la mejor evidencia actual Incremento en la proporción de casos refractarios con tratamiento basado en evidencia científica
Metodología^a.	Adopción de guías de práctica clínica o elaboración de guías de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación. Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: 66 Revisiones sistemáticas: 4 Ensayos controlados aleatorizados: 4 Cuasi-experimentales: 6 Cohorte: 9 Casos y controles: 1 Reporte de casos: 18 Artículos de revisión: 20 Estudios transversales: 4
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro	IMSS-689-13
Actualización	Fecha de publicación: 12/Diciembre/2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE DIRIGIR SU CORRESPONDENCIA A LA DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA, CON DOMICILIO EN DURANGO No. 289 Piso 1^a, Col. ROMA, MÉXICO, D.F., C.P. 06700, TELÉFONO 55533589.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuál es la evaluación inicial del paciente con Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide (LECD)?
2. ¿Cuáles son las opciones terapéuticas para pacientes con LECD?
3. ¿Cuál es el tratamiento de primera elección para pacientes con LECD?
4. ¿Cuáles son las indicaciones para tratamiento sistémico en pacientes con LECD?
5. ¿Cuáles son las opciones terapéuticas en caso de LECD refractario?
6. ¿Cómo debe realizarse el seguimiento de los pacientes con LECD?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

El lupus eritematoso (LE) es una enfermedad inflamatoria autoinmune crónica con una amplia diversidad de patrones clínicos. Fabbri P 2003 El término lupus eritematoso cutáneo (LEC) es aplicado a pacientes con lesiones cutáneas producidas por Lupus Eritematoso y su presentación puede ser exclusivamente cutánea o parte de una enfermedad sistémica. (Camargo A 2005)

El LEC ocurre en todos los grupos de edad, con una media de 21 a 50 años. Panjwani S 2009 Su prevalencia varía de 14.6 a 68 por 100,000 personas; siendo dos a tres veces más frecuente que el lupus eritematoso sistémico (LES). (Callen JP 2004)

En México no se tienen datos epidemiológicos precisos, sin embargo se conoce que su incidencia es de 1 por 1000 pacientes dermatológicos. El 95% de los casos de LED se limita solo a la afección cutánea, el 5% restante puede desarrollar manifestaciones sistémicas de lupus. López A 2007 El LEC afecta más a mujeres en una relación 3:2 a 3:1, relación que es menor a la del lupus eritematoso sistémico (LES 9:1). (Costner M 2008)

Las teorías etiopatogénicas del lupus eritematoso cutáneo son múltiples y no específicas. La combinación entre susceptibilidad del huésped (factores genéticos, hormonales) y factores ambientales (radiación ultravioleta, virus, fármacos etc.) lleva a la pérdida de la autotolerancia y a la inducción de la respuesta autoinmune. (Costner M 2008, Werth V 2007)

Las manifestaciones cutáneas de lupus eritematoso se clasifican en lesiones específicas (que muestran datos histológicos específicos de lupus) y no específicas (aquellas con hallazgos histológicos inespecíficos de lupus); estas últimas se observan principalmente en la forma sistémica del Lupus y son parte de los índices de actividad de la enfermedad. (Fabbri P 2003, Kuhn A 2011, Costner M 2008)

Las manifestaciones cutáneas específicas del Lupus Eritematoso se subdividen en tres grandes grupos: lupus eritematoso cutáneo agudo (LECA), lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECSA) y lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC). El lupus eritematoso discoide (LED) forma parte de las manifestaciones del LECC junto con el lupus hipertrófico/verrugoso, la paniculitis lúpica o lupus profundo y el de mucosas. (Fabbri P 2003)

3.1 JUSTIFICACIÓN

El lupus eritematoso cutáneo discoide (LECD) es la forma más frecuente de presentación clínica del lupus eritematoso cutáneo, la mayoría de las veces se presenta en topografías expuestas como la cara, con el riesgo de generar cicatriz y atrofia que ocasionan deformidad o disfunción, lo que repercute en la calidad de vida del paciente.

En la actualidad no existen guías de práctica clínica del tratamiento del LECD que hayan sido validadas y graduadas según los niveles de evidencia y grados de recomendación.

Es importante proporcionar una guía clínica que oriente al médico a tomar las mejores decisiones terapéuticas.

3.2 OBJETIVO

La guía de práctica clínica: **Tratamiento del Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide en Adultos**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Describir las diversas opciones de tratamiento tópico y sistémico indicados para las diferentes presentaciones clínicas del LECD
2. Identificar las características clínicas que permiten elegir el tratamiento tópico y/o sistémico en el LECD.
3. Describir las medidas terapéuticas disponibles en la actualidad, sus indicaciones, posología, riesgos y beneficios de cada una de ellas
4. Describir opciones terapéuticas en casos refractarios de LECD
5. Determinar directrices en cuanto al seguimiento y evaluaciones en el tratamiento de los pacientes con LECD.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

El Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide es la forma más común de Lupus Eritematoso Cutáneo Crónico, con riesgo de asociación a una forma sistémica de 5 a 10%. Se caracteriza por lesiones con bordes bien delimitados, eritematosos, con escama en su superficie y que crecen hacia la periferia dando la apariencia de una "moneda" o "disco". El centro de la lesión a menudo contiene áreas de hiperqueratosis folicular con hiperestesia; éstas son ligeramente dolorosas si se levantan manualmente (signo de la alfombra con tachuelas). Con la evolución de la enfermedad las lesiones desarrollan atrofia, cicatriz, hipopigmentación central e hiperpigmentación en la periferia con daño irreversible a los folículos dejando áreas alopecicas. La topografía más frecuente es la cara y piel cabelluda. (Jurado F 2005)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y/o recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: **Shekelle Modificada**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA/RECOMENDACIÓN	NIVEL/GRADO
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	1a Shekelle <i>Matheson, 2007</i>

4.1 EVALUACIÓN INICIAL PARA EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE

4.1.1 RELACIÓN ENTRE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y LED

4.1.2 CLASIFICACIÓN DEL LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE: LOCALIZADO Y DISEMINADO

4.1.3 LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE DE LAS MUCOSAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Los hallazgos clínicos y de laboratorio del lupus eritematoso sistémico difieren a los del lupus discoide. Sin embargo este último puede ser la manifestación inicial del LES hasta en el 28% de los pacientes. El 70% lo presenta durante los primeros 5 años.</p>	<p>Ia (E. Shekelle) <i>Chong BF, 2012.</i></p>
<p>E Los factores de riesgo para el desarrollo de LES en pacientes con LECD son: LECD generalizado, artralgias o artritis, telangiectasias peri-ungueales, anemia, leucopenia, VSG elevada y anticuerpos antinucleares positivos.</p>	<p>Ia (E. Shekelle) <i>Chong BF, 2012</i></p>
<p>E Para la clasificación del LES se deben reunir 4 de los 11 criterios propuestos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) los cuales tiene una sensibilidad de 97% y especificidad del 89%. (Cuadro I)</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Petri M, 2004.</i></p>
<p>R Todos los pacientes con LED se les debe realizar una evaluación clínica completa con énfasis en manifestaciones articulares, muco-cutáneas, renales, hematológicas, neuropsiquiátricas y cardiopulmonares, así como la realización de biometría hemática completa, VSG, examen general de orina y anticuerpos antinucleares. Para identificar oportunamente la presencia de LES.</p>	<p>A (E. Shekelle) <i>Chong BF, 2012.</i></p>
<p>E El LED se clasifica según la topografía en localizado o diseminado. El primero es aquel en donde las lesiones se presentan solo en la cabeza y en el segundo, el tronco y las extremidades también están involucrados.</p>	<p>Iib (E. Shekelle) <i>Fabbri P, 2003</i></p>

E

Se ha determinado que la variedad diseminada está asociada con el lupus sistémico.

IIb
(E. Shekelle)
Fabbri P, 2003.

R

En la evaluación inicial los pacientes con LED deben ser clasificados en su forma localizada o diseminada; ya que el abordaje terapéutico es diferente y a que la última tiene mayor probabilidad de asociación con lupus eritematoso sistémico.

B
(E. Shekelle)
Fabbri P, 2003.

Las lesiones de lupus eritematoso discoide en mucosa afectan en orden de frecuencia cavidad oral, mucosa ocular y nasal. En su mayoría de veces de forma asintomática.

III
(E. Shekelle)
Proenca T, 2003.

R

En cada evaluación clínica de todo paciente con lupus eritematoso se debe explorar la mucosa oral, ocular y nasal con la finalidad de identificar oportunamente lesiones de LED en mucosas.

C
(E. Shekelle)
Proenca T, 2003.

4.2 TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE

4.2.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

4.2.1.1 TABAQUISMO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Se ha establecido la asociación de Lupus cutáneo y el consumo de cigarrillos al encontrar una mayor incidencia de tabaquismo en pacientes con LED que en población control.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Miot H, 2005.</i></p>
<p>E</p> <p>En estudios prospectivos, se comprueba que el consumo de cigarrillos puede disminuir la eficacia de los antimaláricos.</p>	<p>IIb (E. Shekelle) <i>Piette EW, 2012.</i></p>

R

Se recomienda que todos los pacientes con LED suspendan o eviten el tabaquismo, especialmente si están con tratamiento antimalárico.

B
(E. Shekelle)
Piette EW, 2012

4.2.1.2 FOTOPROTECCIÓN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

A través de pruebas fotoinducidas se ha comprobado en ensayos clínicos que el lupus eritematoso es una enfermedad que puede desencadenarse o exacerbarse con la radiación ultravioleta (RUV). Además también se han utilizado este tipo de pruebas para comprobar que los fotoprotectores pueden evitar las lesiones del LED.

IIb
(E. Shekelle)
Sanders C, 2003.

E

El fotoprotector más eficaz en un estudio in vivo fue el que contenía químicos contra UVB como Octocrylene y contra UVA como Mexoryl SX, Mexoryl XL, Parsol 1789, dióxido de titanio y óxido de zinc, comprobándose que la protección solar debe cubrir los espectros UVA y UVB.

IIb
(E. Shekelle)
Beyer DM, 2010.

E

Expertos sugieren el uso diario del protector solar, que tenga factor de protección solar por arriba de 50, con varias aplicaciones durante el día, especialmente entre 10am y 4pm; así como también el uso de ropa fotoprotectora.

IV
(E. Shekelle)
Panjwani S, 2009
Kuhn A, 2010
Millard TP, 2000

R

Se recomienda el uso de bloqueador solar con FPS arriba de 50 y la combinación de productos químicos y físicos que cubran UVB y UVA, los cuales han demostrado ser la mejor opción.

A
(E. Shekelle)
Beyer DM, 2010.

R

La aplicación del protector solar debe ser cada 4 horas todos los días independientemente del grado de exposición solar.

D
(E. Shekelle)
Panjwani S, 2009
Kuhn A, 2010
Millard TP, 2000

R

Se recomienda el uso de ropa fotoprotectora, sombreros u otros accesorios para evitar la radiación ultravioleta.

D
(E. Shekelle)
Panjwani S, 2009
Kuhn A, 2010
Millard TP, 2000

4.2.1.3 MEDICAMENTOS QUE DESENCADENAN Y EXACERBAN EL LECD.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Se han reportado casos de LECD inducido por los siguientes fármacos: precursores del fluorouracilo, antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa como adalimumab, infliximab y etanercept.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Marzano AV, 2009</i></p>
<p>R</p> <p>Se recomienda suspender el uso de los precursores del fluorouracilo y de los antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa como adalimumab, infliximab y etanercept en pacientes que desarrollen LECD posterior a su administración.</p>	<p>D (E. Shekelle) <i>Marzano AV, 2009</i></p>

4.2.2 TRATAMIENTO TÓPICO
4.2.2.1 ESTEROIDES TÓPICOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Los esteroides tópicos son la terapia tópica de primera elección en el manejo de lupus eritematoso discoide, debido a su eficacia, tolerabilidad y rápida acción. Sin embargo, sólo los esteroides de alta o muy alta potencia, como la fluocinonida, son los que obtienen la mejor respuesta terapéutica, como se concluyó en una revisión sistemática. (Cuadro III)</p>	<p>Ia (E. Shekelle) <i>Jessop S, 2009.</i></p>

El uso tópico de los corticoesteroides por periodos prolongados está limitado por el riesgo de corticodaño.

Por ello se sugiere utilizar su potencia de acuerdo al sitio y tipo de lesión:



Cara: leve a moderada
Brazos y tronco: moderada
Palmas, plantas, piel cabelluda y lesiones hipertróficas: alta

Se sugiere utilizar por un máximo de 2 semanas de tratamiento de forma continua y posteriormente en esquema reductivo, por ejemplo: suspender 2 semanas, usar dos veces por semana o terapia solo los fines de semana. (Cuadro III)

IV
(E. Shekelle)
Panjwani S, 2009
Callen JP, 2006.
Callen JP, 2004



Se recomiendan los corticoesteroides tópicos como tratamiento de primera línea para el lupus eritematoso discoide no generalizado y como medida adyuvante, en el lupus discoide generalizado, adecuando su potencia a la topografía de las lesiones. (Cuadro III)

A
(E. Shekelle)
Jessop S, 2009.



La aplicación de estos medicamentos se recomienda de una a dos veces al día todos los días, hasta por un máximo de 2 semanas, para evitar eventos adversos, posteriormente reducir su frecuencia a dos veces por semana, días alternos o durante los fines de semana. (Cuadro III)

D
(E. Shekelle)
Panjwani S, 2009
Callen JP, 2006.
Callen JP, 2004

4.2.2.2 ESTEROIDES INTRALESIONALES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>La triamcinolona se han utilizado de forma intralesional para lesiones únicas queratósicas, refractarias a esteroide tópico que afectan piel cabelluda, palmas y plantas.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Callen JP, 2006.</i></p>
 <p>La combinación de triamcinolona intralesional con antimaláricos también ha sido eficaz sobretodo en lesiones refractarias. La dosis utilizada fue 0.1ml (10mg/ml) en dermis superior con aplicaciones de 1 cm de distancia.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Kuhn A, 2011</i></p>



La dosis de triamcinolona sugerida en las guías de los cuidados del lupus eritematoso cutáneo es 2.5 a 5 mg/ml para lesiones en cara y 5 a 10mg/ml para lesiones en otras topografías distintas de cara con intervalos entre 3 a 4 semanas.

IV
(E. Shekelle)
Kuhn A, 2011



Se recomienda el uso de esteroides intralesionales como triamcinolona en casos de lupus discoide con lesiones hipertróficas, o resistentes a tratamiento tópico en áreas con menor riesgo de atrofia como piel cabelluda, palmas y plantas. El acetónido de triamcinolona se administra en concentraciones entre 2.5 a 5mg/ml con 1 cm de distancia entre cada punto de aplicación. El tratamiento debe repetirse cada mes evaluando que no se presenten eventos adversos como atrofia y telangiectasias

D
(E. Shekelle)
Kuhn A, 2011

4.2.2.3 INHIBIDORES DE CALCINEURINA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Los inhibidores de calcineurina son tacrolimus 0.03% y 0.1% y pimecrolimus al 1%, ambos han sido comparados en ensayos clínicos con esteroides tópicos, con resultados similares y menos efectos adversos con el uso prolongado.</p>	<p>Ib (E. Shekelle) <i>Tzung TY, 2007.</i> <i>Barikbin B, 2009.</i></p>
	<p>Los inhibidores de calcineurina se emplean predominantemente en casos recalcitrantes, siendo la irritación el efecto adverso más frecuente. Al utilizarlo de forma oclusiva su penetración mejora, no así en lesiones queratósicas.</p>	<p>Ia (E. Shekelle) <i>Tzellos TG, 2008.</i></p>
	<p>La combinación de tacrolimus al 0.3% y esteroides de alta potencia puede ser superior a cada uno de los medicamentos usados como monoterapia.</p>	<p>Iib (E. Shekelle) <i>Madan V, 2010</i></p>
	<p>Posterior al tratamiento continuo con esteroide tópico durante 2 a 3 semanas, los autores han utilizado con buenos resultados el tacrolimus en la modalidad de días alternos junto con esteroides tópicos. El esteroide tópico se aplica 2 o 3 veces por semana y el resto de los días se administra el tacrolimus al 0.1%.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

- | | | |
|--|--|--|
| <div style="background-color: #76923c; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;">R</div> | <p>Se recomienda el uso de tacrolimus y pimecrolimus como terapias tópicas alternativas a los esteroides tópicos de alta potencia en LED, debido a su seguridad y eficacia. Su mayor utilidad es en la terapia de mantenimiento a largo plazo. Y en áreas del cuerpo con tendencia a presentar atrofia como párpados y zonas intertriginosas. No se recomienda en lesiones queratósicas.</p> | <p style="text-align: center;">A
(E. Shekelle)
<i>Tzung TY, 2007.</i>
<i>Barikbin B, 2009.</i></p> |
| <div style="background-color: #76923c; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;">R</div> | <p>Aun no existe suficiente evidencia para recomendar el uso de inhibidores de calcineurina combinado con esteroides tópicos.</p> | <p style="text-align: center;">B
(E. Shekelle)
<i>Madan V, 2010</i></p> |

4.2.3 TRATAMIENTO SISTÉMICO
4.2.3.1 ANTIMALÁRICOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="background-color: #336699; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;">E</div>	<p>La terapia sistémica en el lupus eritematoso cutáneo discoide está indicada en la variedad diseminada. En la forma localizada se indica en: 1) lesiones periorificiales que comprometan la funcionalidad 2) lesiones refractarias a tratamiento tópico y 3) lesiones múltiples</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Panjwani S, 2009.</i></p>
<div style="background-color: #336699; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;">E</div>	<p>Los antimaláricos son el tratamiento sistémico más importante. De ellos se conocen 3 cloroquina, hidroxiclороquina y quinacrina. La cloroquina, es eficaz con dosis inferiores a 5 mg/kg/día, sin embargo es la que más se asocia a retinopatía irreversible.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Panjwani S, 2009.</i></p>
<div style="background-color: #336699; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;">E</div>	<p>En la revisión sistemática del grupo Cochrane, se demostró la superioridad de hidroxiclороquina contra acitetrina, los principales eventos adversos que se presentaron por los antimaláricos fueron a nivel gastrointestinal.</p>	<p>Ia (E. Shekelle) <i>Jessop S, 2009.</i></p>
<div style="background-color: #336699; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;">E</div>	<p>En casos refractarios a hidroxiclороquina o cloroquina se ha añadido quinacrina a dosis de 50 a 100mg al día, llegando a obtener con esta sinergia mejoría o remisión de las lesiones.</p>	<p>IIb (E. Shekelle) <i>Cavazzana I, 2009.</i></p>

R

Se sugiere iniciar tratamiento con hidroxiclороquina o cloroquina, prefiriendo el primero por su mejor perfil de seguridad. En caso de no obtener una buena respuesta a las 8 semanas de tratamiento se debe agregar quinacrina como combinación si se encuentra disponible.

B
(E. Shekelle)
Chang AY, 2011.

E

Por los eventos adversos de los antimaláricos, son necesarios estudios de laboratorio con periodicidad. Al inicio del tratamiento es indispensable conocer los niveles séricos de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (G6PD), ya que el déficit genético de la enzima predispone a anemia hemolítica.

Iib
(E. Shekelle)
Jewell ML, 2000
IV
(E. Shekelle)
Panjwani S, 2009

E

La toxicidad ocular por antimaláricos se presenta cuando se tienen los siguientes factores de riesgo: duración del tratamiento mayor de 5 años, dosis acumulada >1000 g para hidroxiclороquina y >460 g para cloroquina, pacientes ancianos, con enfermedad renal o hepática y retinopatía previa.

IV
(E. Shekelle)
Marmor MF, 2011.

E

El tabaquismo disminuye la eficacia del tratamiento con antimaláricos.

Iib
(E. Shekelle)
Piette EW, 2012.

E

Los factores de riesgo para la falla al tratamiento con antimaláricos son: la severidad del LECD y la presencia de LES.

III
(E. Shekelle)
Wahie S, 2011.

E

Existe evidencia de la seguridad de uso de la hidroxiclороquina durante el embarazo en pacientes con LES y LECD.

Ia
(E. Shekelle)
Abarientos C, 2011.

E

Una vez que se obtiene la respuesta clínica con hidroxiclороquina, se debe reducir la dosis a 200 mg/día. Para suprimir la actividad del LECD el tratamiento con hidroxiclороquina debe durar de 1 a 2 años.

III
(E. Shekelle)
Walling HW, 2009.

R	<p>Se recomienda el uso de antimaláricos como terapia sistémica de primera línea para el tratamiento de lupus eritematoso cutáneo discoide generalizado o refractario a terapia tópica. A fin de evitar eventos adversos es necesaria la evaluación periódica a nivel oftalmológico, hematológico y hepático.</p>	<p>B (E. Shekelle) <i>Chang AY, 2011.</i></p>
R	<p>Se debe realizar una evaluación oftalmológica basal y durante el tratamiento cuando el paciente presente alguno de los siguientes factores de riesgo: tratamiento por 5 años o más, dosis acumulada >1000 g para hidroxicloroquina y >460 g para cloroquina, pacientes ancianos, con enfermedad renal o hepática y retinopatía previa. O bien ante la aparición de cambios visuales reportados por el paciente.</p>	<p>D (E. Shekelle) <i>Marmor MF, 2011.</i></p>
R	<p>La dosis máxima de cloroquina es de 4mg/kg/día y la de hidroxicloroquina de 6.5mg/kg/día, en relación al peso corporal ideal; ya que la toxicidad ocular esta en relación más con la dosis diaria utilizada que con la duración de la terapia. La hidroxicloroquina es el antimalárico de elección por su menor toxicidad ocular.</p>	<p>A (E. Shekelle) <i>Jessop S, 2009.</i></p>
R	<p>Se recomienda que en caso de no obtener mejoría con la hidroxicloroquina a las 8 semanas de tratamiento, se añada quinacrina a dosis de 100mg/día, si es que este último fármaco estuviese disponible.</p>	<p>B (E. Shekelle) <i>Chang AY, 2011.</i></p>
R	<p>No se recomienda el uso combinado de hidroxicloroquina con cloroquina por el riesgo de incrementar la toxicidad ocular.</p>	<p>A (E. Shekelle) <i>Jessop S, 2009.</i></p>
R	<p>Se sugiere suspender y evitar el tabaquismo con el tratamiento antimalárico.</p>	<p>B (E. Shekelle) <i>Piette EW, 2012.</i></p>
R	<p>En pacientes embarazadas el uso de la hidroxicloroquina es seguro.</p>	<p>A (E. Shekelle) <i>Abarientos C, 2011.</i></p>



Se recomienda disminuir la dosis de hidroxicloroquina a 200 mg/día una vez alcanzada la respuesta clínica y prolongar el tratamiento 1 a 2 años con la finalidad de suprimir la actividad del LECD.

C
(E. Shekelle)
Walling HW, 2009.

4.2.3.2 TALIDOMIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>La talidomida ha demostrado ser efectiva en el LED; en ensayos clínicos se ha obtenido remisión de las lesiones de forma parcial en un 22% y completa en un 54%.</p>	<p>II b (E. Shekelle) <i>Cavazzana I, 2009.</i></p>
	<p>Los eventos adversos más frecuentes son el mareo y somnolencia, los cuales son dosis dependiente. La neuropatía periférica de tipo sensorial, que se presenta en un 25% de los casos, parece no tener relación con la dosis administrada.</p>	<p>II b (E. Shekelle) <i>Cuadrado M, 2005.</i></p>
	<p>La lenalidomida es un derivado de la talidomida con mayor efecto de inhibición sobre el FNT-alfa. Tiene menor efecto de sedación, estreñimiento y neuropatía que la talidomida. Se ha reportado su eficacia en el tratamiento de un paciente con LECD refractario.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Shah A, 2009</i></p>
	<p>En una serie de 5 casos tratados con lenalidomida por LECD refractario, un paciente desarrolló LES posterior al mismo.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Braunstein I, 2012</i></p>
	<p>Los autores han utilizado a la talidomida como terapia sistémica de primera línea en combinación con la cloroquina en casos en donde se compromete la función de la topografía afectada y se desea obtener una rápida respuesta farmacológica mientras los antimaláricos alcanzan su efecto terapéutico máximo.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

R

Se recomienda la talidomida como terapia alternativa en casos de lupus eritematoso discoide refractarios a tratamientos sistémicos de primera línea, a dosis de 100-200mg/día y luego disminuir la dosis paulatinamente hasta 50-mg/día o incluso 2 veces por semana. La talidomida se debe considerar una terapia de inducción a la remisión y no de mantenimiento. A fin de minimizar el riesgo de sus eventos adversos.

B
(E. Shekelle)
Cavazzana I, 2009.

R

No existen estudios concluyentes para recomendar el uso de la lenalidomida en el tratamiento del LECD.

D
(E. Shekelle)
Braunstein I, 2012

4.2.4 TRATAMIENTO PARA LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE REFRACTARIO
4.2.4.1 METOTREXATO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
E	El metotrexato se ha utilizado en casos de LED resistente a tratamiento convencional con mejoría arriba del 90% de casos. Los eventos adversos más frecuentes fueron a nivel gastrointestinal, con menos frecuencia, infecciones, mielosupresión y anemia por lo que se recomienda administrarlo con ácido fólico. A largo plazo puede producir fibrosis pulmonar y alteraciones hepáticas, por lo que el paciente requiere de evaluaciones clínicas periódicas.	II b (E. Shekelle) <i>Wenzel J, 2005.</i>
R	Se recomienda el uso de metotrexato como una alternativa en los casos de LED refractario al tratamiento convencional sistémico de primera línea. La dosis sugerida es de 10 a 15 mg por semana, obteniéndose mayores beneficios a la semana 12 de tratamiento. Se deben realizar evaluaciones periódicas de pruebas de función hepática y hematológica.	B (E. Shekelle) <i>Wenzel J, 2005.</i>
R	Debido a su mecanismo de acción como antimetabolito, se recomienda la administración del metotrexato junto con ácido fólico por vía oral.	B (E. Shekelle) <i>Wenzel J, 2005.</i>

4.2.4.2 DAPSONA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E En un estudio clínico con dapsona en pacientes con LED, se observó una buena respuesta al tratamiento en el 48% de los pacientes. Su eficacia aumentó cuando se combinó con antimaláricos. Los eventos adversos aunque no fueron serios y se observaron en el 18% de los casos.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Kuhn A, 2011.</i></p>
<p>E Los eventos adversos más temidos de la dapsona son la metahemoglobinemia, la anemia hemolítica y el síndrome sulfónico, por lo que es importante la evaluación basal y periódica de las condiciones generales del paciente, así como determinar los niveles séricos de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Sticherling M, 2008.</i></p>
<p>R Se recomienda dapsona en pacientes con LED como terapia de segunda elección en casos refractarios al uso de terapia sistémica de primera línea, especialmente útil en lesiones de vasculitis. La dosis varía de 25 a máximo 200mg al día. Debe de monitorizarse función hematológica al iniciar el tratamiento y de forma subsecuente.</p>	<p>B (E. Shekelle) <i>Kuhn A, 2011.</i></p>

4.2.4.3 RETINOIDES ORALES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E La eficacia de acitetrin en LED se ha demostrado al disminuir o resolver el eritema, el aspecto infiltrado, la escama y sobretodo las zonas hiperqueratosis de las lesiones. Al compararla con hidroxiclороquina, está última fue ligeramente superior en los resultados.</p>	<p>Ia (E. Shekelle) <i>Jessop S, 2009</i></p>
<p>E La isotetrinoina disminuye las lesiones hiperqueratósicas de LED en palmas y plantas, pero existe recidiva de estas al suspender el tratamiento.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Pérez-Crespo M, 2008</i></p>

R

Se recomienda el uso de retinoides orales en los casos de lupus eritematoso discoide hipertrófico, especialmente el que afecta palmas y plantas o cuando haya fracasado el tratamiento sistémico de primera línea. La dosis sugerida es de 0.5mg/kg/día tanto para acitretina como para isotretinoína. Se debe realizar evaluación clínica y de laboratorio de forma periódica por sus eventos adversos importantes. Debido a los efectos teratogénico la anticoncepción se debe prescribir durante el tratamiento y posterior al mismo por 2 años para acitretina y 1 mes para isotretinoína.

A
(E. Shekelle)
Jessop S, 2009

4.2.4.4 CLOFAZIMINA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La clofazimina se ha utilizado en pacientes con LED tanto en su presentación única de la enfermedad como parte del LES, con mejoría de las lesiones de 65% a 75% de los pacientes, sin embargo su respuesta favorable sigue siendo inferior a la de los antimaláricos.

Ib
(E. Shekelle)
Bezerra EL, 2005.

R

La clofazimina es una alternativa terapéutica en los casos de lupus discoide refractarios a otros tratamientos sistémicos. Su dosis es de 100 a 200mg vía oral cada día.

A
(E. Shekelle)
Bezerra EL, 2005.

4.2.4.5 SULFAZALASINA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La sulfazalazina se ha utilizado en casos en donde la terapia con antimaláricos y talidomida había fracasado o estaba contraindicada. Obteniendo mejoría y remisión de las lesiones en un rango superior al 60% de los pacientes.

II b
(E. Shekelle)
Duparc A, 2006.

E

La pobre respuesta al tratamiento con sulfasalazina se ha asociado a un defecto congénito de acetilación lenta de la enzima N- acetiltransferasa.

II b
(E. Shekelle)
Duparc A, 2006.

R

Se recomienda el uso de sulfasalazina para el tratamiento de los casos con lupus discoide refractario a tratamiento de primera línea. La dosis es de 1.5 a 3 gr al día, dividido cada 8 horas para ser mejor tolerado a nivel gastrointestinal. Se recomienda vigilar los efectos hematológicos secundarios (citopenias).

B
(E. Shekelle)
Duparc A, 2006.

4.2.5 OTRAS TERAPIAS

4.2.5.1 MICOFENOLATO DE MOFETILO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>Existen muy pocos estudios que refieren el uso de micofenolato de mofetilo en LED, son reportes de casos, cuyos resultados han sido contradictorios en cuanto a su efectividad.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Goyal S, 2001.</i> <i>Pisoni CN, 2005.</i></p>
<p>E</p>	<p>Un estudio de 19 pacientes con LED refractario demostró que al añadirse micofenolato de mofetilo al esquema de tratamiento (con hidroxicloroquina o talidomida) se indujo la remisión en 2.8 meses en promedio.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Gammon B, 2011.</i></p>
<p>R</p>	<p>No existe suficiente evidencia que recomiende o que desaprobe el uso de micofenolato de mofetilo como agente único en LED. Puede indicarse su uso en conjunto con medicamentos sistémicos de primera línea. Se recomienda utilizarlo bajo protocolo de estudio a dosis de 2 a 3 gr por día.</p>	<p>D (E. Shekelle) <i>Goyal S, 2001.</i> <i>Pisoni CN, 2005.</i></p>

4.2.5.2 INMUNOGLOBULINA ENDOVENOSA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Existe un estudio de 14 pacientes con lupus cutáneo, 5 de ellos con LED refractarios a múltiples tratamientos sistémicos que recibieron inmunoglobulina endovenosa (IGV). De los pacientes con LED 4 mejoraron, uno presentó vasculitis. Todos los pacientes presentaron recaída al suspender tratamiento.	III (E. Shekelle) <i>Goodfield M, 2004.</i>
R	No existe suficiente evidencia para recomendar la IGV en el tratamiento de LED. Será juicio del médico utilizarlo en casos excepcionales, resistente a todo tipo de tratamiento basado en la evidencia y deberá ser bajo protocolo de estudio.	D (E. Shekelle) <i>Goodfield M, 2004.</i>

4.2.5.3 AZATIOPRINA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Son pocos los reportes de casos en donde se ha utilizado azatioprina en lesiones refractarias a otras terapias de LED, obteniendo mejoría.	IV (E. Shekelle) <i>Clarke J, 2012</i>
E	Durante el tratamiento con azatioprina se deben determinar los niveles séricos de tiopurina metiltransferasa para detectar la mielosupresión severa con dosis habituales. Esta prueba no se realiza en todos los países.	IIb (E. Shekelle) <i>Alvarez-Beltrán M, 2009.</i>
R	Se recomienda la azatioprina como terapia de tercera línea en los casos de LED refractario al tratamiento. Se sugiere iniciar con dosis de 50-200mg vía oral cada día y de mantenimiento dosis diarias de 25-100mg. Al inicio debe solicitarse idealmente niveles séricos de tiopurina metiltransferasa. Así como la evaluación basal y periódica desde el punto de vista clínico y de laboratorio	D (E. Shekelle) <i>Clarke J, 2012</i>

4.2.5.4 FOTOFÉRESIS EXTRACORPÓREA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Existe el reporte de 4 casos tratados con fotoféresis extracorpórea de pacientes refractarios a tratamiento con antimaláricos, talidomida y dapsona. El tratamiento consistió en 2 sesiones de 4 horas, resultando en una remisión completa en 2 pacientes y parcial en los otros 2</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Morruzzi C, 2009</i></p>
<p>R No existe suficiente evidencia para recomendar la fotoféresis extracorpórea en el LECD. Sin embargo, queda a juicio del médico su uso en pacientes refractarios a múltiples tratamientos, siempre que se encuentre disponible y lo permita su costo.</p>	<p>D (E. Shekelle) <i>Morruzzi C, 2009</i></p>

4.2.5.5 LASER DE COLORANTE PULSADO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Un estudio evaluó la efectividad de la aplicación del LASER de colorante pulsado en combinación con hidroxycloroquina en el tratamiento de LECD refractario, observándose una disminución en la calificación del CLASI a las 12 semanas de tratamiento.</p>	<p>Ib (E. Shekelle) <i>Erceq A, 2009.</i></p>
<p>R Se recomienda el uso del LASER de colorante pulsado en combinación con hidroxycloroquina para el tratamiento del LECD refractario cuando se encuentre disponible esta opción terapéutica.</p>	<p>B (E. Shekelle) <i>Erceq A, 2009</i></p>

4.2.5.6 CRIOCIRUGÍA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Los pocos reportes de casos de LED tratados eficazmente con criocirugía son en lesiones únicas y refractarias a múltiples tratamientos.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Koch M, 2008.</i> <i>Molin L, 2003</i></p>
<p>R No existe suficiente evidencia para recomendar la criocirugía para el LECD. Queda a juicio del médico utilizarlo como terapia adyuvante en lesiones refractarias a otros tratamientos.</p>	<p>D (E. Shekelle) <i>Koch M, 2008.</i> <i>Molin L, 2003</i></p>

4.2.5.7 RETINOIDES TÓPICOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Existe un solo caso de lupus discoide localizado tratado eficazmente con Tazaroteno.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Clarke J, 2012</i></p>
<p>R No existe suficiente evidencia para recomendar los retinoides tópicos en el tratamiento del lupus discoide. Se le puede considerar como una terapia alternativa en lesiones queratósicas y refractarias a otros tratamientos.</p>	<p>D (E. Shekelle) <i>Clarke J, 2012.</i></p>

4.2.5.8 RITUXIMAB

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E El rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico para CD20. Se reportó el caso de un paciente que obtuvo una remisión de 6 meses con 2 dosis semanales de 1000 mg.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Uthman I, 2008</i></p>

E	Los efectos adversos del rituximab son: infecciones, náusea, reacciones “serum sickness-like” y aquéllos relacionados a su infusión como: hipotensión, fiebre y reacciones mucocutáneas.	IV (E. Shekelle) <i>Hellerstedt B, 2003</i>
R	No existe suficiente evidencia para recomendar rituximab en el tratamiento de LED. Será a juicio del médico utilizarlo en casos excepcionales, resistentes a todo tipo de tratamiento basado en la evidencia, se sugiere utilizarlo bajo protocolo de estudio.	D (E. Shekelle) <i>Uthman I, 2008</i>

4.2.5.9 R-SALBUTAMOL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El R- salbutamol tópico 0.05% es un medicamento en fase de investigación aún no disponible, sin embargo en un ensayo clínico al compararlo con el placebo resulto con mejoría significativa de las lesiones de LED. El medicamento se aplicó dos veces al día, de forma segura y sin eventos adversos importantes, mostrando mejoría en la descamación, la hipertrofia, la induración, el dolor y el prurito.	Ib (E. Shekelle) <i>Jemec GB, 2009.</i>
R	El R- Salbutamol no está disponible ni ha sido aprobada su comercialización aún.	A (E. Shekelle) <i>Jemec GB, 2009.</i>

4.2.6 MEDICAMENTOS NO RECOMENDADOS

4.2.6.1 GLUCOCORTICOIDES SISTÉMICOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Existen reportes de casos de la efectividad de los glucocorticoides sistémicos en el tratamiento de LECD.	IV (E. Shekelle) <i>Miettunem PM, 2009</i>

R

No se recomienda el tratamiento con glucocorticoides sistémicos debido a sus efectos adversos por el uso prolongado y a la reaparición de las lesiones posterior a su interrupción.

D
(E. Shekelle)
Callen JP, 2005

4.2.6.2 SALES DE ORO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El auranofin (oro) fue un tratamiento efectivo en una serie de 23 pacientes con LECD refractario al observarse una resolución completa de las lesiones en el 17% y una mejoría parcial en el 65%

IV
(E. Shekelle)
Kuhn A, 2011

E

Los efectos adversos del auranofin son: alteraciones gastrointestinales, cefalea, prurito, exantema y alteraciones hematológicas y renales.

IV
(E. Shekelle)
Kuhn A, 2011

R

No se recomienda el uso del auranofin en LECD refractario por sus efectos adversos.

D
(E. Shekelle)
Kuhn A, 2011

4.2.6.3 CICLOSPORINA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La ciclosporina es un inhibidor de la IL-2 y de otras citocinas. Se reportó el caso de un paciente con LECD refractario y liquen plano generalizado que mejoró con la combinación de ciclosporina e hidroxiclороquina

IV
(E. Shekelle)
Obermoser G, 2001

E

En otros reportes de casos, el uso de ciclosporina no mejoró las lesiones del LECD refractario.

IV
(E. Shekelle)
Obermoser G, 2001

E

Existe el reporte de 2 casos de aparición de LECD durante el tratamiento con ciclosporina para otras enfermedades.

IV
(E. Shekelle)
Obermoser G, 2001

R

No se recomienda el uso de la ciclosporina en el tratamiento del LECD refractario por su potencial capacidad de inducir la enfermedad misma.

D
(E. Shekelle)
Obermoser G, 2001

4.2.6.4 INTERFERON ALFA 2^A

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El interferón $\alpha 2a$ se ha utilizado en pocos casos de lesiones refractarios a múltiples terapias convencionales, con mejorías y recaídas al suspender tratamiento. Sus efectos adversos potencialmente severos a nivel neurológico y hematológico, así como el alto costo de este medicamento limitan su uso.

IV
(E. Shekelle)
Clarke J, 2012

R

No existe suficiente evidencia para recomendar el interferón $\alpha 2a$ en el tratamiento de LED.

D
(E. Shekelle)
Clarke J, 2012

4.2.6.5 IMIQUIMOD

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Solo existen dos reportes de casos que mostraron la utilidad del imiquimod en el LED.

IV
(E. Shekelle)
Gerdson R, 2002.
Gül U, 2006.

R

No existe evidencia suficiente que respalde el uso del imiquimod para el tratamiento del LED.

D
(E. Shekelle)
Gerdson R, 2002.
Gül U, 2006.

4.2.6.6 TERAPIA FOTODINÁMICA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Existe un solo caso reportado de LECD localizado refractario a tratamiento tópico y sistémico con antimaláricos y glucocorticoides que respondió a terapia fotodinámica.	IV (E. Shekelle) <i>Fernández-Guarino M, 2008</i>
E	Se reportaron 2 casos de LECD refractarios a tratamiento tópico y sistémico con antimaláricos, esteroides, azatioprina, metotrexate, ciclosporina, retinoides, talidomida y auranofin que tampoco respondieron a la terapia fotodinámica.	IV (E. Shekelle) <i>Romero-Maté A, 2010</i>
R	La evidencia respecto a la efectividad de la terapia fotodinámica en LECD es controversial. Por lo tanto, no se recomienda su uso en LECD refractaria al tratamiento tópico y sistémico.	D (E. Shekelle) <i>Romero-Maté A, 2010</i>

4.2.6.7 LASER Nd-YAG

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Existe el reporte de un caso de LECD refractario, a tratamientos tópicos y sistémicos con antimaláricos y esteroides, que recibió 3 sesiones de tratamiento con LASER Nd-YAG de 1,064 mm con mejoría de las lesiones.	IV (E. Shekelle) <i>Park KY, 2011</i>
R	No existe evidencia suficiente para recomendar el uso del LASER Nd-YAG de 1,064 mm en el tratamiento del LECD refractario.	D (E. Shekelle) <i>Park KY, 2011</i>

4.2.6.8 LASER DE ARGÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Existen reportes de casos que muestran la efectividad del LASER de Argón para lograr la remisión completa de las placas de LECD refractario a otros tratamientos, debido a su efecto de coagulación sobre los vasos sanguíneos.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Kuhn A, 2000.</i></p>
<p>E Se reportó el caso de un paciente que recibió tratamiento con LASER de argón para una retinopatía que desarrollo LECD 10 días después de la aplicación del mismo.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Viney C, 2001.</i></p>
<p>R No existe suficiente evidencia para recomendar el LASER de Argón como tratamiento para el LECD refractario y ante la posibilidad de que sea un inductor de la enfermedad no se recomienda su uso.</p>	<p>D (E. Shekelle) <i>Viney C, 2001.</i></p>

4.3 SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E El lupus eritematoso cutáneo discoide puede ser la manifestación inicial del LES hasta en el 28% de los pacientes. El 70% lo presenta durante los primeros 5 años</p>	<p>Ia (E. Shekelle) <i>Chong BF, 2012</i></p>
<p>E Los pacientes con LES que tienen placas de LECD tienen con mayor frecuencia las siguientes manifestaciones: rash malar, fotosensibilidad, úlceras orales y convulsiones.</p>	<p>Iib (E. Shekelle) <i>Santiago-Casas Y, 2011</i></p>
<p>R Se recomienda que todos los pacientes con LED deben de ser evaluados clínicamente y también a través de exámenes de laboratorio de forma periódica, para determinar la presencia de LES y los efectos adversos de los medicamentos que se utilicen.</p>	<p>A (E. Shekelle) <i>Chong BF, 2012</i></p>

E	El instrumento CLASI (Cutaneous Lupus Lesión Activity Index) mide la actividad y daño en el LECD. (Cuadro II)	IV (E. Shekelle) <i>Klein RS, 2010.</i>
R	Se recomienda para la evaluación objetiva de la gravedad del LECD el empleo del instrumento CLASI, sobre todo en caso de ensayos clínicos.	D (E. Shekelle) <i>Klein RS, 2010.</i>
R	En caso de identificar o diagnosticar LES, el paciente debe ser manejado en conjunto con la especialidad de Reumatología	D (E. Shekelle) <i>Klein RS, 2010.</i>

4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Serán enviados al servicio de Dermatología en el 3er nivel de atención, pacientes con LECD refractario a tratamientos convencionales en el 2º nivel (hidrocortisona, fotoprotección, antimaláricos, metotrexato).	Punto de Buena Práctica
	Serán enviados al especialista de Reumatología, pacientes con LECD diseminado, artralgias, así como pruebas de laboratorio (hemograma, velocidad de sedimentación globular, análisis de orina, ANA) sugestivas de LES.	Punto de Buena Práctica
	Serán contra-referidos del 3er al 2º nivel de atención de Dermatología, aquellos pacientes con LECD estable, y que requieren tratamiento de mantenimiento.	Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Tratamiento del Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica (CMA Infobase, National Guideline Clearinghouse, Fistera, Guidelines International Networks, Practice Guidelines, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network), la base de datos de la biblioteca Cochrane, NHS Evidence, Embase, Ovid, ScienceDirect, Interscience, MdConsult, Tripdatabase y PubMed; este último como buscador principal.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés, español, francés y alemán.

Sin límites temporales.

Documentos enfocados a tratamiento.

Estudios en seres humanos

Estudios en adultos

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al inglés, español, francés y alemán.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Tratamiento del Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide

La búsqueda fue limitada a humanos, adultos de 19 años o más, sin límites temporales, en idioma inglés, español, francés y alemán, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSH. Se utilizaron los términos MeSH: Lupus Erythematosus, Discoid y Lupus Erythematosus, Cutaneous. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Drug therapy, prevention and control y therapy.

Resultado Obtenido

Con esta estrategia de búsqueda no se encontraron GPC

Protocolo de búsqueda de GPC.

("Lupus Erythematosus, Discoid/drug therapy"[Mesh] OR "Lupus Erythematosus, Discoid/prevention and control"[Mesh] OR "Lupus Erythematosus, Discoid/therapy"[Mesh]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND Practice Guideline[ptyp] AND (English[lang] OR French[lang] OR German[lang] OR Spanish[lang])) AND ("adult"[MeSH Terms:noexp] OR "middle aged"[MeSH Terms] OR ("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms])) OR "aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]))

"Lupus Erythematosus, Cutaneous"[Mesh] AND ("Lupus Erythematosus, Cutaneous/drug therapy"[Mesh] OR "Lupus Erythematosus, Cutaneous/prevention and control"[Mesh] OR "Lupus

Erythematosus, Cutaneous/therapy"[Mesh]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND Practice Guideline[ptyp] AND (English[lang] OR French[lang] OR German[lang] OR Spanish[lang])) AND ("adult"[MeSH Terms:noexp] OR "middle aged"[MeSH Terms] OR ("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]))

Algoritmo de búsqueda

1. Lupus Erythematosus, Discoid [MeSH]
2. Lupus Erythematosus, Cutaneous [MeSH]
3. Drug therapy [Subheading]
4. Prevention and control [Subheading]
5. Therapy [Subheading]
6. Humans [MeSH]
7. Practice Guideline [ptyp]
8. English [lang]
9. French [lang]
10. German [lang]
11. Spanish [lang]
12. Adult [MeSH]
13. Middle aged [MeSH]
14. Aged [MeSH]
15. Aged, 80 and over [MeSH]
16. #1 OR #2
17. #3 OR #4 OR #5
18. #8 OR #9 OR #10 OR #11
19. #12 OR #13 OR #14 OR #15
20. #6 AND #7 AND #16 AND #17 AND #18 AND #19

Segunda etapa

Al no encontrarse GPC, se realizó una búsqueda con la palabra "Lupus" en los siguientes buscadores de Guías de Práctica Clínica, sin límites temporales ni de idioma, seleccionando sólo aquellos relacionados con el Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide. Se obtuvieron los siguientes resultados:

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	0	0
2	TripDatabase	0	0
3	NICE	0	0
4	International Guidelines Library	0	0
5	AHRO	0	0
6	SIGN	0	0
7	CMA Infobase	0	0
8	Fisterra	0	0
9	NHS Evidence	0	0
10	Cochrane	2 (1 protocolo)	1
Totales		1	1

Tercera etapa

Se realizaron 2 búsquedas en PubMed con los siguientes términos MeSH, sin límites temporales:

- 1) (("Lupus Erythematosus, Discoid"[Mesh] OR "Lupus Erythematosus, Cutaneous"[Mesh]) AND "Therapeutics"[Mesh]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR French[lang] OR German[lang] OR Spanish[lang]))
- 2) ("Lupus Erythematosus, Discoid"[Mesh] OR "Lupus Erythematosus, Cutaneous"[Mesh]) AND "therapy"[Subheading] AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR French[lang] OR German[lang] OR Spanish[lang])))

Posteriormente, se seleccionaron sólo los estudios con los siguientes diseños metodológicos: meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, cohortes, casos y controles y reportes de casos. Para cada intervención identificada se amplió la búsqueda por sus términos MeSH:

"therapy", "treatment", "topical therapy", "systemic therapy", "steroids", "corticosteroid", "antimalarials", "topical calcineurin inhibitor", "dapsona", "thalidomide", "acitretin", "cyclosporine", "Methotrexate", "Azathioprine", "Mycophenolate mofetil", "Intralesional Steroids", "photoprotection", "sunscreen", "retinoids", "IVIg", "Biologic agents", "Efalizumab", "clofazimine", "Intense light pulsed", "cryotherapy", "sulphasalazine", "gold", "interferon alpha-2a", "imiquimod".

Para la selección de los estudios clínicos se tomaron en cuenta las publicaciones más recientes (máximo 10 años desde su publicación) en cada rubro analizado, que estuviesen en el idioma inglés, español, francés y alemán. No se incluyó la población infantil ni mujeres embarazadas

Únicamente se encontró una guía de tratamiento de 1996 que no contenía niveles de evidencia adecuados para las recomendaciones emitidas y sobrepasó el límite de 10 años desde su publicación por lo que fue excluida de este trabajo.

En caso de que la información y resultados de los estudios causaran controversia, se discutió en consenso las diferencias, empleándose el formato de juicio razonado para la elaboración de las recomendaciones. La escala que se utilizó para graduar la evidencia y la recomendación fue la modificada de Shekelle.

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

Criterios para Graduar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *"la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales"* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles.

La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

CUADRO I. CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO POR LA ACR

1. Erupción malar: Eritema fijo, plano o alto, sobre las eminencias malares, que no suele afectar los surcos nasogenianos.
2. Erupción discoide: Placas eritematosas altas, con descamación queratósica adherente y tapones foliculares; puede haber cicatrices atróficas en las lesiones más antiguas.
3. Fotosensibilidad: Erupción cutánea a causa de una reacción insólita a la luz solar, referida por el paciente u observada por el médico.
4. Úlceras bucales: Ulceración nasofaríngea, por lo común indolora, observada por un médico.
5. Artritis: Artritis no erosiva que afecta dos o más articulaciones periféricas, caracterizada por dolor a la palpación, tumefacción o derrame.
6. Serositis: Pleuritis o pericarditis documentada por electrocardiograma o frote o evidencia de derrame pericárdico.
7. Enfermedad renal: Proteinuria persistente mayor a 0,5g/día o 3+ o cilindros celulares.
8. Trastorno neurológico: Convulsiones o psicosis en ausencia de otra causa conocida.
9. Trastorno hematológico: Anemia hemolítica o leucopenia ($< 4.000/mm^3$) o linfopenia: ($< 1.500/mm^3$) o trombocitopenia ($< 100.000/mm^3$) en ausencia de fármacos que produzcan esta alteración.
10. Trastorno inmunológico: Anti-DNA, anti-Sm, y/o Anticuerpos antifosfolípidos* (AFL).
11. Anticuerpos antinucleares: Un título anormal de ANA por inmunofluorescencia o análisis equivalente en cualquier momento y en ausencia de medicamentos relacionados con el síndrome de lupus de origen farmacológico.

Cualquier combinación de 4 o más de los 11 criterios, bien documentado durante cualquier intervalo de la historia del paciente, hace el diagnóstico de LES (especificidad y sensibilidad son del 95% y 75%, respectivamente).

Modificaciones realizadas en 1997, En los criterios inmunológicos:

1. Se eliminó las células LE

2. Cambios en positividad para anticuerpos antifosfolípidos:

Niveles anormales de anticuerpos anticardiolipinas IgG o IgM, anticoagulante lúpico positivo, serología para sífilis falsa positiva en los últimos 6 meses confirmado por inmovilización del *treponema pallidum* o prueba de absorción de anticuerpos treponémicos con inmunofluorescencia.

Fuente: Petri M, Magder L. Classification criteria for systemic lupus erythematosus: a review. *Lupus* 2004;13:829-837

CUADRO II. ÍNDICE DE ACTIVIDAD Y DAÑO DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO (CLASI)

ÍNDICE DE SEVERIDAD Y AREA DE LUPUS CUTANEO (CLASI):

ACTIVIDAD				DAÑO		
LOCALIZACION	ERITEMA	ESCAMA/ HIPERTROFIA	VASCULITIS	DESPIGMENTACIÓN	COSTRA/ ATROFIA/ PANICULITIS	LOCALIZACION
	0:ausente 1:rosa/ligero 2:Rojo 3:Rojo intenso;purpura Violáceo/ hemorrágico	0: ausente 1: escama 2:verrucosa/ hipetrofica	0: ausente 1: presente	0: Ausente 1: Presente	0: Ausente 1: costra o ciatriz 2: atrofia severa o paniculitis	
Piel cabelluda						Piel cabelluda
Orejas						Orejas
Nariz (región malar)						Nariz (región malar)
Resto de cara						Resto de cara
"V" cuello						"V" cuello
Cuello posterior						Cuello posterior
Tórax						Tórax
Abdomen						Abdomen
Espalda/gluteos						Espalda/gluteos
Brazos						Brazos
Manos						Manos
Piernas						Piernas
Pies						Pies

MUCOSAS

DESPIGMENTACIÓN

LESIONES DE MEMBRANAS MUCOSA		Despigmentación después que las lesiones resolvieron
0: NO 1: SI		<input type="checkbox"/> Despigmentación dura menos de 12 meses
		<input type="checkbox"/> Despigmentación dura más de 12 meses

ALOPECIA

RESIENTE PERDIDA DE CABELLO (dentro de los últimos 30 días)		
0: NO 1: SI		
ALOPECIA CLINICAMENTE NO CICATRIZAL		ALOPECIA CICATRIZAL
0: Ausente 1: Difusa; no inflamatoria 2: Focal o en placa (o parche) en un cuadrante 3: Focal o En parche en más de un cuadrante		0: Ausente 3: En un cuadrante 4: En dos cuadrantes 5: En tres cuadrantes 6: todo cráneo

Fuente: Klein RS, Morganroth PA, Werth VP. Cutaneous Lupus and the CLASI Instrument. Rheum Dis Clin North Am. 2010;36(1): 33-51. doi:10.1016/j.rdc.2009.12.001

CUADRO III. CLASIFICACIÓN DE LA POTENCIA DE LOS CORTICOIDES TÓPICOS

Potencia/Grupo	Corticosteroide	Tipo de vehículo/forma	Concentración disponible/porcentaje
Grupo 1 Potencia muy alta	Dipropionato de Betametasona	Ungüento	0.05%
		Loción	0.05%
		Gel	0.05%
	Propionato de Clobetasol	Ungüento	0.05%
		Crema	0.05%
		Crema a base de emolientes	0.05%
		Gel	0.05%
		Loción	0.05%
		Espuma en aerosol	0.05%
		Espuma en aerosol (para piel cabelluda)	0.05%
		Shampoo	0.05%
		Solución (para piel cabelluda)	0.05%
	Spray aerosol	0.05%	
Propionato de Halobetasol	Ungüento	0.05%	
	Crema	0.05%	
Fluocinonida	Crema	0.1%	
Flurandrenolida	Cinta (rollo)	4 mcg/cm ²	
Diacetato de Diflorasona	Ungüento (petrolato)	0.05%	
Grupo 2 Potencia alta	Amcinonida	Ungüento	0.1%
	Dipropionato de Betametasona	Ungüento	0.05%
		Crema	0.05%
	Halcinonida	Ungüento	0.1%
		Crema	0.1%
		Solución	0.1%
	Fluocinonida	Ungüento	0.05%
		Gel	0.05%
		Crema	0.05%
		Solución	0.05%
	Diacetato de Diflorasona	Ungüento emoliente	0.05%
		Crema emoliente	0.05%
	Desoximetasona	Ungüento	0.25%
		Crema	0.25%
		Gel	0.05%
	Acetónido de Triamcinolona	Ungüento	0.5%
Crema		0.1%	
Grupo 3 Potencia alta baja	Amcinonida	Loción	0.1%
	Dipropionato de Betametasona	Crema hidrofílica emoliente	0.05%
		Loción	0.05%
	Valerato de Betametasona	Ungüento	0.1%
		Espuma	0.12%
	Propionato de Fluticasona	Ungüento	0.005%
	Fluocinonida	Crema acuosa emoliente	0.05%
	Furoato de Mometasona	Ungüento	0.1%
	Desoximetasona	Crema	0.05%
	Diacetato de Diflorasona	Crema	0.05%
	Acetónido de Triamcinolona	Ungüento	0.5%
		Crema	0.5%
		Ungüento	0.1%
	Grupo 4 Potencia alta baja	Acetónido de Triamcinolona	Crema
Ungüento			0.1%
Aerosol spray			0.2 mg por 2 segundos
Flurandrenolida		Ungüento	0.05%
Acetónido de Fluocinolona		Ungüento	0.025%
Fluroato de Mometasona		Crema	0.1%
		Loción	0.1%
		Solución	0.1%
Valerato de Hidrocortisona	Ungüento	0.2%	
Pivalato de Clacortolona	Crema	0.1%	
Grupo 5	Acetonido de triamcinolona	loción	0.1

Potencia media baja		ungüento	0.025
	Dipropionato de betametasona	Loción	0.05%
	Flurandrenolida	crema	0.05%
		Loción	0.05%
	Propionato de fluticasona	Crema	0.05%
		Loción	0.05%
	Prednicarbato	Crema emoliente	0.1%
		Ungüento	0.1%
	Denoside	Ungüento	0.05%
		gel	0.05%
	Valerato de betametasona	Crema	0.1%
	Valerato de hidrocortisona	Crema	0.2%
	Butirato de hidrocortisona	Ungüento	0.1%
		Crema	0.1%
Loción spray		0.1%	
Probutato de hidrocortisona	Crema	0.1%	
Acetónido de fluocinolona	Crema	0.025%	
Grupo 6 Potencia baja	Dipropionato de aclometasona	Ungüento	0.05%
		crema	0.05%
	Acetónido de triamcinolona	Crema	0.025%
		Loción	0.025%
	Desonide	Crema	0.05%
		Loción	0.05%
		espuma	0.05%
	Valerato de betametasona	Loción	0.1%
	Acetónido de fluocinolona	Crema	0.01%
		Solución	0.01%
Shampoo		0.01%	
Aceite		0.01%	
Grupo 7 Potencia mínima	Hidrocortisona (base)	Ungüento	2.5%
		Crema	2.5%
		Loción	2.5%
		Solución	2.5%
	Combinación de acetato de hidrocortisona con pramoxine al 1%	Ungüento	1 - 2.5%
		Crema	1 - 2.5%
		Loción	1 - 2.5%
		Espuma spray	1
	Hidrocortisona (base)	Ungüento	1
		Crema	1
		Loción	1
Spray		1	
Solución		1	

Adaptado de: Lacy, CF et al (Eds) Lexi-Comp's Drug Information Handbook, 18th ed. Lexi-Comp Inc, Hudson OH. Copyright © 2010 and Tadicherla, S, Ross, K, Shenefelt, D, Topical corticosteroids in dermatology; Journal of Drugs in Dermatology 2009; 12:1093.

5.5 LISTADO DE RECURSOS

5.5.1 TABLA DE MEDICAMENTOS

CUADRO III. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.0811.00	Acetónido Fluocinolona	Aplicar 1 a 2 veces al día todos los días	Crema 0.1 mg/g en envase con 20 g.	Por un máximo de 2 semanas, posteriormente reducir su frecuencia a 2 veces por semana, días alternos o durante los fines de semana.	Ardor, prurito, irritación, resequead, hipopigmentación, atrofia cutánea, dermatitis rosaceiforme e hipertrichosis	Ninguna de importancia clínica	Hipersensibilidad al fármaco, tuberculosis cutánea, piodermis, herpes simple, micosis superficiales y varicela
010.000.0813.00	17 Butirato de Hidrocortisona	Aplicar 1 a 2 veces al día todos los días	Crema 1 mg/g en envase de 15 g.	Por un máximo de 2 semanas, posteriormente reducir su frecuencia a 2 veces por semana, días alternos o durante los fines de semana.	Ardor prurito, irritación y atrofia cutánea.	Con otros corticoesteroides aumentan los efectos adversos	Hipersensibilidad al fármaco. Infecciones cutáneas, Eczema.
010.000.4131.00 010.000.4131.01	Pimecrolimus	Aplicar 2 veces al día	Crema 1g/100g en envases con 15 y 30 g.	En días alternos junto con los esteroides tópicos posterior al uso continuo de éstos.	Frecuentes: Sensación de calor o ardor en el sitio de la aplicación. Frecuentes: Irritación, prurito y eritema; infecciones cutáneas. Poco frecuentes: Impétigo, agravamiento de la afección, herpes simple, eccema herpeticum, molusco contagioso, alteraciones en el sitio de aplicación como erupción, dolor, parestesia,	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al medicamento o a cualquiera de los excipientes. Precauciones: No aplicar en áreas con infecciones virales agudas. Ante una infección bacteriana o micótica, se deberá indicar el antimicrobiano apropiado. Si la infección no se resuelve se deberá suspender el medicamento hasta que la infección haya sido controlada.

TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE EN ADULTOS

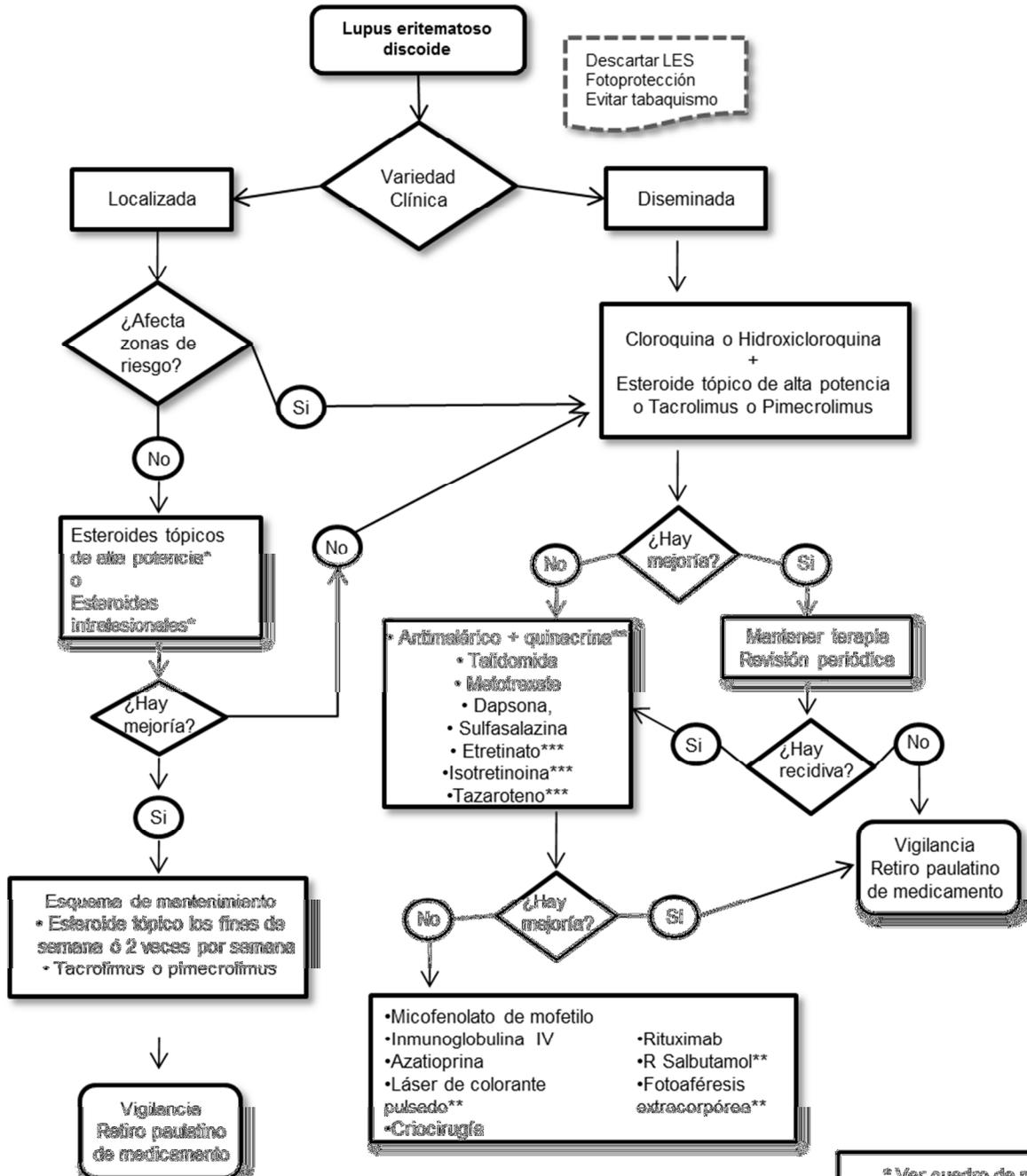
					descamación, sequedad, edema, papiloma cutáneo y furúnculo.		
010.000.2030.00	Fosfato de Cloroquina	3.5-4.0 mg/kg de peso ideal por día *Si el peso actual es menor que el peso ideal, se utiliza el primero para calcular la dosis	Tabletas de 150 mg en envase con 1000 tabletas	8 semanas y valorar mantener o combinar con otro tratamiento	Náusea, cefalea, psicosis, dermatitis, leucopenia, trastornos oculares, hipotensión arterial, acúfenos	Los antiácidos reducen la absorción de la cloroquina. Con metronidazol pueden presentarse reacciones distónicas agudas. La cloroquina disminuye la absorción de ampicilina	Hipersensibilidad al fármaco, retinopatía, úlcera péptica, psoriasis, porfiria, glaucoma.
010.000.4256.00	Talidomida	Iniciar con 100-200 mg/día hasta alcanzar una mejoría clínica significativa. Posteriormente disminuir hasta llegar a 50-100 mg/día como dosis de mantenimiento	Tableta o cápsula de 100 mg en envase con 50 tabletas o cápsulas	Durante 3-5 meses	Rash, náusea, neuropatía periférica	Aumenta la actividad de barbitúricos, alcohol, clorpromacina y reserpina. Antagoniza la acción de la histamina, serotonina y acetilcolina	Hipersensibilidad al fármaco, polineuritis y neuropatía. Precauciones: Infección por otras micobacterias.
010.000.1759.00 010.000.1760.00 010.000.1776.00	Metotrexato sódico	7.5-25 mg (0.2 mg/kg de peso corporal) una vez por semana VO, SC, IV o IM. Uso combinado con ácido fólico durante 5 días a la semana.	Tableta de 2.5 mg en envase con 50 tabletas Frasco ampula con 50 y 500 mg.	Durante 8 semanas y evaluar continuar hasta remisión completa o combinar con otro tratamiento	Anorexia, náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, ulceraciones, perforación gastrointestinal, estomatitis, depresión de la médula ósea, insuficiencia hepática y renal, fibrosis pulmonar, neurotoxicidad.	La sobredosificación requiere de folinato de calcio intravenoso. Los salicilatos, sulfas, fenitoína, fenilbutazona y tetraciclinas aumentan su toxicidad. El ácido fólico disminuye su efecto.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Valorar riesgo beneficio en desnutrición, infecciones graves, depresión de la médula ósea, inmunodeficiencia, nefropatía y alveolitis pulmonar.
010.000.0906.00	Dapsona	50-150 (máximo 200) mg al día	Tableta de 100 mg en envase con 1000 tabletas	Durante 8 semanas	Anemia hemolítica, metahemoglobinemia, leucopenia, agranulocitosis, dermatitis alérgica, náusea, vómito, hepatitis.	El probenecid aumenta la concentración plasmática de dapsona	Hipersensibilidad al fármaco
040.000.4129.00	Isotretinoína	0.5-1.0 mg/kg de peso corporal por día	Cápsula de 20 mg en envase con 30 cápsulas	Mínimo 8 semanas	Sequedad, prurito y descamación de la piel; sequedad, dolor, inflamación y sangrado de mucosas; problemas visuales	Carbamazepina, tetraciclinas, vitamina A y etanol aumentan los fenómenos irritativos	Hipersensibilidad al fármaco. Embarazo. Precauciones: No emplearse en mujeres en edad fértil y con vida sexual activa. Insuficiencia hepática o renal.

TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE EN ADULTOS

					por resequedad, prurito e hiperemia conjuntival; depresión y cambios del estado de ánimo.		Hipervitaminosis A. Hiperlipidemias.
010.000.4504.00	Sulfazalazina	1.5 a 3 gr al día, dividido cada 8 horas	Tabletas con capa entérica de 500 mg en envase con 60 tabletas	Durante 8 semanas	Náusea, vómito, diarrea, cefalea, hepatotoxicidad y nefrotoxicidad, eritema multiforme, dermatitis, oligospermia.	Disminuye la absorción de digoxina y ácido fólico.	Hipersensibilidad al fármaco y a sus metabolitos, sulfonamidas o salicilatos, porfiria. Obstrucción intestinal y urinaria. Precauciones: Disfunción hepática o renal, asma bronquial.
010.000.5240.00 010.000.5240.01 010.000.5244.00 010.000.5244.01	Inmunoglobulina G no modificada	1 g/kg/día durante 2 días consecutivos cada 4 semanas	Frasco ampula con liofilizado de 6 g en envase con 120 ml Frasco ampula de 6 g en envase de 120 ml con frasco de diluyente de 200 ml con equipo de perfusión con adaptador y aguja desechables. Frasco ampula de 5 g en envase con 100 ml	Durante 6 meses o hasta la resolución de las lesiones	Reacción anafiláctica, hiperemia, cefalea, náusea, vómito, hipotensión y taquicardia.	Disminuye la eficacia de la inmunización activa; por lo tanto no debe de vacunarse al paciente durante la utilización de la inmunoglobulina	Hipersensibilidad a inmunoglobulinas humanas, especialmente en pacientes con anticuerpos Ig A.
010.000.3461.00	Azatioprina	Iniciar 50-200 mg/día. Mantenimiento: 25-100 mg/día o 1-2.5 mg/kg/día	Tabletas de 50 mg en envase con 50 tabletas	Mínimo 2 meses	Anorexia, náusea, vómito, leucopenia, anemia, pancitopenia, infecciones, hemorragias, hepatotoxicidad, reacciones de hipersensibilidad.	Con el alopurinol se inhibe su biotransformación y aumentan sus efectos adversos. Puede antagonizar el bloqueo neuromuscular producido por pancuronio.	Hipersensibilidad al fármaco, tratamiento previo con agentes alquilantes. Precauciones: Disfunción hepática, infecciones sistémicas.
010.000.5433.00 010.000.5433.01 010.000.5445.00 010.000.5445.01	Rituximab	375 mg/m ² por semana	Frasco ampula de 100 mg en envases con 1 y 2 frascos de 10 ml Frasco ampula de 500 mg en envases con 1 y 2 frascos de 50 ml	Durante 4 semanas y repetir ciclo cada 8 semanas	Náusea, vómito, fatiga, cefalea, prurito, exantema, broncoespasmo, angioedema, rinitis, hipotensión, rubor, arritmias cardíacas, exacerbación de angina de pecho o de insuficiencia cardíaca, trombocitopenia, neutropenia o anemia.	Con medicamentos mielosupresores aumentan sus efectos adversos.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: En cardiopatía isquémica o con mielosupresión.

5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO

ALGORITMO 1. TRATAMIENTO LECD



* Ver cuadro de medicamentos
 ** Sujeto a disponibilidad
 *** Lesiones hiperqueratósicas

6. GLOSARIO

Antimalárico: Grupo de medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la malaria o paludismo como la cloroquina e hidroxiclороquina.

Fotoféresis extracorpórea: Es una terapia inmunomoduladora que consiste en la separación de los leucocitos ricos en plasma del paciente, a los cuales se les administra ex vivo un fotosensibilizante y radiación ultravioleta A antes de la reinfusión al paciente.

Síndrome sulfónico: Exantema acompañado de fiebre, hepatomegalia, dolor abdominal, ictericia y adenomegalias secundario a la administración de 4,4-diaminodifenilsulfona o dapsona.

Terapia fotodinámica: Tratamiento dermatológico que consiste en la administración de un agente fotosensibilizante y la posterior estimulación de la zona a tratar mediante la luz de longitud onda correspondiente para inducir la formación de radicales libres y la destrucción celular.

Abreviaturas:

ANA: anticuerpo antinucleares.

Anti DS DNA: Anticuerpos anti DNA de doble cadena.

ARA: American Rheumatology Academy (Academia Americana de Reumatología).

BPC: Buena práctica clínica.

CLASI: Cutaneous Lupus Lesión Activity Index (Índice de Actividad de las Lesiones de Lupus Cutáneo).

EADV: European Academy of Dermatology and Venerology (Academia Europea de Dermatología y Venereología).

IFI: Inmunofluorescencia indirecta.

Ig: Inmunoglobulina

IgA: Inmunoglobulina A

IgG: Inmunoglobulina G

IgM: Inmunoglobulina M

IFN: Interferón

LASER: Light amplification by stimulated emission of radiation

LE: Lupus Eritematoso

LEC: Lupus Eritematoso Cutáneo

LECA: Lupus Eritematoso Cutáneo Agudo

LECC: Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo

LECD: Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide

LED: Lupus Eritematoso Discoide

LES: Lupus Eritematoso Sistémico

Mg: Miligramos

RUV: Radiación ultravioleta

UVA: Radiación ultravioleta tipo A

UVB: Radiación ultravioleta tipo B

VSG: Velocidad de eritrosedimentación globular

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abarientos C, Sperber K, Shapiro DL, et al. Hydroxychloroquine in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis and its safety in pregnancy. *Expert Opin Drug Saf* 2011;10(5):705-714.
2. Alvarez-Beltrán M, Infante-Pina D, Tormo-Carnicé R. Optimización del tratamiento con azatioprina: determinación de la actividad de tiopurina metiltransferasa y las concentraciones de metabolitos tiopurínicos. *An Pediatr (Barc)* 2009;70:126-131
3. Barikbin B, Givrad S, Yousefi M, et al. Pimecrolimus 1% cream versus bethametasone 17-valerate 0.1% cream in the treatment of facial discoid lupus erythematosus a double-blind, randomized pilot study. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34: 776–780
4. Beyer DM, Faurischou A, Philipsen PA. Sun protection factor persistence on human skin during a day without physical activity or ultraviolet exposure. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2010;26(1):22-27
5. Bezerra EL, Vilar MJ, Trindade Neto PB, et al. Double-blind, randomized, controlled clinical trial of clofazimine compared with chloroquine in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2005; 52 (10): 3073-3078.
6. Braunstein I, Goodman NH, Rosenbach M, et al. Lenalidomide therapy in treatment-refractory cutaneous lupus erythematosus: Histologic and circulating leukocyte profile and potential risk of a systemic lupus flare. *J Am Acad Dermatol* 2012;66:571-582.
7. Callen JP. Cutaneous lupus erythematosus: A personal approach to management. *Australas J Dermatol* 2006;47(1):13-27.
8. Callen JP. Management of 'refractory' skin disease in patients with lupus erythematosus. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005; 19(5):767-784
9. Callen JP. Update in the management of cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol.* 2004; 151:731-736
10. Camargo A, Oliveira S. Lúpus eritematoso cutâneo – Aspectos clínicos e laboratoriais. *An Bras Dermatol* 2005;80(2):119-131.
11. Cavazzana I, Sala R, Bazzani C. Treatment of lupus skin involvement with quinacrine and hydroxychloroquine. *Lupus* 2009;18(8):735-739
12. Chang AY, Piette EW, Foering KP, et al. Response to antimalarial in cutaneous lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 2011; 147(11):1261-1967
13. Chong BF, Olsen J. Song and N.J. Determining risk factors for developing systemic lupus erythematosus in patients with discoid lupus erythematosus. *Br J Dermatol.* 2012 Jan;166(1):29-35.
14. Clarke J. Management of refractory discoid lupus and subacute cutaneous lupus. 2012. <http://www.uptodate.com/contents/management-of-refractory-discoid-lupus-and-subacute-cutaneous-lupus>
15. Costner M, Sontheimer R. Lupus Erythematosus in Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Mc Graw Hill, USA.2008;7(156):1515-1535
16. Cuadrado M, Karim Y, Sanna G, et al. Thalidomide for the treatment of resistant cutaneous lupus: efficacy and safety of different therapeutic regimens. *Am J Med* 2005;118(3):246-520
17. Duparc A, Staumont-Sallé D, Broly F. et al. Treatment of chronic lupus erythematosus with sulfasalazine in 18 patients: reappraisal. *Presse Med* 2006;35(7-8):1138-1142
18. Erceq A, Bovenschen HJ, van de Kerkhof PC, et al. Efficacy and safety of pulsed dye laser treatment for cutaneous discoid lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:626-632
19. Fabbri P, Cardinali C, Giomi B, et al. Cutaneous Lupus Erythematosus Diagnosis and Management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(7):449-465
20. Fernández-Guarino M, Pérez-García B, Harto A. et al. Discoid lupus erythematosus: good response to treatment with photodynamic therapy. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2008(22): 1142–1143. doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02560.x

21. Gammon B, Hansen C, Costner MI. Efficacy of mycophenolatemofetil in antimalarial-resistant cutaneous lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol* 2011;65(4):717-721
22. Gerdson R, Wenzel J, Uerlich M. et al. Successful treatment of chronic discoid lupus erythematosus of the scalp with imiquimod. *Dermatology* 2002; 205(4):416-418
23. Goodfield M, Davison K, Bowden K. Intravenous immunoglobulin (IVIg) for therapy-resistant cutaneous lupus erythematosus (LE). *J Dermatolog Treat* 2004; 15(1):46-50
24. Goyal S, Nousari HC. Treatment of resistant discoid lupus erythematosus of the palms and soles with mycophenolate mofetil. *J Am Acad Dermatol* 2001;45(1):142-144
25. Gül U, Gönül M, Cakmak SK. A case of generalized discoid lupus erythematosus: successful treatment with imiquimod cream 5%. *Adv Ther* 2006; 23(5):787-792
26. Hellerstedt B, Ahmed A. Delayed-type hypersensitivity reaction or serum sickness after rituximab treatment. *Ann Oncol* 2003;14:1792-1794
27. Jemec GB, Ullman S, Goodfield M. et al. A randomized controlled trial of R-salbutamol for topical treatment of discoid lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 2009;161(6):1365-1370
28. Jessop S, Whitelaw D, Delamere FM. Drugs for discoid lupus erythematosus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 7(4):CD 002954
29. Jewell ML, McCauliffe DP. Patients with cutaneous lupus erythematosus who smoke are less responsive to antimalarial treatment. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42(6):983-987
30. Jurado F. Manifestaciones cutáneas de las enfermedades colágeno vasculares en Dermatología Práctica Iberoamericana 2005;1(68): 787- 796
31. Klein RS, Morganroth PA, Werth VP. Cutaneous Lupus and the CLASI Instrument. *Rheum Dis Clin North Am* 2010;36(1): 33-51. doi:10.1016/j.rdc.2009.12.001
32. Koch M, Horwath-Winter J, Aberer E. et al. Cryotherapy in discoid lupus erythematosus (DLE). *Ophthalmologie* 2008;105(4):381-383
33. Kuhn A, Becker-Wegerich PM, Ruzicka T, et al. Successful treatment of discoid lupus erythematosus with argon laser. *Dermatology* 2000;201(2):175-7
34. Kuhn A, Ruland V, Bonsmann G. Photosensitivity, phototesting, and photoprotection in cutaneous lupus erythematosus. *Lupus* 2010;19:1036-1046
35. Kuhn A, Ruland V, Bonsmann G. Cutaneous lupus erythematosus: update of therapeutic options part II. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(6):195-213
36. Kuhn A, Ruland V, Bonsmann G. Cutaneous lupus erythematosus: update of therapeutic options part I. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(6):179-193
37. López A, Rodríguez A, Jurado F. et al. Association of HLA-DRB1*16 with chronic discoid lupus erythematosus in Mexican mestizo patients. *Clin Exp Dermatol* 2007 ;32(4):435-438.
38. Madan V, August P, Chalmers R. Efficacy of topical tacrolimus 0.3% in clobesol propionate 0.05% ointment in therapy-resistant cutaneous lupus erythematosus a cohort study. *Clin Exp Dermatol* 2010;35(1):27-30.
39. Marmor MF, Kellner U, Lai TY. et al. Revised recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy. *Ophthalmology* 2011;118:415-422.
40. Marzano AV, Vezzoli P, Crosti C. Drug-induced lupus: an update on its dermatologic aspects. *Lupus*. 2009 Oct;18(11):935-940
41. Miettunen PM, Bruecks A, Remington T. Dramatic response of scarring scalp discoid lupus erythematosus (DLE) to intravenous methylprednisolone, oral corticosteroids, and hydroxychloroquine in a 5-year-old child. *Pediatric Dermatol* 2009 May-Jun 26(3);338-341
42. Millard TP, Hawk JLM, McGregor JM. Photosensitivity in lupus. *Lupus* 2000;9:3-10
43. Miot H, Bartoli L, Haddad G. Association between discoid lupus erythematosus and cigarette smoking. *Dermatology* 2005; 211(2):118-122
44. Molin L, Tarstedt M. Discoid lupus erythematosus treated with cryotherapy. *J Dermatolog Treat* 2003;14(3):182-283
45. Morruzzi C, Luis V, Bohbot A. et al. Four cases photopheresis treatment for cutaneous lupus erythematosus refractory to standard therapy. *Ann Dermatol Venereol* 2009;136(12):861-867

46. Obermoser G, Weber F, Sepp N. Discoid lupus erythematosus in a patient receiving cyclosporine for liver transplantation. *Acta Derm Venereol* 2001; 81(4):319
47. Panjwani S. Early Diagnosis and Treatment of Discoid Lupus Erythematosus. *J Am Board Fam Med* 2009;22:206–213
48. Park KY, Lee JW, Li K, et al. Treatment of Refractory Discoid Lupus Erythematosus Using 1,064-nm Long-Pulse Neodymium-Doped Yttrium Aluminum Garnet Laser. *Dermatologic Surgery* 2011; 37:1055–1056. doi: 10.1111/j.1524-4725.2011.02019.x
49. Pérez-Crespo M, Bañuls J, Mataix J, et al. Low-dose isotretinoin for treatment of chronic discoid lupus in women of childbearing age. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99(6):498-499
50. Petri M, Magder L. Classification criteria for systemic lupus erythematosus: a review. *Lupus* 2004; 13:829–837
51. Piette EW, Foering KP, Chang AY, et al. Impact of smoking in cutaneous lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 2012;148(3):317-322
52. Pisoni CN, Obermoser G, Cuadrado M et al. Skin manifestations of systemic lupus Erythematosus refractory to multiple treatment modalities: poor results with mycophenolate mofetil. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23(3):393-396
53. Proenca T, Guimaraes N. Lúpus eritematoso cutâneo crônico: estudo de 290 pacientes. *An bras Dermatol, Rio de Janeiro* 2003;78(6):703-712.
54. Romero-Maté A, Castaño-Suárez E, García-Donoso C. et al Unsuccessful treatment of recalcitrant cutaneous discoid lupus erythematosus with photodynamic therapy. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine* 2010;26: 156–158. doi: 10.1111/j.1600-0781.2010.00506.x
55. Sanders C, Weelden H, Kazzaz G. Photosensitivity in patients with lupus erythematosus:a clinical and photobiological study of 100 patients using a prolonged phototest protocol. *Br J Dermatol* 2003;149:131–137
56. Santiago-Casas Y, Vilá LM, McGwin G Jr, et al. Association of discoid lupus with clinical manifestations and damage accrual in profile: A multiethnic lupus cohort. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;20. doi: 10.1002/acr.21581.
57. Shah A, Albrecht J, Bonilla-Martinez Z, et al. Lenalidomide for the treatment of resistant discoid lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 2009;145 (3):303-306
58. Sticherling M, Bonsmann G, Kuhn A. Diagnostic approach and treatment of cutaneous lupus erythematosus. *J Dtsch Dermatol Ges* 2008; 6(1):48-59
59. Tzellos TG, Kouvelas D. Topical tacrolimus and pimecrolimus in the treatment of cutaneous lupus erythematosus: an evidence-based evaluation. *Eur J Clin Pharmacol* 2008; 64:337–341
60. Tzung TY, Liu YS, Chang HW. Tacrolimus vs. clobetasol propionate in the treatment of facial cutaneous lupus erythematosus: a randomized, doubleblind, bilateral comparison study. *Br J Dermatol* 2007;156:191
61. Uthman I, Taher A, Abbas O, et al. Successful treatment of refractory skin manifestation of systemic lupus erythematosus with rituximab: Report of a case. *Dermatology*2008;216:257-9.
62. Viney C, Bachelez H, Musette P. Cutaneous lupus erythematosus following argon laser treatment. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128(1):49-51
63. Wahie S, Daly AK, Cordell HJ, et al. Clinical and pharmacogenetic influences on response to hydroxychloroquine in discoid lupus erythematosus: a retrospective cohort study. *J Invest Dermatol*. 2011;131(10):1981-1986
64. Walling HW, Sontheimer RD. Cutaneous Lupus Erythematosus: Issues in Diagnosis and Treatment. *Am J Clin Dermatol* 2009;10(6):365-381.
65. Wenzel J, Brähler S, Bauer R. et al. Efficacy and safety of methotrexate in recalcitrant cutaneous lupus erythematosus: results of a retrospective study in 43 patients. *Br J Dermatol* 2005; 153: 57–162
66. Werth V. Cutaneous lupus Insights into Pathogenesis and Disease Classification. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases* 2007;65(3):200-204

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Se agradece al Dr. Fermín Jurado Santa Cruz Director del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” al Dr. Daniel Alcalá Pérez Jefe de Enseñanza y a la Dra. Lourdes Alonso Jefe del Servicio de Dermatitis Reaccionaes del mismo centro por el apoyo incondicional que han brindado para la elaboración y validación de las GPC del área de dermatología

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. María Luisa Betancourt Falcó	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dr. Ricardo Jara Espino	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfina Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador