



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



FORO DE RESIDENTES

FR-¿Dónde posicionamos la combinación de antipalúdicos en el manejo del lupus eritematoso cutáneo refractario?



Where Should We Position Antimalarial Drug Combinations in the Management of Refractory Cutaneous Lupus Erythematosus?

I. Pérez-López*, A. Martínez-López, J. Tercedor-Sánchez y R. Ruiz-Villaverde

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España

PALABRAS CLAVE

Lupus cutáneo;
Tratamiento;
Antimaláricos;
Quinacrina

KEYWORDS

Cutaneous lupus;
Treatment;
Antimalarials;
Quinacrine

En la mayoría de los pacientes con lupus eritematoso cutáneo, el tratamiento tópico con corticoides de alta potencia o inhibidores tópicos de la calcineurina en combinación con antipalúdicos de síntesis consigue un control satisfactorio de la enfermedad. Sin embargo, el manejo de los casos refractarios supone un auténtico desafío en

la práctica clínica habitual. Las series y ensayos clínicos publicados son ciertamente escasos y hasta el desarrollo y reevaluación del Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index (CLASI) en 2007, no hemos dispuesto de una estimación objetiva de la gravedad de la enfermedad¹.

Dentro de las terapias más comúnmente utilizadas en los casos refractarios destacan el metotrexate, el acitretino (con mayor nivel de evidencia), el micofenolato mofetilo o la dapsona. Sin embargo, una opción no siempre contemplada a pesar de sus buenos resultados terapéuticos es la combinación de los antipalúdicos convencionales (cloroquina [CQ] e hidroxiclороquina [HDQ]) con quinacrina (Qn).

La Qn, escasamente empleada por tener que solicitarse como medicación extranjera para su uso, es eficaz tanto en monoterapia como en combinación con otros antimaláricos. González-Sixto et al.², presentaron en 2010 una serie retrospectiva de 8 casos con resultados más que satisfactorios, utilizando la Qn en terapia combinada en diferentes formas de lupus eritematoso cutáneo. La CQ y la HDQ presentan un perfil terapéutico y de toxicidad ocular similar, por lo que no se recomienda su uso de forma conjunta. Sin embargo, la Qn presenta la ausencia de toxicidad retiniana como ventaja terapéutica. Como contrapartida, entre sus efectos secundarios está el riesgo de anemia aplásica, grave y potencialmente letal. Por ello se deben realizar hemogramas periódicos trimestrales para identificar la

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ipl.elmadrone@hotmail.com
(I. Pérez-López).

fase hipocelular de la anemia aplásica, la cual se resuelve al suspender el fármaco, y que en ocasiones se asocia a erupciones liquenoides inespecíficas que la preceden.

Hay varias series de casos descritas en la literatura sobre el uso combinado de antipalúdicos de síntesis, pero la pauta comúnmente aceptada es la propuesta por McCune y González-Rivera³ en 2001: HDQ (dosis no superiores a 6,5 mg/kg/día) combinada con Qn (dosis de 100 mg/día), si es necesario, y si tras 6-8 semanas de combinación no se observa una respuesta terapéutica adecuada sustituye la HDQ por CQ (dosis inferiores a 3,5 mg/kg/día) manteniéndola con la Qn. Recientemente, Rodríguez-Caruncho y Bielsa, en un editorial⁴, nos recuerdan las verdades de esta asociación, y apuntan una serie de cuestiones que quedan pendientes de responder: ¿Hay un periodo de tiempo límite en el uso de esta combinación o se pueden realizar periodos de vacaciones terapéuticas? ¿Por qué no se ha estudiado el efecto cardioprotector de la Qn suficientemente? ¿Hay un riesgo adicional en esta combinación? ¿La Qn puede potenciar otros efectos secundarios de la HDQ?⁵.

Por todo lo expuesto anteriormente, y en virtud de nuestra experiencia personal creemos que es necesario reposicionar la combinación de antipalúdicos en el manejo del lupus eritematoso cutáneo refractario a tratamiento

convencional como paso previo al uso de otros inmunosupresores o retinoides sistémicos.

Bibliografía

1. 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.
2. González-Sixto B, García-Doval I, Oliveira R, Posada C, García-Cruz MA, Cruces M. Quinacrine in the treatment of cutaneous lupus erythematosus: Practical aspects and a case series [Article in Spanish]. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:54-8.
3. McCune WJ, González-Rivera T. Should very low doses of hydroxychloroquine and quinacrine be employed in combination for long-term maintenance of remission in systemic lupus to reduce the risk of ocular toxicity? *Curr Opin Rheumatol.* 2015;27: 213-5.
4. Rodríguez-Caruncho C, Bielsa I. Antipalúdicos en dermatología: mecanismo de acción, indicaciones y efectos secundarios. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:243-52.
5. Vidal D, Altés J, Smandia JA. Coloración amarillenta inducida por quinacrina en una paciente con lupus eritematoso cutáneo. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:89-90.