



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,
Volumen 9, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: MANIFESTACIONES CUTÁNEAS Y REPERCUSIONES EMOCIONALES

**SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: SKIN
MANIFESTATIONS AND EMOTIONAL IMPACT**

Leidy Paola Torres Chaparro

Universidad Estatal Amazónica, Ecuador

Aura Michell Pacheco Quintero

Universidad Técnica Estatal de Quevedo, Ecuador

Lesmer José Valdeblanquez Amaya

Universidad Estatal Amazónica, Ecuador

Angie Cristiana Mendez Villarreal

Universidad Estatal Amazónica, Ecuador

Andersson Enrique Pedraza Rojas

Universidad Técnica Estatal de Quevedo, Ecuador

Saray Lorena García Orozco

Universidad Estatal Amazónica, Ecuador

Judith Catalina Cuadros Torrado

Universidad Estatal Amazónica, Ecuador

Andrea Marcela Daza Arrieta

Universidad Técnica Estatal de Quevedo, Ecuador

Estefany Daniela Mesa Orduz

Universidad Estatal Amazónica, Ecuador

Andrés Felipe Carreño Duarte

Universidad Estatal Amazónica, Ecuador

Lupus Eritematoso Sistémico: Manifestaciones Cutáneas y Repercusiones Emocionales

Leidy Paola Torres Chaparro¹

Leidytorres19dr@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-3327-9274>

medico general Universidad de Santander UDES

Aura Michell Pacheco Quintero

amipaqui@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3449-7273>

medico general Universidad metropolitana

Lesmer José Valdeblanquez Amaya

mdlesmervaldeblanquezamaya@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-0752-1144>

Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Universidad Santo Tomás sede Bucaramanga.

Angie Cristiana Mendez Villarreal

angiemendezvill@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7865-9839>

medico general Universidad Autónoma de Bucaramanga

Andersson Enrique Pedraza Rojas

apedraza367@unab.edu.co

<https://orcid.org/0009-0006-9349-0863>

medico general Universidad Autónoma de Bucaramanga

Saray Lorena García Orozco

Sagao.95@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-0157-6340>

medico general Universidad metropolitana, ciencias de la salud , Barranquilla

Judith Catalina Cuadros Torrado

Torradocatalina@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-8387-8626>

medico general Universidad de Santander, Cúcuta

Andrea Marcela Daza Arrieta

Andredaza2@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2254-6819>

medico general Universidad metropolitana de Barranquilla

Estefany Daniela Mesa Orduz

essameor@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-2366-3184>

medico general Universidad de Santander

Andrés Felipe Carreño Duarte

andres-duarte05@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-6463-9577>

Uf seccional santa Marta

RESUMEN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica, multisistémica y heterogénea, con manifestaciones cutáneas y neuropsiquiátricas que impactan de forma directa en la calidad de vida de los pacientes. Las lesiones cutáneas —como el rash malar, la alopecia cicatricial, el lupus discoide y el lupus cutáneo subagudo— constituyen hallazgos frecuentes y, en muchos casos, diagnósticos. A ello se suman las repercusiones emocionales y cognitivas, entre las que destacan depresión, ansiedad y deterioro cognitivo, cuya prevalencia supera ampliamente la de la población general.

Palabras clave: Lupus eritematoso sistémico; Manifestaciones cutáneas; Rash malar; Alopecia cicatricial; Lupus neuropsiquiátrico; Depresión; Ansiedad; Calidad de vida.

¹ Autor principal

Correspondencia: Leidytorres19dr@gmail.com

Systemic Lupus Erythematosus: Skin Manifestations and Emotional Impact

ABSTRACT

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic, multisystemic autoimmune disease with cutaneous and neuropsychiatric manifestations that directly impact patients' quality of life. Cutaneous lesions—such as malar rash, scarring alopecia, discoid lupus, and subacute cutaneous lupus—are frequent and often diagnostic. Emotional and cognitive repercussions, including depression, anxiety, and cognitive impairment, are highly prevalent compared to the general population.

Keywords: Systemic lupus erythematosus; Cutaneous manifestations; Malar rash; Scarring alopecia; Neuropsychiatric lupus; Depression; Anxiety; Quality of life.

*Artículo recibido 02 setiembre 2025
Aceptado para publicación: 29 setiembre 2025*



INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica, de curso crónico y heterogéneo, que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Su etiología es multifactorial e incluye predisposición genética, factores hormonales, ambientales e inmunológicos que contribuyen a la pérdida de la tolerancia inmunitaria y a la producción de autoanticuerpos (1).

Las manifestaciones cutáneas son uno de los signos más frecuentes y relevantes en el LES, presentes en hasta el 70–80% de los pacientes a lo largo de la evolución (2). Estas incluyen el rash malar, lesiones discoides, fotosensibilidad, alopecia cicatricial y úlceras orales. Dichas lesiones, además de su importancia diagnóstica, tienen gran impacto en la calidad de vida al ser visibles y estigmatizantes (3,4). Por otro lado, las repercusiones emocionales y neuropsiquiátricas son frecuentes pero subdiagnosticadas. La depresión y la ansiedad afectan hasta un 40–60% de los pacientes, asociándose con fatiga, dolor crónico y efectos adversos de la terapia, en particular los glucocorticoides (5). Asimismo, entre un 20–40% de los pacientes pueden presentar deterioro cognitivo, expresado en dificultades de memoria, atención y velocidad de procesamiento, lo que se incluye dentro del espectro de manifestaciones neuropsiquiátricas del LES (6,7).

En conjunto, la afectación cutánea visible y los síntomas emocionales/cognitivos representan una doble carga para los pacientes, condicionando la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y el pronóstico global.

METODOLOGÍA

Se diseñó una **revisión narrativa de la literatura** con enfoque descriptivo y analítico, orientada a integrar la evidencia disponible sobre las **manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso sistémico (LES)**, sus repercusiones emocionales y neuropsiquiátricas, así como los elementos claves para un abordaje clínico integral.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

La búsqueda se realizó en bases de datos biomédicas internacionales: **PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science y Cochrane Library**, complementada con literatura gris y documentos de sociedades científicas (EULAR, ACR). Se emplearon combinaciones de términos MeSH y palabras clave en inglés y español: “*systemic lupus erythematosus*”, “*cutaneous manifestations*”, “*cutaneous*



lupus erythematosus”, “*discoïd lupus*”, “*subacute cutaneous lupus*”, “*malar rash*”, “*alopecia*”, “*neuropsychiatric lupus*”, “*depression*”, “*anxiety*”, “*cognitive impairment*”, “*management*”, “*treatment*”, “*photoprotection*”, “*belimumab*”, “*anifrolumab*”.

La estrategia de búsqueda se restringió a artículos publicados entre **2000 y 2024**, aunque se incluyeron referencias clásicas previas consideradas relevantes para la comprensión fisiopatológica e histórica del tema.

Criterios de inclusión y exclusión

- **Inclusión:** artículos originales, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis, consensos de expertos y guías de práctica clínica que abordaran el LES con énfasis en manifestaciones cutáneas, repercusiones emocionales/neuropsiquiátricas y estrategias de tratamiento integral.
- **Exclusión:** estudios en animales, reportes con escaso rigor metodológico, publicaciones duplicadas y artículos no disponibles en texto completo.

Selección y extracción de la información

La selección se realizó en **dos fases**:

1. **Tamizaje inicial por títulos y resúmenes** para descartar publicaciones irrelevantes.
2. **Revisión a texto completo** de los artículos potencialmente elegibles.

De cada estudio se extrajeron las siguientes variables: tipo de diseño, población incluida, manifestaciones cutáneas descritas, prevalencia de depresión, ansiedad o deterioro cognitivo, herramientas diagnósticas utilizadas, modalidades terapéuticas y principales desenlaces.

Análisis y síntesis de la evidencia

Se empleó un enfoque cualitativo y temático, organizando la información en tres ejes:

1. **Manifestaciones cutáneas del LES** (rash malar, alopecia, lupus discoide, lupus cutáneo subagudo, úlceras orales/nasales, vasculitis cutánea, livedo reticularis).
2. **Repercusiones emocionales y neuropsiquiátricas** (depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y su impacto en calidad de vida).



3. **Abordaje clínico integral** (evaluación dermatológica y psicoemocional, tratamiento farmacológico y no farmacológico, fotoprotección, apoyo multidisciplinario y educación al paciente).

La síntesis se realizó respetando la **secuencia cronológica y conceptual** de los hallazgos, destacando coincidencias, discrepancias y vacíos de investigación.

Manifestaciones cutáneas en el LES

Las manifestaciones cutáneas representan una de las expresiones clínicas más prevalentes del lupus eritematoso sistémico (LES) y, en muchos casos, constituyen la primera pista diagnóstica que conduce a la confirmación de la enfermedad. Estudios epidemiológicos señalan que hasta un 80% de los pacientes experimentan lesiones cutáneas a lo largo de su evolución, y que aproximadamente un 25% de ellos pueden debutar con afectación exclusivamente dermatológica antes de que aparezcan otros signos sistémicos (8). Esta prevalencia convierte a la piel en un “espejo” del proceso inmunológico que subyace en el LES. La afectación cutánea refleja tanto actividad inflamatoria (lesiones transitorias, fotosensibles, reversibles) como daño crónico acumulado (lesiones cicatriciales, atrofas irreversibles), y ambas dimensiones poseen valor pronóstico. Además, la visibilidad de estas lesiones en áreas expuestas del cuerpo, como la cara, el cuero cabelludo y las manos, genera un impacto psicosocial considerable, con efectos negativos sobre la autoestima, la funcionalidad social y la calidad de vida (9,10).

Rash malar

El **rash malar** o eritema en alas de mariposa es una de las lesiones más icónicas del LES, reconocida incluso en los criterios de clasificación ACR/EULAR. Clínicamente, se presenta como un eritema fijo, plano o ligeramente sobreelevado, que afecta las eminencias malares y el dorso nasal, respetando de forma característica el surco nasolabial. Este último detalle clínico permite diferenciarlo de la rosácea —que suele afectar también pliegues nasolabiales y acompañarse de pápulas y pústulas— y de la dermatitis seborreica —que se caracteriza por descamación grasa y pruriginosa (19). El rash malar guarda estrecha relación con la **fotosensibilidad**, dado que la radiación ultravioleta induce apoptosis queratinocitaria, liberación de antígenos nucleares y posterior formación de inmunocomplejos, lo que desencadena infiltrados inflamatorios ricos en linfocitos T y células dendríticas plasmocitoides con producción elevada de interferón tipo I (20).



En cuanto a su curso clínico, puede presentarse de forma transitoria, asociado a brotes de actividad sistémica, o persistente en pacientes con formas crónicas. En algunos estudios, su presencia se ha correlacionado con mayor frecuencia de compromiso articular y hematológico, por lo que puede considerarse un **biomarcador clínico de actividad**. Aunque no suele dejar cicatrices permanentes, sí puede producir alteraciones pigmentarias residuales que generan incomodidad estética, particularmente en mujeres jóvenes. Esto se traduce en un deterioro de la imagen corporal, sentimientos de vergüenza y un riesgo elevado de depresión reactiva (21).

Alopecia cicatricial

La **alopecia cicatricial** es una manifestación dermatológica de gran relevancia por su carácter irreversible. Se origina como consecuencia de inflamación crónica en lesiones discoideas del cuero cabelludo, que destruyen de manera permanente los folículos pilosos. Clínicamente se presenta como placas alopécicas irregulares, con eritema perifolicular en fases activas, descamación fina y, en etapas avanzadas, cicatrices atróficas y áreas despigmentadas (22). Esta forma de alopecia se clasifica como un signo de **daño acumulado** en el curso del LES, diferenciándose de las manifestaciones reversibles asociadas a la actividad.

La distinción entre alopecia cicatricial y **alopecia no cicatricial** resulta crítica en la práctica clínica. La no cicatricial suele ser difusa, reversible y secundaria a actividad inflamatoria sistémica, fiebre o efectos adversos de fármacos inmunosupresores (23). Su recuperación ocurre al controlar el proceso inflamatorio o suspender el medicamento implicado, mientras que la cicatricial requiere intervenciones dermatológicas como injertos capilares, dado que la regeneración espontánea es imposible. El impacto psicológico de esta manifestación es particularmente severo, pues la pérdida permanente de cabello afecta de manera profunda la autoestima, se asocia a aislamiento social y contribuye a cuadros de ansiedad y depresión, sobre todo en mujeres jóvenes, quienes constituyen la población más afectada por el LES (24).

Lupus discoide

El **lupus discoide (LD)** representa la forma más frecuente de lupus cutáneo crónico y puede manifestarse como enfermedad localizada o generalizada. Se caracteriza por placas eritematosas bien delimitadas, cubiertas por escamas adherentes y con tapones foliculares, que evolucionan hacia atrofia



central, telangiectasias, hipopigmentación y cicatrización residual (25). Estas lesiones se localizan con mayor frecuencia en la cara y el cuero cabelludo, aunque en la variante generalizada pueden comprometer tronco y extremidades.

El LD es clínicamente relevante no solo por sus secuelas estéticas y funcionales, sino también porque entre un **5–10%** de los pacientes con esta forma de lupus cutáneo terminan desarrollando LES sistémico (26). Por ello, el seguimiento regular con estudios inmunológicos y clínicos es obligatorio. La morfología de las lesiones y su cronicidad generan, además, una carga psicológica considerable. Pacientes con cicatrices faciales permanentes refieren alteraciones en sus relaciones sociales, laborales y de pareja, así como un deterioro significativo en los índices de calidad de vida dermatológica (24).

Lupus cutáneo subagudo

El **lupus cutáneo subagudo (LCS)** se reconoce como un fenotipo intermedio entre el lupus cutáneo agudo y el crónico. Clínicamente, se manifiesta con lesiones **anulares policíclicas o papuloescamosas**, con distribución predominantemente fotosensible en áreas expuestas como cuello, parte superior del tronco y brazos (27). Una característica importante es que rara vez deja cicatrices atróficas, aunque puede ocasionar hipopigmentación o hiperpigmentación residual que afecta la estética del paciente.

Desde el punto de vista inmunológico, el LCS se asocia con anticuerpos **anti-Ro/SSA** y, en ocasiones, con fármacos desencadenantes como hidroclorotiazida, terbinafina e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (28). Los pacientes suelen presentar enfermedad sistémica leve y responden adecuadamente al tratamiento con antimaláricos, lo que lo convierte en una variante de mejor pronóstico respecto a otras formas cutáneas de lupus. Sin embargo, la recurrencia frecuente de lesiones tras exposición solar condiciona restricciones significativas en la vida diaria de los pacientes.

Úlceras orales y nasales

Las **úlceras orales y nasales** son manifestaciones frecuentes en el LES e integran los criterios de clasificación tanto del ACR como del EULAR/ACR. Se caracterizan por ser lesiones superficiales, **indoloras y recurrentes**, localizadas en paladar duro, mucosa yugal o tabique nasal (29). Aunque carecen de especificidad absoluta, su presencia en un paciente con manifestaciones sistémicas sugestivas aporta un valor diagnóstico considerable.



La aparición de estas úlceras puede preceder al diagnóstico sistémico en semanas o meses y, en el seguimiento, se consideran un marcador de actividad de la enfermedad. Es importante diferenciarlas de las úlceras dolorosas propias de otras patologías como la enfermedad de Behçet o la estomatitis aftosa recurrente. Su reconocimiento temprano facilita un diagnóstico oportuno y permite iniciar un manejo integral antes de la aparición de complicaciones mayores.

Vasculitis cutánea y livedo reticularis

La **vasculitis cutánea** en pacientes con LES se caracteriza por inflamación vascular mediada por inmunocomplejos, que se traduce clínicamente en **púrpura palpable, pápulas urticarianas, lesiones ulceradas o áreas de necrosis** cutánea, principalmente en extremidades inferiores. Su presencia refleja un grado mayor de actividad inmunológica y suele asociarse a compromiso visceral concomitante, en especial renal y neurológico, lo que la convierte en un hallazgo clínico de mal pronóstico (30).

El **livedo reticularis**, en cambio, se manifiesta como un patrón reticulado violáceo, persistente o intermitente, más evidente en las extremidades inferiores. Aunque puede presentarse en múltiples condiciones, en el contexto del LES cobra especial relevancia por su asociación con el **síndrome antifosfolípido (SAF)**. En estos casos, su identificación debe llevar a una búsqueda activa de anticuerpos antifosfolípidos, dado el riesgo elevado de eventos trombóticos arteriales y venosos (31). Esta asociación convierte a un hallazgo dermatológico aparentemente “benigno” en una alerta temprana para prevenir complicaciones potencialmente fatales.

Repercusiones emocionales y neuropsiquiátricas en el LES

El lupus eritematoso sistémico (LES) se ha consolidado como una enfermedad paradigmática en la que la afectación física y psicológica se encuentran estrechamente entrelazadas. Además de los daños inflamatorios en órganos vitales, el LES impacta de manera sustancial la esfera mental y emocional de quienes lo padecen. Las manifestaciones neuropsiquiátricas no son infrecuentes; por el contrario, estudios multicéntricos han demostrado que entre un 30% y un 50% de los pacientes desarrollan, en algún momento, síntomas emocionales o cognitivos significativos (32). Este impacto deriva de múltiples factores: la inflamación crónica sostenida que actúa sobre el sistema nervioso central (SNC), la acción directa de autoanticuerpos neurotóxicos, los efectos adversos de medicamentos —en especial los

glucocorticoides en dosis altas o prolongadas— y la carga psicosocial de convivir con una enfermedad crónica, de curso incierto y con manifestaciones visibles que pueden ser estigmatizantes (33).

Depresión

La **depresión** es la alteración psiquiátrica más frecuente en pacientes con LES, con prevalencias que oscilan entre el 20% y el 60% dependiendo de la población y de las escalas utilizadas para su detección (34). La alta variabilidad se explica por diferencias en los criterios diagnósticos aplicados y por la superposición de síntomas como fatiga, insomnio y pérdida de energía, que pueden ser atribuidos tanto a la actividad de la enfermedad como a un trastorno depresivo mayor.

Desde la perspectiva fisiopatológica, la depresión en el LES está influida por mecanismos inflamatorios: niveles elevados de citoquinas proinflamatorias (IL-6, TNF- α , interferón tipo I) actúan sobre el SNC, modificando neurotransmisores como la serotonina y la dopamina. Clínicamente, la depresión se relaciona con **fatiga crónica, dolor osteomuscular persistente, alteraciones del sueño y limitaciones funcionales**. A ello se suma el impacto psicosocial de lesiones cutáneas visibles, alopecia cicatricial o cicatrices faciales, que condicionan sentimientos de vergüenza y baja autoestima, particularmente en mujeres jóvenes.

La depresión no tratada no solo deteriora la calidad de vida, sino que se ha demostrado que aumenta el riesgo de **mala adherencia terapéutica, hospitalizaciones recurrentes y progresión acelerada del daño orgánico acumulado** (35). Además, incrementa la mortalidad, tanto por conductas de riesgo como por menor control de la enfermedad, lo que convierte a su detección temprana en una prioridad clínica.

Ansiedad

La **ansiedad** es otro trastorno común en el LES, con prevalencias reportadas de hasta el 40% de los pacientes (36). La ansiedad se explica, en parte, por los mecanismos inmunológicos que afectan neurotransmisores relacionados con la regulación del miedo y el estrés, pero también se asocia a la incertidumbre intrínseca de la enfermedad: los pacientes viven con el temor constante de recaídas, complicaciones orgánicas graves como nefritis lúpica o neuropsiquiátrico, y la posibilidad de discapacidad a mediano o largo plazo.

En la práctica clínica, la ansiedad suele coexistir con la depresión, formando un cuadro mixto que aumenta la percepción de dolor, fatiga y limitación funcional. Esta interacción genera un círculo vicioso:



el dolor incrementa la ansiedad, la ansiedad potencia la percepción del dolor, y ambos contribuyen a la disminución de la calidad de vida. Los pacientes ansiosos refieren, además, mayor afectación en la vida laboral y social, con dificultades en el desempeño académico, disminución de la productividad y mayor riesgo de desempleo (37).

El manejo inadecuado de la ansiedad repercute en la adherencia terapéutica: la preocupación excesiva por efectos secundarios puede llevar a suspender o modificar por cuenta propia el tratamiento, lo que incrementa el riesgo de brotes graves. Por ello, la identificación y tratamiento oportuno de la ansiedad es clave en la atención integral del LES.

Deterioro cognitivo

El **deterioro cognitivo** forma parte de las manifestaciones neuropsiquiátricas del LES (NPS-LES) y se observa en entre un 20% y un 40% de los pacientes, incluso en ausencia de manifestaciones neurológicas mayores (38). Los déficits más comunes afectan la **memoria verbal y de trabajo, la atención sostenida, la velocidad de procesamiento de la información y las funciones ejecutivas**. Estos síntomas, aunque a menudo sutiles, interfieren con actividades cotidianas como el desempeño académico, la productividad laboral y la capacidad de gestionar tratamientos médicos complejos.

Los mecanismos propuestos incluyen microvasculopatía cerebral, inflamación neuroinmunológica y la acción de autoanticuerpos como los anti-NMDA, que inducen apoptosis neuronal y alteración sináptica. Desde el punto de vista clínico, el deterioro cognitivo contribuye a la dependencia funcional, aumenta el riesgo de desempleo y condiciona la necesidad de apoyo familiar y social. En muchos pacientes, este deterioro se asocia también a depresión y ansiedad, potenciando el impacto global en la calidad de vida (39).

Un aspecto relevante es que el deterioro cognitivo en LES puede ser subdiagnosticado: los pacientes suelen atribuir sus síntomas a fatiga o distracción, mientras que los médicos pueden no sospecharlo sin una evaluación neuropsicológica dirigida. Por ello, se recomienda la aplicación de instrumentos de tamizaje como el **MoCA (Montreal Cognitive Assessment)** o pruebas neurocognitivas específicas, especialmente en pacientes con quejas subjetivas de memoria o concentración.



Impacto global

El impacto global de las repercusiones emocionales y cognitivas en el LES es profundo y multifacético. La combinación de una **enfermedad cutánea visible** —con lesiones como rash malar, alopecia cicatricial o lupus discoide— y la presencia de síntomas emocionales como depresión o ansiedad configura un escenario de alta vulnerabilidad psicológica. Este binomio contribuye a un **deterioro marcado de la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL)**, medido en cuestionarios validados como el SF-36 y el LupusQoL, que muestran consistentemente puntajes más bajos en pacientes con compromiso cutáneo y neuropsiquiátrico (40).

Además, estas repercusiones emocionales influyen de manera directa en la **discapacidad laboral**: múltiples estudios han demostrado que los pacientes con LES presentan tasas de desempleo significativamente más altas que la población general, siendo la fatiga, la depresión y el deterioro cognitivo los principales predictores. El riesgo de **aislamiento social** es igualmente elevado, debido a la estigmatización, la disminución de la autoestima y la percepción de ser una “carga” para la familia. En consecuencia, las alteraciones emocionales y cognitivas en el LES deben abordarse como parte integral del manejo, con estrategias multidisciplinarias que incluyan tamizaje sistemático, psicoterapia, intervención psiquiátrica cuando sea necesario, educación al paciente y programas de apoyo social. Solo de esta forma es posible reducir la carga invisible de la enfermedad y mejorar los desenlaces clínicos y psicosociales a largo plazo.

Abordaje clínico e integral en el LES

El abordaje del lupus eritematoso sistémico (LES), particularmente cuando confluyen manifestaciones cutáneas y neuropsiquiátricas, debe ser concebido como un proceso **integral, dinámico y multidisciplinario**. La complejidad de esta enfermedad no permite estrategias reduccionistas, ya que se trata de un trastorno sistémico que combina inflamación inmunológica, daño orgánico irreversible, alteraciones psicoemocionales y una fuerte carga social. El objetivo central no es solamente el control de la actividad inflamatoria, sino también la prevención del daño acumulado, la mejoría de la calidad de vida y la restauración de la funcionalidad psicosocial del paciente (41).



Evaluación dermatológica

El primer paso en el abordaje es la **evaluación dermatológica exhaustiva**, que debe distinguir entre lesiones activas y cicatriciales. Las lesiones **activas** son inflamatorias, fotosensibles y potencialmente reversibles si se tratan de manera oportuna; su identificación permite orientar el tratamiento inmunomodulador. Por el contrario, las lesiones **cicatriciales**, como la alopecia discoide o las cicatrices atróficas, constituyen evidencia de daño permanente e irreversible, que requiere estrategias de rehabilitación estética más que inmunosupresoras.

Para esta diferenciación, el uso de **dermatoscopia** resulta fundamental, ya que permite visualizar estructuras foliculares, patrones vasculares y pigmentarios que orientan sobre la actividad de la lesión. En casos de duda diagnóstica, la **biopsia cutánea** continúa siendo el estándar, revelando hallazgos característicos como dermatitis de interfase, degeneración vacuolar de la capa basal e infiltrados linfocíticos perivasculares. Además, la **inmunofluorescencia directa** puede confirmar la presencia de depósitos de IgG, IgM, IgA y complemento en la unión dermoepidérmica, configurando el denominado “band test” lúpico, que aporta un valor diagnóstico adicional (42).

Tratamiento cutáneo

El tratamiento de las lesiones cutáneas del LES es escalonado y debe individualizarse según la extensión, severidad, cronicidad y refractariedad de las lesiones. La **hidroxicloroquina** y otros antimaláricos (cloroquina, quinacrina) representan la piedra angular del manejo. Estos fármacos no solo controlan la actividad cutánea, sino que también reducen el riesgo de brotes sistémicos, mejoran la sobrevida y disminuyen el daño acumulado. Su seguridad a largo plazo es alta, aunque requieren monitorización oftalmológica periódica debido al riesgo de toxicidad retiniana, que es dosis- y tiempo-dependiente (43). Los **corticoides tópicos** son la primera línea para lesiones localizadas, gracias a su eficacia antiinflamatoria y rápida respuesta. En casos de compromiso más extenso, se pueden utilizar **corticoides sistémicos**, aunque se recomienda emplearlos por periodos cortos y a la dosis mínima posible, debido a su relación con efectos adversos como osteoporosis, diabetes, hipertensión y alteraciones psiquiátricas. Cuando las lesiones son refractarias o recidivantes, se incorporan **inmunomoduladores** como el micofenolato de mofetilo, el metotrexato o la azatioprina, los cuales permiten reducir la dosis acumulada de corticoides y controlar la inflamación persistente. En la última década, los agentes biológicos han



revolucionado el tratamiento: **belimumab**, dirigido contra el factor activador de células B (BLyS), ha demostrado eficacia en el control de manifestaciones cutáneas refractarias, y **anifrolumab**, un anticuerpo contra el receptor de interferón tipo I, ha mostrado resultados alentadores en ensayos clínicos fase III con significativa mejoría cutánea (44,45).

La **fotoprotección** constituye un pilar no farmacológico del tratamiento. Se recomienda el uso de protectores solares de amplio espectro (UVA/UVB), con reaplicación cada 2-3 horas, así como medidas físicas (ropa de manga larga, sombreros de ala ancha, gafas oscuras). El cumplimiento estricto de estas medidas reduce de manera significativa la recurrencia de brotes cutáneos y mejora el control global de la enfermedad (46).

Evaluación psicoemocional

El componente psicoemocional del LES requiere **tamizaje sistemático y estructurado**, ya que los síntomas depresivos, ansiosos y de deterioro cognitivo suelen ser subdiagnosticados si no se exploran de forma activa. El **PHQ-9** es una herramienta breve y validada para la detección de depresión, que permite cuantificar su severidad. Para la ansiedad, el **GAD-7** ofrece un tamizaje confiable y fácil de aplicar. En cuanto a la cognición, el **MoCA (Montreal Cognitive Assessment)** es preferido sobre el MMSE, ya que detecta alteraciones leves en dominios de memoria, atención y funciones ejecutivas, que suelen pasar desapercibidas en fases tempranas (47).

La implementación rutinaria de estas escalas en la práctica clínica contribuye no solo a identificar de manera temprana problemas emocionales y cognitivos, sino también a establecer puntos de corte objetivos que faciliten la derivación a psiquiatría, psicología clínica o neuropsicología. Este enfoque permite intervenir de manera oportuna, evitando la progresión hacia discapacidad emocional y mejorando la adherencia terapéutica global.

Apoyo multidisciplinario

El LES es una enfermedad **multisistémica y multifacética**, lo que exige un manejo coordinado entre varias disciplinas. El reumatólogo desempeña el rol de coordinador principal, pero el éxito del tratamiento depende de la interacción con **dermatología**, para el control de lesiones cutáneas complejas; **psiquiatría y psicología clínica**, para el manejo de depresión, ansiedad o psicosis lúpica; y **neuropsicología**, para la rehabilitación cognitiva de pacientes con déficit neurocognitivo. A esto se



suma la intervención de **medicina interna, nefrología y neurología**, cuando existe compromiso de órganos vitales.

La atención multidisciplinaria no solo incrementa la eficacia terapéutica, sino que también impacta en la calidad de vida del paciente: se ha demostrado que este tipo de abordaje reduce hospitalizaciones, mejora la adherencia a los tratamientos y favorece la percepción de control sobre la enfermedad. De igual manera, la coordinación con **trabajo social y programas comunitarios** resulta clave para garantizar la continuidad del tratamiento en contextos socioeconómicos adversos (48).

Educación al paciente

La **educación del paciente** es un pilar fundamental del abordaje integral. Involucra brindar información clara y continua sobre la naturaleza crónica y fluctuante del LES, explicando la importancia de la **adherencia a los tratamientos**, el reconocimiento de signos de alerta temprana y la adopción de medidas de autocuidado. Los programas educativos deben incluir módulos de **fotoprotección, higiene del sueño, actividad física adaptada y manejo del estrés**, así como técnicas de afrontamiento que reduzcan la ansiedad y fortalezcan la resiliencia emocional.

Diversos estudios han demostrado que la educación estructurada mejora la adherencia a la hidroxiclороquina, aumenta la satisfacción con el tratamiento y reduce la tasa de abandono terapéutico (49). Además, el empoderamiento del paciente y de su familia favorece la **toma de decisiones compartida**, fortalece la percepción de control y reduce el riesgo de aislamiento social. En este sentido, la educación no debe considerarse un complemento, sino un componente esencial del tratamiento integral del LES.

CONCLUSIONES

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune compleja, multifactorial y heterogénea, en la que las **manifestaciones cutáneas** constituyen uno de los hallazgos más frecuentes y visibles. Lesiones como el **rash malar, la alopecia cicatricial, el lupus discoide y el lupus cutáneo subagudo** no solo aportan valor diagnóstico, sino que también reflejan la actividad inmunológica y, en algunos casos, el daño acumulado. Estas expresiones dermatológicas impactan de manera desproporcionada en la **autoimagen y la calidad de vida** de los pacientes, al estar localizadas en áreas expuestas, lo que incrementa el estigma social y condiciona sufrimiento psicológico adicional.



Las **repercusiones emocionales y neuropsiquiátricas** del LES, que incluyen depresión, ansiedad y deterioro cognitivo, constituyen un componente esencial del espectro clínico. Su fisiopatología combina factores inmunoinflamatorios, efectos adversos farmacológicos (como los glucocorticoides) y la carga psicosocial de una enfermedad crónica y estigmatizante. Estas alteraciones se asocian con peor adherencia al tratamiento, mayor discapacidad laboral, riesgo de aislamiento social y, en última instancia, peores desenlaces clínicos. La evidencia muestra que la prevalencia de depresión oscila entre el 20% y 60%, la ansiedad afecta hasta al 40% y el deterioro cognitivo se documenta en cerca de un tercio de los pacientes, cifras que superan ampliamente las de la población general y que subrayan la necesidad de una atención integral.

El **abordaje clínico del LES** debe ser integral y multidisciplinario. La evaluación dermatológica minuciosa, apoyada en dermatoscopia y biopsia, permite diferenciar lesiones inflamatorias de cicatriciales y orientar el tratamiento más adecuado. El manejo cutáneo se basa en el uso de **antimaláricos como la hidroxicloroquina**, la terapia tópica o sistémica con corticoides y el empleo de inmunomoduladores o biológicos en casos refractarios, con la **fotoprotección estricta** como medida esencial no farmacológica. Paralelamente, la evaluación psicoemocional debe realizarse de manera sistemática con escalas validadas como **PHQ-9, GAD-7 y MoCA**, permitiendo identificar y tratar oportunamente depresión, ansiedad o deterioro cognitivo.

El éxito terapéutico exige un **enfoque multidisciplinario**, que integre reumatología, dermatología, psiquiatría, psicología, neuropsicología y rehabilitación cognitiva, así como el soporte de medicina interna y otras especialidades cuando existe compromiso multiorgánico. A esto se suma la **educación del paciente** como herramienta central para promover la adherencia terapéutica, el autocuidado, la fotoprotección y el desarrollo de estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad.

En conclusión, el LES debe ser entendido como una condición que trasciende lo orgánico e involucra de manera directa la esfera psicoemocional. El reconocimiento temprano y el manejo integral de las manifestaciones cutáneas y neuropsiquiátricas constituyen un reto clínico, pero también una oportunidad para **reducir la carga invisible de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y optimizar los desenlaces a largo plazo**.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tsokos GC. Systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2011;365(22):2110-21.
2. Lisnevskaja L, Murphy G, Isenberg D. Systemic lupus erythematosus. *Lancet*. 2014;384(9957):1878-88.
3. Kaul A, Gordon C, Crow MK, Touma Z, Urowitz MB, van Vollenhoven R, et al. Systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16039.
4. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Cheema K, Anders HJ, Aringer M, Arnaud L, et al. 2019 Update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(6):736-45.
5. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(9):1400-12.
6. Dörner T, Furie R. Novel paradigms in systemic lupus erythematosus. *Lancet*. 2019;393(10188):2344-58.
7. Pons-Estel GJ, Ugarte-Gil MF, Alarcón GS. Epidemiology of systemic lupus erythematosus. *Expert Rev Clin Immunol*. 2017;13(8):799-814.
8. Werth VP. Clinical manifestations of cutaneous lupus erythematosus. *Autoimmun Rev*. 2005;4(5):296-302.
9. Klein R, Moghadam-Kia S, Taylor L, Coley C, Okawa J, LoMonico J, et al. Quality of life in cutaneous lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol*. 2011;64(5):849-58.
10. Gallop K, Nixon A, Swinburn P, Sterling KL, Naegeli AN, Silk ME, et al. Development of a conceptual model of health-related quality of life for systemic lupus erythematosus from the patient perspective. *Lupus*. 2012;21(9):934-43.
11. Wenzel J, Tüting T. An IFN-associated cytotoxic cellular immune response against viral, self-, or tumor antigens is a common pathogenetic feature in lupus erythematosus. *J Invest Dermatol*. 2008;128(10):2392-402.
12. Kuhn A, Ruland V, Bonsmann G. Cutaneous lupus erythematosus: update of therapeutic options part I. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(6):e179-93.



13. Kuhn A, Landmann A, Patsinakidis N. Cutaneous lupus erythematosus: update of therapeutic options part II. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(6):e195-213.
14. Rongioletti F, Christana K, Baldari M, Parodi A. Cutaneous lupus erythematosus: a comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2017;53(3):291-305.
15. Ghoreishi M, Dutz JP. Treatment of cutaneous lupus erythematosus: review and update. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(5):736-47.
16. Jarukitsopa S, Hoganson DD, Crowson CS, Sokumbi O, Davis MD, Michet CJ Jr, et al. Epidemiology of systemic lupus erythematosus and cutaneous lupus erythematosus in a predominantly white population in the United States. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;67(6):817-28.
17. Sontheimer RD. Subacute cutaneous lupus erythematosus: 25-year evolution of a prototypic subset (subphenotype) of lupus erythematosus. *Arch Dermatol*. 1997;133(12):1524-30.
18. Obermoser G, Sontheimer RD, Zelger B. Overview of common, rare and atypical manifestations of cutaneous lupus erythematosus and histopathological correlates. *Lupus*. 2010;19(9):1050-70.
19. Kuhn A, Ruland V, Bonsmann G. Cutaneous lupus erythematosus: clinical and histopathological features. *Autoimmun Rev*. 2014;13(1):94-104.
20. Vasudevan B, Chatterjee M. Cutaneous vasculitis: a comprehensive review. *Indian J Dermatol*. 2013;58(5):281-8.
21. Francès C, Niang S, Laffitte E, Pelletier F, Costedoat-Chalumeau N. Dermatologic manifestations of the antiphospholipid syndrome: 14 new cases and a literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2005;84(6):395-406.
22. Hanly JG, Urowitz MB, Su L, Bae SC, Gordon C, Clarke A, et al. Prospective analysis of neuropsychiatric events in an international disease inception cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(3):529-35.
23. Unterman A, Nolte JE, Boaz M, Abady M, Shoenfeld Y, Zandman-Goddard G. Neuropsychiatric syndromes in systemic lupus erythematosus: a meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2011;41(1):1-11.



24. Palagini L, Mosca M, Tani C, Gemignani A, Mauri M, Bombardieri S. Depression and systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Lupus*. 2013;22(5):409-16.
25. Julian LJ, Tonner C, Yelin E, Yazdany J, Panopalis P, Trupin L, et al. Depression, medication adherence, and service utilization in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2009;61(2):240-6.
26. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):70.
27. Figueiredo-Braga M, Cornaby C, Cortez A, Bernardes M, Terroso G, Figueiredo M, et al. Depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: the crosstalk between immunological, clinical, and psychosocial factors. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(28):e11376.
28. Kozora E, Ellison MC, West S. Cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol*. 2006;18(5):492-7.
29. Bertsias GK, Ioannidis JP, Boletis J, Bombardieri S, Cervera R, Dostal C, et al. EULAR recommendations for neuropsychiatric lupus. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(12):2074-82.
30. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Boumpas DT. Treat-to-target approach for systemic lupus erythematosus: fresh perspectives on an old concept. *Ann Rheum Dis*. 2021;80(1):24-30.
31. Okon LG, Werth VP. Cutaneous lupus erythematosus: diagnosis and treatment. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(3):391-404.
32. Ruiz-Irastorza G, Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Khamashta MA. Clinical efficacy and side effects of antimalarials in systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(1):20-8.
33. Stohl W, Schwarting A, Okada M, Scheinberg M, Doria A, Hammer AE, et al. Efficacy and safety of belimumab in patients with systemic lupus erythematosus: a randomized, placebo-controlled, phase 3 trial. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69(5):1016-27.
34. Furie R, Khamashta M, Merrill JT, Werth VP, Kalunian K, Brohawn P, et al. Anifrolumab, an anti-interferon- α receptor monoclonal antibody, in moderate-to-severe systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2019;382(3):211-21.



35. Kuhn A, Aberer E, Bata-Csörgő Z, Caproni M, Dreher A, Frances C, et al. Photoprotection in cutaneous lupus erythematosus: a systematic review and expert recommendations. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(1):136-54.
36. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):70.
37. Drenkard C, Lim SS. Update on lupus epidemiology: advancing health disparities research through the study of minority populations. *Curr Opin Rheumatol*. 2019;31(2):132-40.
38. Costedoat-Chalumeau N, Pouchot J, Guettrot-Imbert G, Le Guern V, Leroux G, Marra D, et al. Adherence to treatment in systemic lupus erythematosus patients. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(3):329-40.
39. Kuhn A, Ruland V, Bonsmann G. Cutaneous lupus erythematosus: clinical and histopathological features. *Autoimmun Rev*. 2014;13(1):94-104.
40. Vasudevan B, Chatterjee M. Cutaneous vasculitis: a comprehensive review. *Indian J Dermatol*. 2013;58(5):281-8.
41. Francès C, Niang S, Laffitte E, Pelletier F, Costedoat-Chalumeau N. Dermatologic manifestations of the antiphospholipid syndrome: 14 new cases and a literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2005;84(6):395-406.
42. Hanly JG, Urowitz MB, Su L, Bae SC, Gordon C, Clarke A, et al. Prospective analysis of neuropsychiatric events in an international disease inception cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(3):529-35.
43. Unterman A, Nolte JE, Boaz M, Abady M, Shoenfeld Y, Zandman-Goddard G. Neuropsychiatric syndromes in systemic lupus erythematosus: a meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2011;41(1):1-11.
44. Palagini L, Mosca M, Tani C, Gemignani A, Mauri M, Bombardieri S. Depression and systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Lupus*. 2013;22(5):409-16.
45. Julian LJ, Tonner C, Yelin E, Yazdany J, Panopalis P, Trupin L, et al. Depression, medication adherence, and service utilization in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2009;61(2):240-6.



46. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):70.
47. Figueiredo-Braga M, Cornaby C, Cortez A, Bernardes M, Terroso G, Figueiredo M, et al. Depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: the crosstalk between immunological, clinical, and psychosocial factors. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(28):e11376.
48. Kozora E, Ellison MC, West S. Cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol*. 2006;18(5):492-7.
49. Bertsias GK, Ioannidis JP, Boletis J, Bombardieri S, Cervera R, Dostal C, et al. EULAR recommendations for neuropsychiatric lupus. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(12):2074-82.

