



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.elsevier.es/ad](http://www.elsevier.es/ad)



## ORIGINAL

# Prevalencia de anticuerpos antifosfolípido en pacientes con lupus eritematoso cutáneo subagudo y crónico

P. García-Martín<sup>a,\*</sup>, C. García-García<sup>a</sup>, J. Fraga<sup>b</sup> y A. García-Díez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

Recibido el 21 de abril de 2012; aceptado el 28 de octubre de 2012

Disponible en Internet el 16 de enero de 2013

### PALABRAS CLAVE

Anticuerpos antifosfolípido;  
Síndrome antifosfolípido;  
Lupus eritematoso sistémico;  
Lupus eritematoso cutáneo subagudo;  
Lupus eritematoso cutáneo crónico

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La prevalencia de anticuerpos antifosfolípido (AcaF) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) ha sido muy estudiada, pero no en pacientes con lupus eritematoso cutáneo (LEC). Determinamos la prevalencia de AcaF entre nuestros pacientes con LEC, y analizamos sus características clínicas y serológicas.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 182 pacientes con LEC subagudo (LECS) o crónico (LECC) que se hallaban en seguimiento en los últimos 5 años. Seleccionamos aquellos que presentaban uno o varios de los siguientes AcaF: anticoagulante lúpico (AL), anticuerpos anticardiolipina (ACA) y anticuerpos anti  $\beta$ 2-glicoproteína 1 (anti- $\beta$ 2-GPI), en 2 determinaciones, distanciadas al menos en 12 semanas. En el caso de los ACA y los anti- $\beta$ 2-GPI solo se incluyeron pacientes con titulaciones iguales o superiores a 40 unidades por ml.

**Resultados:** Obtuvimos una serie de 13 pacientes: 4 fueron clasificados como LECS y 9 como LECC. Siete cumplían criterios de LES y solo uno cumplía criterios de SAF. La prevalencia de AcaF fue del 38% entre los que cumplían criterios de LES, y del 3,65% entre los que no los cumplían. El AcaF más prevalente fue el AL, presente en 10 pacientes. Se detectaron Ac ANA en 12 pacientes y anti-dsADN en 11.

**Conclusiones:** La prevalencia de AcaF entre nuestros pacientes con LEC que no cumplían criterios de LES fue similar a la referida para la población general. Esto, junto a la fuerte asociación de la presencia de ANA y AcaF, cuestionaría la rentabilidad de determinar los AcaF en aquellos pacientes con LEC y ANA negativo. Además destaca que entre nuestros pacientes con LEC y AcaF existe una alta prevalencia de lesiones discoides y el desarrollo de SAF es poco frecuente.

© 2012 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pgarciamartin@aedv.es](mailto:pgarciamartin@aedv.es) (P. García-Martín).

**KEYWORDS**

Antiphospholipid antibodies;  
Antiphospholipid syndrome;  
Systemic lupus erythematosus;  
Subacute cutaneous lupus erythematosus;  
Chronic cutaneous lupus erythematosus

## Prevalence of Antiphospholipid Antibodies in Patients with Subacute and Chronic Cutaneous Lupus Erythematosus

**Abstract**

**Background and objectives:** The prevalence of antiphospholipid antibodies (APLAs) has been extensively studied in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) but not in those with cutaneous lupus erythematosus (CLE). We determined the prevalence of APLAs among our patients with CLE, and analyzed their clinical and serologic characteristics.

**Materials and methods:** This retrospective study analyzed 182 patients with subacute or chronic CLE who had been in follow-up for 5 years. We selected those positive for 1 or more of the following APLAs in 2 measurements at least 12 weeks apart: lupus anticoagulant (LA), anticardiolipin antibodies (ACAs), and anti- $\beta_2$ -glycoprotein I (anti- $\beta_2$ -GPI) antibodies. In the case of ACAs and anti- $\beta_2$ -GPI antibodies, only patients with titers greater than or equal to 40 U/mL were selected.

**Results:** We obtained a series of 13 patients (4 with subacute disease and 9 with chronic disease).

Seven met the diagnostic criteria for SLE and only 1 met the diagnostic criteria for antiphospholipid syndrome (APS). The prevalence of APLAs was 38% among patients with SLE and 3.65% among those without SLE. The most prevalent APLA was LA, present in 10 patients.

Antinuclear antibodies (ANAs) were detected in 12 patients and anti-double-stranded DNA antibodies in 11.

**Conclusions:** The prevalence of APLAs among our patients with CLE who did not meet the diagnostic criteria for SLE was similar to that reported in the general population. This, along with the strong association between the presence of ANAs and the presence of APLAs, would bring into question the value of determining APLAs in patients with CLE who are negative for ANAs. We also note that there was a high prevalence of discoid lesions but a low prevalence of APS among our patients with CLE who were positive for APLAs.

© 2012 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

**Introducción**

Los anticuerpos antifosfolípido (AcaF) son un grupo heterogéneo de inmunoglobulinas dirigidas contra fosfolípidos de membrana o contra complejos proteína-fosfolípido, involucrados en la aparición de los fenómenos trombóticos y pérdidas fetales recurrentes que aparecen en los pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF)<sup>1</sup>.

Existen múltiples anticuerpos, pero solo el anticoagulante lúpico (AL), los anticuerpos anticardiolipina (ACA) y los anticuerpos anti  $\beta_2$ -glucoproteína I ( $\beta_2$ -GPI) son los que se determinan de rutina en el laboratorio, y están incluidos entre los criterios diagnósticos de SAF<sup>2</sup>.

Estos anticuerpos pueden encontrarse entre el 1 y el 5% de los sujetos sanos, incrementándose su incidencia con la edad y la coexistencia de enfermedades crónicas<sup>3</sup>.

Aparecen principalmente en el curso de enfermedades del tejido conectivo, como el lupus eritematoso sistémico (LES), y están incluidos entre los criterios diagnósticos de LES<sup>4</sup>. Sin embargo, también pueden encontrarse en otras situaciones<sup>5</sup>. Diversos agentes infecciosos, neoplasias y diversos fármacos pueden inducir la aparición de AcaF de forma temporal, normalmente sin aparición de  $\beta_2$ -GPI, y solamente en raras ocasiones con potencial trombótico<sup>6,7</sup>.

La prevalencia de los AcaF entre los pacientes con LES ha sido estudiada en múltiples trabajos, encontrando en la literatura cifras variables que oscilan entre un 24<sup>8</sup> y un 60%<sup>9</sup>. Sin embargo, su presencia entre los pacientes con lupus eritematoso cutáneo (LEC) en sus diferentes variantes clínicas no ha sido tan estudiada. Existen pocos trabajos

que analicen su prevalencia, aportando además resultados contradictorios<sup>10-13</sup>.

Los objetivos de nuestro trabajo son determinar la prevalencia de AcaF entre nuestros pacientes con lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS) y lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC) y analizar sus características clínicas y serológicas.

**Material y método**

Realizamos un estudio longitudinal retrospectivo. Para ello revisamos nuestra base de datos encontrando 182 pacientes con LEC en seguimiento en nuestro Servicio desde enero de 2006 hasta diciembre de 2010.

Seleccionamos aquellos pacientes que cumplieran estos 2 criterios:

1. Presencia de uno o más de los siguientes AcaF: AL (determinado mediante análisis coagulométrico con el equipo ACL TOP 500, empleando como reactivo el kit Silica Clotting Time), ACA de tipo IgG o IgM y anti- $\beta_2$ -GPI de tipo IgG o IgM (determinados mediante ELISA). Se realizaron 2 determinaciones de cada uno de estos anticuerpos, distanciadas al menos 12 semanas, debiendo ser ambas positivas para incluir al paciente. Respecto a los ACA y los anti- $\beta_2$ -GPI solo se incluyeron pacientes con titulaciones iguales o superiores a 40 unidades por ml, en función de los criterios que se emplean actualmente para establecer el diagnóstico de SAF<sup>2</sup>.

2. Presencia de lesiones cutáneas específicas de LECS o LECC, excluyendo a los que solo habían presentado lesiones cutáneas de tipo agudo a lo largo de su evolución.

Para la definición de las lesiones cutáneas se siguieron los criterios clínicos e histológicos basados en la clasificación de Gilliam<sup>14</sup>, modificada por Walling y Sontheimer<sup>15</sup>: a) LEC subagudo: anular o papuloescamoso; y b) LEC crónico: discoide (localizado o generalizado), tímido, verrucoso, paniculitis, pernio o mucoso.

Algunos pacientes presentaron a lo largo de su evolución más de un tipo de lesión cutánea específica de lupus. En estos casos tomamos como referente para clasificarlos el tipo de lesión que apareció en primer lugar cronológicamente<sup>16</sup>.

De este modo obtuvimos una serie de 13 pacientes, en los que se estudiaron diferentes características clínicas (edad, sexo, tipo y localización de las lesiones cutáneas específicas de lupus, otras manifestaciones cutáneas asociadas, manifestaciones sistémicas y manifestaciones clínicas asociadas a SAF) y serológicas (presencia de anticuerpos antinucleares [ANA], anticuerpos antinucleares de doble cadena [anti-ds ADN], anti-Ro, anti-La, anti-RNP y anti-SM, y tipo de ACAF presente).

Así mismo, recogimos los pacientes que cumplían criterios diagnósticos de LES, siguiendo los criterios de la *American Rheumatism Association* (ARA)<sup>17,18</sup>, y de SAF siguiendo los criterios diagnósticos de Sydney (2006)<sup>2</sup>.

## Resultados

Detectamos la presencia de ACAF en 13 de nuestros 182 pacientes. De esos 182 pacientes 18 cumplían criterios de LES, siendo la prevalencia de ACAF entre ellos del 38,8% (7 pacientes), mientras que entre los 164 pacientes restantes que no cumplían criterios de LES tan solo el 3,65% (6 pacientes) los presentaba.

Estudiamos las características clínicas y analíticas de los 13 pacientes con ACAF diferenciando 2 grupos:

### Pacientes que cumplían criterios de lupus eritematoso sistémico (tabla 1)

#### Datos epidemiológicos

Cinco mujeres y 2 varones, con una edad media de 43,8 años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 15,85 años.

#### Manifestaciones cutáneas

Tres pacientes presentaron inicialmente lesiones de tipo subagudo (una anular y 2 psoriasiformes), desarrollando todos ellos a lo largo de su evolución lesiones de tipo crónico discoide (en un paciente localizadas y en 2 diseminadas). En los otros 4 pacientes las lesiones eran discoides desde el inicio (en 2 pacientes localizadas y en los otros 2 diseminadas). Algunos pacientes presentaron otras manifestaciones cutáneas no específicas de LE (tabla 1).

#### Manifestaciones sistémicas

Cuatro pacientes presentaron afectación hematológica (3 de ellos trombopenia y uno anemia hemolítica), 2 tenían

afectación renal (un paciente con proteinuria y otro con glomerulopatía tipo II B), 5 presentaron artritis y un único paciente desarrolló pleuritis.

En ninguno de estos 7 casos se observaron manifestaciones clínicas asociadas al SAF.

#### Datos serológicos

Los 7 pacientes presentaban anticuerpos ANA y Anti-dsADN. El ACAF más prevalente en este grupo fue el AL presente en 6 pacientes, seguido por los ACA de tipo IgM, presentes en 2 pacientes. Ningún paciente presentó anti-β2-GPI. Dos pacientes presentaron más de un ACAF.

### Pacientes que no cumplían criterios de lupus eritematoso sistémico (tabla 2)

#### Datos epidemiológicos

Cuatro mujeres y 2 varones, con una edad media de 45,5 años y un tiempo medio de evolución de su enfermedad de 5,33 años.

#### Manifestaciones cutáneas

Un paciente presentó lesiones de tipo subagudo anular y 5 lesiones de tipo crónico (4 de ellas discoides y una tímido). Además un paciente presentó otra manifestación cutánea no específica de LE (tabla 2).

#### Manifestaciones sistémicas

Fueron prácticamente inexistentes, detectándose en algunos pacientes artralgiás, sin llegar a presentar artritis.

Una paciente tuvo una pérdida fetal en el 4.º mes de embarazo, como manifestación clínica de SAF. Fue la única que cumplía criterios de SAF. Esta paciente presentaba en el cuero cabelludo una placa de alopecia cicatricial, de región central lisa y brillante y borde eritematoso y descamativo. Además en la región malar izquierda observamos una placa eritemato-violácea, edematosa, que evolucionó dejando una piel ligeramente atrófica e hiperpigmentación residual.

#### Datos serológicos

Cinco pacientes presentaron anticuerpos ANA, 4 pacientes presentaron anticuerpos anti-ds ADN. En este grupo, el AL también fue el ACAF más prevalente, presente en 4 pacientes, seguido por los ACA de tipo IgG, que se encontraron en 3 pacientes. Solo en la paciente que cumplía criterios de SAF se detectaron anticuerpos anti-β2-GPI de tipo IgG.

## Discusión

En la literatura existen múltiples publicaciones que analizan la presencia de ACAF en series de pacientes con LES y encuentran cifras muy variables, que oscilan entre un 24<sup>8</sup> y un 67%<sup>9</sup>. En uno de los últimos trabajos publicado por Petri<sup>4</sup> en 2010 el 47% de los pacientes presentaron ACA, el 32,5% anti-β2-GPI y el 26% AL<sup>4</sup>. En ellos se analizan múltiples variables clínicas, pero no hay muchas referencias a las lesiones cutáneas.

Por otro lado, no hay muchas publicaciones que analicen la presencia de ACAF en pacientes con lupus cutáneo,

**Tabla 1** Características clínicas y serológicas de los pacientes que cumplen criterios de lupus eritematoso sistémico

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Sexo	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Mujer	Mujer
Edad actual	36 años	36 años	59 años	36 años	42 años	48 años	50 años
Tiempo de evolución	19 años	20 años	19 años	18 años	11 años	9 años	5 años
Manifestaciones cutáneas específicas de lupus			Subagudo anular		Subagudo psoriasiforme		Subagudo Psoriasiforme
	Crónico discoide localizado	Crónico discoide localizado	Crónico discoide disseminado	Crónico discoide disseminado	Crónico discoide disseminado	Crónico discoide disseminado	Crónico
Otras manifestaciones cutáneas	Alopecia cicatricial	Eritema malar Fotosensibilidad Úlceras orales Úlceras en pulpejo Fenómeno de Raynaud Alopecia difusa	Alopecia cicatricial Alopecia difusa	Alopecia cicatricial Alopecia difusa	Eritema malar Fotosensibilidad Úlceras orales Úlceras en pulpejos Fenómeno de Raynaud		Discoide localizado Alopecia difusa
Manifestaciones sistémicas	Hematológicas Articulares	Articulares	Hematológicas	Hematológicas Articulares	Hematológicas Renales Articulares Pulmonares	Articulares	Renales
Manifestaciones clínicas de SAF	-	-	-	-	-	-	-
Alteraciones serológicas	ANA+	ANA+	ANA+	ANA+	ANA+	ANA+	ANA+
	Anti-dsADN+	Anti-dsADN+	Anti-dsADN+	Anti-dsADN+	Anti-dsADN+	Anti-dsADN+	Anti-dsADN+
	-	-	Anti-Ro+	Anti-Ro+	Anti-Ro+	-	Anti-Ro+
	AL+	AL+	AL+	AL+	ACA Ig M+	AL+	AL+
			ACA IgM+		ACA Ig G+		

ACA IgG: anticuerpos anticardiolipina de tipo IgG; ACA IgM: anticuerpos anticardiolipina de tipo IgM; AL: anticoagulante lúpico; ANA: anticuerpos antinucleares, Anti-dsADN: anticuerpos anti-ADN de doble cadena; Anti-Ro: anticuerpos anti-Ro; LES: lupus eritematoso sistémico; SAF: síndrome antifosfolípido.

**Tabla 2** Características clínicas y serológicas de los pacientes que no cumplen criterios de lupus eritematoso sistémico

Pacientes	8	9	10	11	12	13
Sexo	Mujer	Mujer	Varón	Varón	Mujer	Mujer
Edad	53 años	33 años	38 años	37 años	61 años	51 años
Tiempo de evolución	3 años	3 años	2 años	6 años	7 años	11 años
Manifestaciones cutáneas específicas de lupus					Subagudo anular	
	Crónico Discoide localizado Alopecia cicatricial	Crónico Discoide diseminado	Crónico Discoide localizado Alopecia cicatricial	Crónico Túmidos		Crónico Discoide diseminado
Otras manifestaciones cutáneas	-	-	-	-	-	Alopecia areata
Manifestaciones sistémicas	-	-	-	-	-	-
Manifestaciones clínicas de SAF	Pérdida en el 4.º mes de embarazo	-	-	-	-	-
Alteraciones serológicas	ANA+	ANA+	ANA+	ANA+	ANA+	-
	Anti-ds ADN+	Anti-ds ADN+	Anti-ds ADN+	Anti-ds ADN+	-	-
	Anti-Ro+	-	-	-	Anti-Ro+	-
	-	-	-	-	Anti-La+	-
	AL+		AL+	AL+	AL+	
	ACA Ig G+	ACA Ig G+	ACA Ig G+			ACA Ig M+
	Anti β2- GPI Ig G+					

ACA IgG: anticuerpos anticardiolipina de tipo IgG; ACA IgM: anticuerpos anticardiolipina de tipo IgM; AL: anticoagulante lúpico; ANA: anticuerpos antinucleares; Anti-β2-GPI IgG: anticuerpos anti β2-glicoproteína I de tipo IgG; Anti-dsADN: anticuerpos anti-ADN de doble cadena; Anti-La: anticuerpos anti-La; Anti-Ro: anticuerpos anti-Ro; LES: lupus eritematoso sistémico; SAF: síndrome antifosfolípido.

y las que existen ofrecen resultados muy dispares, posiblemente porque la metodología empleada en cada uno de ellos es diferente. En la mayoría de los trabajos se realiza una única determinación de anticuerpos, en lugar de 2 determinaciones separadas al menos 12 semanas, tal y como se recomienda actualmente<sup>2</sup>. Además los valores de los títulos de anticuerpos que consideran como positivos son diferentes en cada trabajo, y en muchas ocasiones inferiores a los empleados actualmente entre los criterios diagnósticos del SAF<sup>2</sup>. Por ello pensamos que existe una sobreestimación de la prevalencia de los ACAF entre los pacientes con LEC.

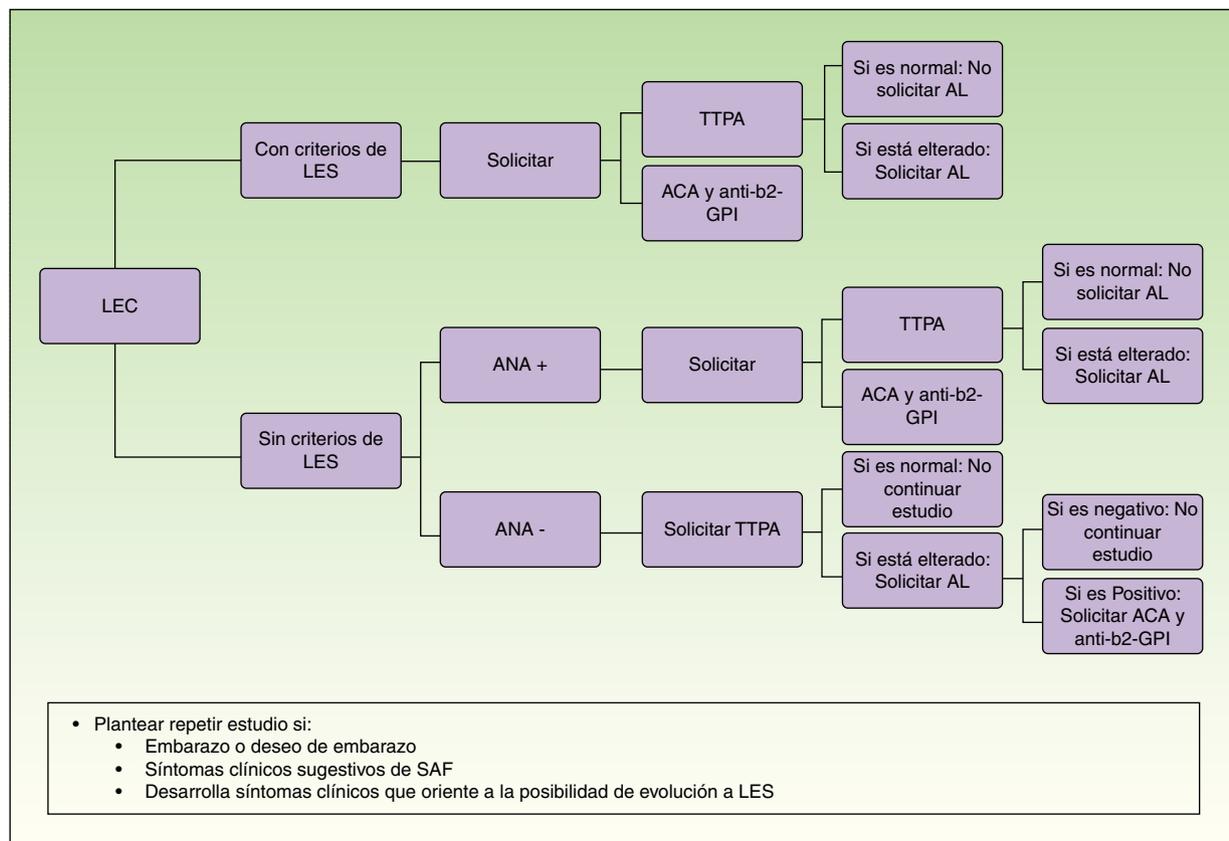
Los primeros trabajos que encontramos son del año 1992. Tebbe<sup>10</sup> estudió 67 pacientes que divide en 3 grupos: a) pacientes que cumplen criterios de LES; b) pacientes que no cumplen criterios de LES con lesiones cutáneas de tipo crónico; y c) pacientes que no cumplen criterios de LES con lesiones de tipo subagudo. Realizó una única determinación de los ACA, considerando como positivos títulos muy inferiores a los establecidos actualmente, y encontró una prevalencia elevada, casi del 40%, sin diferencias significativas entre los diferentes grupos. En el mismo año Kind et al.<sup>11</sup> estudiaron un grupo de 51 pacientes con LEC, estableciendo como positivos títulos de ACA iguales o mayores a 10 U/ml. Tres pacientes presentaban ACA, lo que supone una prevalencia del 5,8%.

También en 1992 Fonseca et al.<sup>12</sup> estudiaron un grupo de 44 pacientes con LECS. Realizaron 2 determinaciones de ACA espaciadas un mínimo de 6 meses, expresando los resultados de acuerdo con las recomendaciones del *Second International Anticardiolipin Standardization Workshop*. Encontraron la presencia de ACA en 7 de ellos (16%): 3 entre los 21 que cumplían criterios de LES (14,2%) y 4 entre los 23 que no los cumplían 4 (17,3%).

En 1995 Ruffati et al.<sup>13</sup> realizaron otro trabajo con 28 pacientes con LECC discoide que no cumplían criterios de LES. Realizaron una única determinación de ACA, encontrando que el 67,8% de ellos presentaban ACA IgG y el 50% de ellos de tipo IgM.

En 2010, Meuth et al.<sup>19</sup> publicaron un trabajo en el que realizaron determinación de ACA a 34 pacientes con LEC. No detallan la metodología empleada. El 5,9% de ellos presentaba ACA de tipo IgG y un 8,8% de ellos presentaba ACA de tipo IgM.

Como vemos existe gran disparidad entre los datos encontrados en la literatura con respecto a la prevalencia de ACAF entre los pacientes con LEC. Las cifras oscilan entre el 5,8<sup>11</sup> y el 68%<sup>13</sup>. Creemos que para poder conocer realmente la prevalencia de estos ACAF entre los pacientes con LEC sería necesario unificar los criterios empleados para definirlos como positivos en los diferentes estudios. En nuestra



**Figura 1** Algoritmo de aproximación diagnóstica. ACA: anticuerpos anticardiolipina; AL: anticoagulante lúpico; anti-β2-GPI: anticuerpos anti-β2-glucoproteína I; LEC: lupus eritematoso cutáneo; LES: lupus eritematoso sistémico; SAF: síndrome antifosfolípido; TTPA: tiempo de tromboplastina parcial activada.

serie hemos encontrado una prevalencia de AcaF entre los pacientes con LEC que cumplían criterios de LES del 38,8%, y estas cifras son similares a lo publicado en la literatura para los pacientes con LES<sup>4,8,9</sup>; mientras que entre los pacientes que no cumplían criterios de LES la prevalencia encontrada fue del 3,65%, y es similar a la referida en la población general<sup>3</sup>. Con estos datos podemos cuestionarnos la necesidad de la determinación de los AcaF en la batería inicial que realizamos en el estudio de todos nuestros pacientes con LEC.

La mayoría de nuestros pacientes con AcaF presentaba anticuerpos ANA+ (12 de 13 pacientes) y anti-ds ADN+ (11 de 13 pacientes). En el trabajo de Mayou<sup>20</sup> los anticuerpos ACA también estaban asociados a la presencia de ANA. En razón de esta asociación, creemos que los AcaF se deben solicitar en el estudio de todos los pacientes con LEC que presenten ANA positivos, ya que además están incluidos a día de hoy entre los criterios diagnósticos de LES<sup>18</sup>. Probablemente entre los pacientes con ANA negativo su determinación no sea rentable. En la [figura 1](#) planteamos un algoritmo de aproximación diagnóstica. Consideramos que en los pacientes con LEC que no cumplen criterios de LES y presentan ANA negativos sería conveniente determinar el tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA), y en el caso de que este se encontrase prolongado se debería solicitar el AL. Si el AL es positivo, sería conveniente solicitar también los ACA y los anti β2-GPI.

Entre las características clínicas de nuestros pacientes con AcaF encontramos un dato llamativo, la alta prevalencia de lesiones discoideas. Aunque el diagnóstico inicial fue de LECS o LECC en función de las lesiones con las cuales comenzó la enfermedad, 11 de los 13 pacientes presentaron lesiones de tipo discoide a lo largo de su evolución. Solo uno de los pacientes con LECS de tipo anular y el paciente con LECC tímido nunca presentaron este tipo de lesiones. No hemos encontrado en la literatura referencias a hallazgos similares, y dado el tamaño de nuestra muestra tampoco podemos afirmar que sea un hallazgo significativo.

En cuanto a la presencia de SAF sabemos que entre los pacientes con LES y AcaF, un 30% puede llegar a desarrollar SAF en 7 años, y la cifra aumenta al 50-70% en 20 años<sup>21</sup>. En nuestra serie solo uno de nuestros pacientes que no cumplía criterios de LES cumplía criterios de SAF. Se trataba de una mujer con lesiones de LECC discoide localizado y 3 AcaF (AL, ACA de tipo IgG y Anti β2-GPI de tipo IgG) que presentó una pérdida fetal en el 4.º mes de embarazo. En las series publicadas tampoco es frecuente el desarrollo de SAF en los pacientes con LEC y AcaF. Ruffatti<sup>13</sup> encontró entre sus pacientes con LEC discoide un único paciente que cumplía criterios de SAF. Se trataba de un varón con ACA de tipo IgG e IgM además de AL, que presentó un tromboembolismo pulmonar. Mayou<sup>20</sup>, que estudió un grupo de 52 pacientes con LEC discoide analizando la prevalencia de ANA y ACA, refería que en su serie los anticuerpos ACA se encontraban en títulos

bajos y no estaban asociados a una mayor tendencia trombótica. No podemos excluir que la baja incidencia de SAF en nuestra serie pueda deberse al tiempo de seguimiento, que a pesar de ser de 15,5 años en el grupo de pacientes que cumplen criterios de LES, es tan solo de 5,33 años en el grupo de pacientes que no cumplen criterios de LES. Sería preciso un mayor tiempo de seguimiento para valorar la incidencia real de SAF entre nuestros pacientes.

## Conclusiones

Hemos encontrado en nuestros pacientes con LEC (subagudo y crónico) que cumplen criterios de LES una prevalencia de AcaF del 38,8%, similar a la referida para los pacientes con LES. Como era esperable en pacientes con LEC sin afectación sistémica ni alteraciones inmunológicas acompañantes no se identificó una prevalencia de AcaF mayor que en la población general. Sin embargo, cuando las lesiones cutáneas se acompañan de ANA, con independencia del tipo de lesión (LECC o LECS), y aun en ausencia de enfermedad sistémica, la posibilidad de detectar AcaF es mayor y estaría justificada su determinación de forma rutinaria.

Además, destaca que entre nuestros pacientes con LEC y AcaF existe una alta prevalencia de lesiones discoides. Por último, el desarrollo de SAF es poco frecuente en estos pacientes.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- García-García C. Anticuerpos antifosfolípido y síndrome antifosfolípido: actitudes diagnósticas y terapéuticas. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:16–23.
- Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost.* 2006;4:295–306.
- Gezer S. Antiphospholipid syndrome. *Dis Mon.* 2003;49:696–741.
- Petri M. Update on anti-phospholipid antibodies in SLE: the Hopkins' Lupus Cohort. *Lupus.* 2010;19:419–23.
- Cervera R, Asherson RA. Clinical and epidemiological aspects in the antiphospholipid syndrome. *Immunobiology.* 2003;207:5–11.
- Leroy V, Arvieux J, Jacob MC, Maynard-Muet M, Baud M, Zarski JP. Prevalence and significance of anticardiolipin, anti-beta2 glycoprotein I and anti-prothrombin antibodies in chronic hepatitis C. *Br J Hematol.* 1998;101:468–74.
- Triplet DA. Many faces of lupus anticoagulants. *Lupus.* 1998;7:518–22.
- McMahon MA, Keogan M, O'Connell P, Kearns G. The prevalence of antiphospholipid antibody syndrome among systemic lupus erythematosus patients. *Ir Med J.* 2006;99:296–8.
- Tarr T, Lakos G, Bhattoa HP, Soltesz P, Shoenfeld Y, Szegedi G, et al. Clinical thrombotic manifestations in SLE patients with and without antiphospholipid antibodies: a 5-year follow-up. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2007;32:131–7.
- Tebbe B, Orfanos CE. Anticardiolipin-Antikörper beim kutanen lupus erythematosus. *Hautarzt.* 1992;43:130–3.
- Kind P, Schuppe HC, Jung KP, Degitz K, Lakomek HJ, Goerz G. Kutaner lupus erythematosus und kardioplin-antikörper. *Hautarzt.* 1992;43:126–9.
- Fonseca E, Alvarez R, González MR, Pascual D. Prevalence of anticardiolipin antibodies in subacute cutaneous lupus erythematosus. *Lupus.* 1992;1:265–8.
- Ruffatti A, Veller-Fornasa C, Patrassi GM, Sartori E, Tonello M, Tonetto S, et al. Anticardiolipin antibodies and antiphospholipid syndrome in chronic discoid lupus erythematosus. *Clin Rheumatol.* 1995;14:402–4.
- Gilliam JN, Sontheimer RD. Distinctive cutaneous subsets in the spectrum of lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol.* 1981;4:471–5.
- Walling HW, Sontheimer RD. Cutaneous lupus erythematosus: issues in diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10:365–81.
- Albrecht J, Taylor L, Berlin JA, Dulay S, Ang G, Fakhrazadeh S, et al. The CLASI (Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index): an outcome instrument for cutaneous lupus erythematosus. *J Invest Dermatol.* 2005;125:889–94.
- Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1982;25:1271–7.
- Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1997;40:1725.
- Meuth AM, Amler S, Haust M, Bein D, Sauerland C, Köpcke W, et al. A database analysis of cutaneous lupus erythematosus with the EUSCLE Core Set Questionnaire. *Acta Derm Venereol.* 2010;90:386–94.
- Mayou SC, Wojnarowska F, Lovell CR, Asherson RA, Leigh IM. Anticardiolipin and antinuclear antibodies in discoid lupus erythematosus- their clinical significance. *Clin Exp Dermatol.* 1988;13:389–92.
- Levine JS, Branch DW, Rauch J. The antiphospholipid syndrome. *N Eng J Med.* 2002;346:752–63.