

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica GPC

Tratamiento del LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE en adultos

Guía de Referencia Rápida
Catálogo Maestro de GPC: **ISSSTE-689-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DEL.....	4
3. HISTORIA NATURAL.....	5
4. DIAGRAMAS DE FLUJO	9

GPC: TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE EN ADULTOS

CIE-10: L93.0 LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO DISCOIDE

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DEL

DEFINICIÓN

El Lupus Eritematoso Cutáneo Discoide se caracteriza por placas eritematoescamosas de bordes bien delimitados, con hiperqueratosis folicular central e hiperestesia. Las lesiones evolucionan con atrofia, cicatriz, hipopigmentación central e hiperpigmentación en la periferia dejando áreas de alopecia irreversible. La topografía más frecuente es la cara y piel cabelluda.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico. Se confirma con estudio histopatológico. A todos los pacientes con LECD se les debe realizar una evaluación clínica completa y estudios de laboratorio (biometría hemática completa, VSG, examen general de orina y anticuerpos antinucleares) para identificar oportunamente la presencia de LES.

CLASIFICACION

Se clasifica en localizado (afecta cabeza y cuello) y generalizado (diseminado a otros segmentos).

TRATAMIENTO

Tratamiento no farmacológico

La aplicación del protector solar debe ser cada 4 horas todos los días independientemente del grado de exposición solar, así como el uso de ropa fotoprotectora, sombreros u otros accesorios para evitar la radiación ultravioleta.

Se recomienda que todos los pacientes con LECD suspendan o eviten el hábito tabáquico, especialmente si se encuentran en tratamiento antimalárico.

Tratamiento farmacológico

a) Tratamiento tópico

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. Su aplicación es 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 2 veces por semana, días alternos o durante los fines de semana.

Posterior al tratamiento continuo con esteroide tópico durante 2 a 3 semanas, se puede utilizar pimecrolimus al 1% en la modalidad de días alternos junto con esteroides tópicos. El pimecrolimus se utiliza como terapia de mantenimiento a largo plazo.

b) Tratamiento sistémico (primera línea)

Los antimaláricos son el tratamiento del 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. La dosis máxima de cloroquina es de 4mg/kg por peso corporal ideal/día. La mejoría se evalúa a las 8 semanas de tratamiento.

En caso de no obtener respuesta a los antimaláricos se puede agregar talidomida a dosis de 100-200mg/día y luego disminuir la dosis paulatinamente hasta 50-mg/día o incluso 2 veces por semana.

c) Tratamiento sistémico (segunda línea)

El metotrexato es una alternativa en los casos de LED refractario al tratamiento 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.

Como alternativa al metotrexato puede emplearse la dapsona en dosis de 25 a 200mg al día. Debe monitorizarse la función hematológica al inicio del tratamiento y de forma subsecuente.

Para los casos refractarios a los tratamientos previos se puede utilizar:

- Isotretinoína: 0.5-1.0 mg/kg de peso corporal por día para lesiones hipertróficas, se debe prescribir anticoncepción durante el tratamiento por sus efectos teratogénicos
- Sulfasalazina: 1.5-3 gr/día, dividido cada 8 horas para ser mejor tolerado a nivel gastrointestinal. Requiere vigilar los efectos hematológicos secundarios
- Azatioprina: 50-200mg/día y de mantenimiento dosis diarias de 25-100mg. Requiere vigilar los efectos hematológicos secundarios.

No existe suficiente evidencia para recomendar la criocirugía y el rituximab como tratamiento en casos refractarios, su empleo quedará a juicio del médico.

OTRAS RECOMENDACIONES

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.

Todos los pacientes con LECD 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.

La evaluación objetiva de la gravedad del LECD se realiza con el instrumento CLASI, sobre todo en caso de ensayos clínicos.

En caso de identificar o diagnosticar LES, el paciente debe ser manejado en conjunto con la especialidad de Reumatología

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2013

ISBN: **En Trámite**