

## Vasculitis Renal Lupica con Debut De Psoriasis

### Lupus Renal Vasculitis with Onset of Psoriasis

Juan Fernando Gálvez Vallejo <sup>1</sup>[0000-0002-8566-4302], Pablo Esteban Zumba Tenesaca <sup>1</sup>[0009-0008-7860-9373],  
Cecibel Johanna Salamea Sarmiento <sup>1</sup>[0009-0004-1102-3096]

<sup>1</sup> Hospital Monte Sinai. Cuenca. Ecuador

<sup>2,3</sup> Universidad Católica de Cuenca (UCACUE),

Unidad Académica de Salud y Bienestar, Av. de las Américas y Humboldt 010107. Cuenca. Ecuador

<sup>1</sup> dr.juanfgalvez@gmail.com , <sup>2</sup> pablitozumba@gmail.com, <sup>3</sup> ceci\_jss@hotmail.com

Salud ConCiencia  
ISSN: 2953-5247

Recibido: 2023-08-22

Revisado: 2023-09-01 al 2023-09-18

Corregido: 2023-10-01

Aceptado: 2023-10-08

Publicado: 2023-10-14



Los contenidos de este artículo están bajo una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) Los autores conservan los derechos morales y patrimoniales de sus obras.

The contents of this article are under a Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license. The authors retain the moral and patrimonial rights of their works.

#### Resumen

**Introducción:** La vasculitis renal lúpica con debut de psoriasis por ser una enfermedad de poca incidencia de casos, no cuenta con estudios significativos, su diagnóstico en su mayoría es infrecuente. Con el presente trabajo de investigación se pretende el análisis de caso de paciente con diagnóstico de enfermedad antes mencionada, con el fin de conocer el proceso de enfermedad de la paciente, la misma que tuvo un diagnóstico inicial de psoriasis y posterior vasculitis lúpica.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 37 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, presenta cuadro clínico de 10 años de evolución, caracterizado por lesiones generalizadas, presentándose en extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores, acude a reumatología presentando elevación de reactantes de fase aguda, ANA positivo. La biopsia de piel reporta lesiones psoriasiformes. Posterior acude nuevamente a consulta presentando astenia, edema, fiebre, alteración de la función renal, reactantes de fase aguda elevados y biopsia renal reporta vasculitis de pequeños vasos pauciinmune, siendo tratada con corticoesteroides e inmunosupresores, manteniendo en remisión.

**Conclusión:** La vasculitis renal lúpica con psoriasis, es una asociación infrecuente, como consecuencia de un deficiente estudio de esta, provoca retardado en el diagnóstico y por ende afección significativa del sistema renal en los pequeños y medianos vasos.

**Palabras Clave:** lupus vasculitis, psoriasis, systemic lupus erythematosus.

#### Abstract

**Introduction:** Lupus renal vasculitis with the onset of psoriasis is a disease with a low incidence of cases and lacks significant studies, its diagnosis is mostly infrequent. This research work aims to analyze the case of a patient diagnosed with the aforementioned disease, in order to understand the patient's disease process, which initially had a diagnosis of psoriasis and later lupus vasculitis.

**Clinical case:** A 37-year-old female patient, with no significant pathological history, presents with a clinical picture of 10 years of evolution, characterized by generalized lesions, presenting in the upper extremities, trunk and lower extremities. She goes to rheumatology with elevated acute phase reactants, ANA. positive. The skin biopsy reports psoriasiform lesions. Subsequently, she went to the clinic again presenting asthenia, edema, fever, altered renal function, elevated acute phase reactants, and renal biopsy reported pauci-immune small vessel vasculitis, being treated with corticosteroids and immunosuppressants, maintaining her in remission.

**Conclusion:** Lupus renal vasculitis with psoriasis is an infrequent association, as a result of a deficient study of this, it causes delay in diagnosis and therefore significant affection of the renal system in small and medium vessels.

**Keywords:** lupus vasculitis, psoriasis, systemic lupus erythematosus.

**Como citar:** Gálvez Vallejo JF, Zumba Tenesaca PE, Salamea Sarmiento CJ. Vasculitis Renal Lupica con Debut De Psoriasis. Salud ConCienc. [Internet]. 14 de octubre de 2023 [citado 15 de octubre de 2023];2(2):e34. <https://doi.org/10.55204/scc.v2i2.e34>

## INTRODUCCION

La psoriasis, se asocia con varias morbilidades conjuntas, siendo rara la coexistencia en enfermedades autoinmunes, sin embargo, la patología más frecuente, es el lupus eritematoso sistémico (LES), que es una enfermedad autoinmune la cual afecta a varios órganos como corazón, pulmones, piel y los riñones, recayendo sobre el sexo femenino en edad fértil(1).

La incidencia de estos casos es rara y aislada, por lo que se desconoce un porcentaje exacto a nivel mundial(1), en América Latina existe escasa investigación de casos, de igual forma sucede en Ecuador, por ende no existe un registro fiable de reportes debido a la deficiente aplicación investigativa en la población, sin embargo, por estudios efectuados se conoce que comúnmente ésta enfermedad se presenta en pacientes de sexo femenino y de raza blanca. En la actualidad y en referencia a la patogenia, ha destacado que la psoriasis y el lupus comparten la vía TH17 de sobrerregulación, elevando la IL 17, IL22 e IL23(1-3).

Las vasculitis son el resultado de las complicaciones del LES, siendo la más frecuente la vasculitis renal, esta es una enfermedad poco común que presenta complicación y afección directa sobre vasos sanguíneos renales, desencadenado una enfermedad renal terminal, su diagnóstico en muchos de los casos es tardío y por ende el tratamiento es costoso o no se cuenta con el mismo en las instituciones médicas, por lo que a largo plazo se podría evidenciar nuevas afecciones (2-4).

El diagnóstico se realiza mediante el examen físico y exámenes complementarios como la de biopsia de piel en el caso de la psoriasis y de riñón en la vasculitis, esta última es el estándar de oro para definir la gravedad de la lesión y el tratamiento oportuno, morfológicamente se encuentra un patrón típico en semiluna con necrosis fibrinoide, clásica de la vasculitis de pequeños vasos, reportando como diagnostico frecuente, una glomerulonefritis pauciinmune. El riesgo de mortalidad de los pacientes aumenta ya que puede progresar a una enfermedad renal terminal si no se diagnostica y trata oportunamente (2-6).

El tratamiento se basa principalmente en tratar la afección del órgano diana, en experiencia de informes de casos y otras enfermedades autoinmunes, por lo general corticoesteroides en dosis elevadas, inmunosupresores como la ciclofosfamida o rituximab mientras que en la fase de mantenimiento se recomienda dosis bajas de esteroides con micofenolato o azatioprina, también es oportuna la plasmaféresis con la cual se evidencia mejor recuperación y menor afectación renal, no obstante, el tratamiento debe adaptarse a la gravedad y a la presentación de cada caso (2-7).

Finalmente, el objetivo principal del presente trabajo investigativo es presentar un caso clínico sobre la vasculitis renal lúpica con debut de psoriasis.

### **Psoriasis**

La psoriasis es una dermatosis de mayor prevalencia de la piel que debuta con lesiones escamo-eritematosas producto de la hiperproliferación de los queratinocitos teniendo periodos de remisión y reagudización, no es una patología contagiosa. Sin embargo, no es frecuente que este asociado a enfermedades autoinmunitarias, un ejemplo de ello es el lupus eritematoso sistémico (8).

En la gran mayoría de pacientes se diagnostica mediante la clínica como antecedentes familiares, examen físico completo de uñas y piel, pudiendo evidenciar diversos hallazgos, siendo el principal la

psoriasis vulgar, presente en el 90% de todos los casos, caracterizado por placas pruriginosas bien delimitadas, eritematosas y con escamas plateadas en extremidades y tronco. Las lesiones pustulosas se pueden encontrar en las plantas de los pies y manos, la psoriasis inversa afecta pliegues de piel como, axilar, inframamaria, interglutea y genital. En algunas ocasiones el diagnóstico de psoriasis no es conciso por la presentación atípica por lo que es necesario una biopsia de piel (9).

Por lo general el tratamiento es a largo plazo, dependiendo de la gravedad del cuadro que puede ser leve o grave, la afectación de la superficie corporal y por último la respuesta a dicho tratamiento (9-10).

- **Metotrexato:** vía oral, subcutánea o intramuscular la dosis inicial es de 7.5 a 10 miligramos semanales, pudiendo elevar hasta un máximo de 25 miligramos a la semana, la cual permite la inhibición del dihidrofolato reductasa, bloquea la biosíntesis de las purinas induciendo la apoptosis linfocitaria (9-10). Efectos secundarios: náusea, leucopenia y elevación de enzimas hepáticas, a pesar de su teratotoxicidad es el fármaco de primera línea.
- **Ciclosporina:** vía oral, con dosis de 2.5 a 5 miligramos por kilogramo, durante 10 a 16 semanas, disminuyendo la dosis progresivamente para prevenir recaída, este fármaco inhibe las células T del grupo de los inhibidores de la calcineurina (9-10). Efectos secundarios: hipertensión, toxicidad renal debido a la duración del tratamiento y cáncer de piel tipo no melanoma.
- **Acitretina:** vía oral con dosis de 0.3 a 0.5 miligramos por kilogramo al día, con dosis máxima de 1 miligramo por kilogramo al día. Efectos secundarios: conjuntivitis, hepatitis, queilitis y teratogenicidad (9-10).

### **Vasculitis Renal asociado a Lupus Eritematoso Sistémico**

El lupus eritematoso sistémico forma parte de las enfermedades crónicas autoinmunes, frecuente en mujeres, teniendo una amplia variabilidad de manifestaciones en diferentes órganos, la más común es el daño renal, con una predisposición genética, factores ambientales, anomalía inmunitaria, estudios informan que los rayos ultravioletas son desencadenantes fomentando la apoptosis del queratinocito y el daño en la piel (11-12)

Las vasculitis son un grupo caracterizado de varias enfermedades, debido a la inflamación en la pared de los vasos sanguíneos, provocando isquemia sangrado o necrosis, esta puede ser primaria o asociada a una patología como el lupus eritematoso sistémico, categorizadas por el tamaño de los vasos afectados, predomina la afección renal, existiendo mayor severidad de la enfermedad sobre este órgano. Aquellos pacientes con ANCA negativos suelen presentarse con una enfermedad menos agresiva o incluso con limitado daño a los riñones (11-12).

Para empezar, se debe evaluar la historia clínica, exámenes complementarios y la exploración física teniendo manifestaciones inespecíficas como fiebre, astenia, sudoración, artralgias, mialgias, pérdida de peso, además que las vasculitis afectan a cualquier órgano por lo que las manifestaciones son diversas. En el caso de afectación renal (pequeños vasos), podemos encontrar proteinuria, hematuria, edema,

hipertensión y un deterioro de la filtración glomerular (11).

La sospecha de vasculitis renal asociada a lupus se debe realizar por histología ya que ayuda no solo para el diagnóstico sino también para el pronóstico de la enfermedad. En la vasculitis renal, la histología frecuente es la glomerulonefritis semilunar, necrotizante segmentaria y focal, formación de semilunas con proliferación extracapilar de características pauciinmune, no cuenta con depósitos inmunocomplejos (13-14).

Para el tratamiento no existe mucha orientación ni pautas y el manejo se lo realiza en base a la afectación de la vasculitis, no existen datos actuales, pero se debe inducir: la remisión, fase de mantenimiento y monitorización para controlar la enfermedad de manera adecuada (13).

- **Metilprednisolona:** 7 a 15 miligramos por kilogramo, vía intravenosa, con dosis máxima de 0.5 a 1 gramo al día durante 3 días, además de prednisona de 1 miligramos por kilogramo al día, vía oral, con dosis máxima de 60 miligramos al día, durante un mes (7-15).
- **Ciclofosfamida:** dosis de 1.5 miligramos a 2 miligramos por kilogramo vía oral, o 0.5 a 1 gramo vía intravenosa una vez al mes, en un periodo entre 3 a 6 meses.
- **Rituximab:** dosis de 375 miligramos a la semana durante un mes o dos gramos cada 14 días por vía intravenosa (7-15).
- **Azatioprina;** dosis de 2 miligramos por kilogramo al día, vía oral de 12 a 24 meses, asociado a glucocorticoides con pauta de disminución progresiva.
- **Metotrexato:** dosis de 0.3 miligramos por kilogramo a la semana, hasta máximo de 15 miligramos vía oral, dosis máxima 15 miligramos semanales, contraindicación en embarazo y en tasa de filtración glomerular debajo de 50ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, en estos pacientes se debe administrar suplementos de ácido fólico (7-15).

## 2. CASO CLINICO

Paciente de 37 años de edad, de sexo femenino, acude a consulta en octubre de 2020, refiriendo cuadro clínico de 10 años de evolución, caracterizado por lesiones generalizadas, en extremidades superiores e inferiores, tórax, abdomen sin diagnóstico, por lo que se refiere a reumatología al no definir diagnóstico ni tratamiento y por presentar exámenes de laboratorio con elevación de reactantes de fase aguda y ANA positivo 1/340 patrón nucleolar y al no tener datos clínico concluyentes por el momento de un lupus sistémico se le realiza biopsia de piel,(Reporte 1) con resultado de lesiones psoriasiformes, por la poca respuesta a tópicos se decide iniciar metotrexato a dosis de 25 miligramos vía intramuscular semanalmente, disminuyendo a 15 miligramos, con respuesta completa a los 3 meses. Se mantiene en remisión por 2 años con metotrexato.

En el mes de junio del 2023 paciente acude nuevamente a consulta, refiriendo astenia marcada, fiebre mayor a 38 grados centígrados, edema en miembros inferiores, por lo que se decide realizar exámenes complementarios (Tabla 1) reportando: alteración de la función renal, reactantes de fase aguda elevados, sistema del complemento disminuido, ANA positivo, por lo que se decide realizar biopsia renal (Reporte

2), reportando vasculitis de pequeños vasos pauciinmune.

Con todos los resultados se llega a la conclusión de un lupus eritematoso sistémico, vasculitis renal lúpica, psoriasis por lo que se decide iniciar tratamiento con pulsos de metilprednisolona 3 gramos, ciclofosfamida 1 gramo, dosis reducción de prednisona a 0.3mg/kg/día.

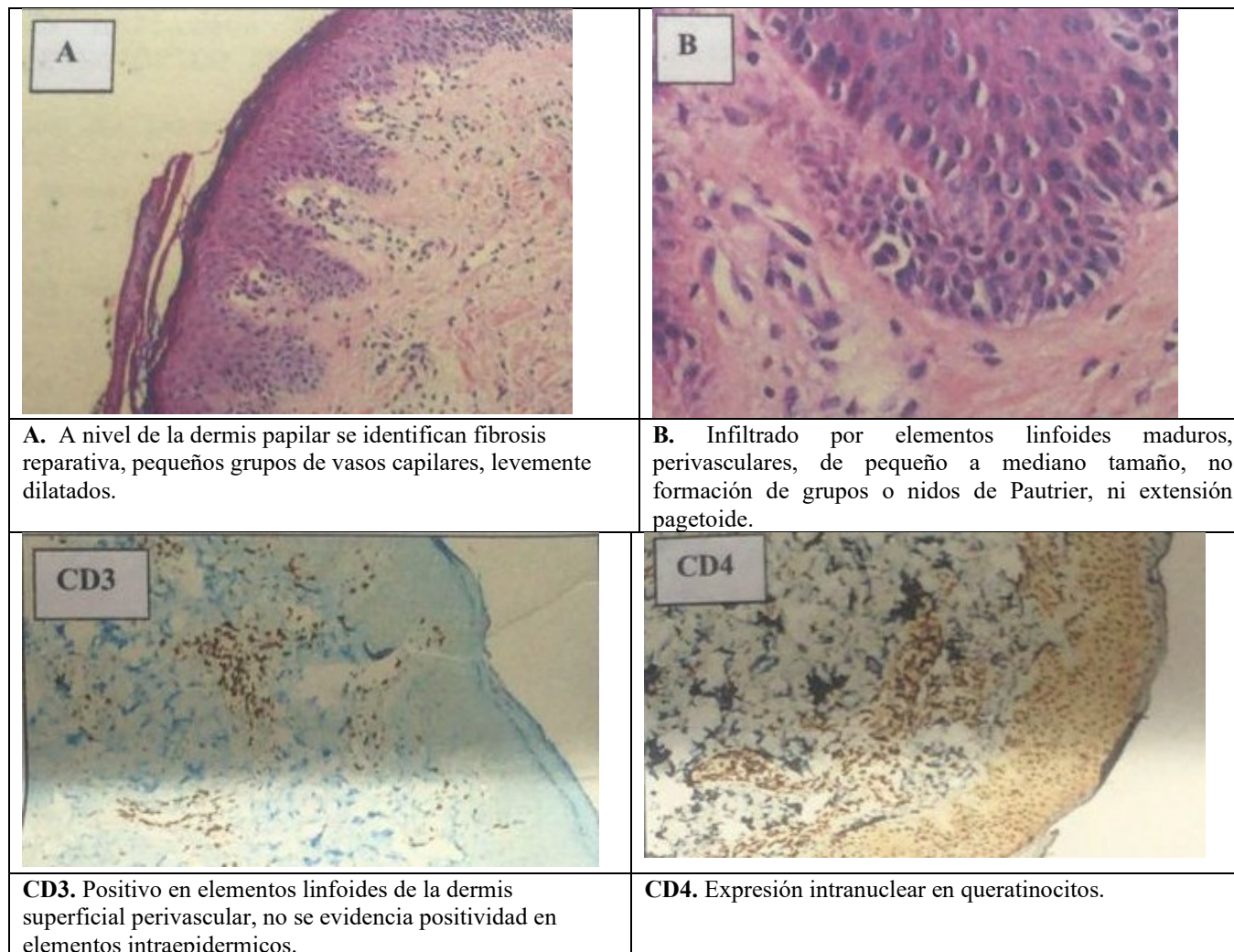
Valoramos a los tres meses de evolución con función renal normal: proteinuria 300mg/24horas en proceso de remisión. (Tabla 2) (se debe evaluar a los 6 meses, respuesta completa, parcial o no respuesta al tratamiento).

**Tabla 1.** Resultado de exámenes de laboratorio

EXÁMENES	JUNIO	2023
<b>SEROLOGÍA</b>	RESULTADOS	VALOR DE REFERENCIA
VSG	140	Menor a 12mm/h
PCR	165	Menor a 5mg/l
<b>BIOQUÍMICA</b>	RESULTADOS	VALOR DE REFERENCIA
CREATININA	2.3	10-50mg/dl
UREA	90	0.50-1.00 mg/dl
EMO PROTEINAS	500	
PROTEINURIA 24 HORAS	0.5 GRAMOS	Menor a 150mg/14h
<b>INMUNOLOGÍA Y AUTOINMUNIDAD</b>	RESULTADOS	VALOR DE REFERENCIA
ANA PATRÓN NUCLEOLAR	1/340	
ANA PATRÓN PERINUCLEAR	1/340	
ANTICUERPOS ANTINEUTROFILOS	NEGATIVO	
<b>EXÁMENES</b>	10 DE AGOSTO	2023
<b>BIOQUÍMICA</b>	RESULTADOS	VALOR DE REFERENCIA
10/08/23		
CREATININA	1.07	10-50mg/dl
UREA	35	0.50-1.00 mg/dl
<b>SEROLOGÍA</b>	RESULTADOS	VALOR DE REFERENCIA
10/08/23		
VSG	18	Menor a 12mm/h
PCR	3	Menor a 5mg/l
<b>HEMATOLOGÍA</b>	RESULTADOS	VALOR DE REFERENCIA
10/08/23		
HEMOGLOBINA	12	12-14
PLAQUETAS	513.000	150-400
LEUCOCITOS	10	4.50-10.00
<b>INMUNOLOGÍA</b>	RESULTADOS	VALOR DE REFERENCIA
COMPLEMENTO C3	68	88-201mg/dL
COMPLEMENTO C4	10	15-45 mg/dL
ANTICUERPOS ANTINEUTROFILOS C Y P	NEGATIVO	
ANTI DNA	NEGATIVO	
ANTICUERPO ANTINUCLEAR	1/320 homogéneo	

### Reporte 1: Biopsia piel (descripción microscópica)

Las secciones histológicas muestran epidermis severamente afectada, con cambios regenerativos en los queratinocitos, acantosis, espongiosis difusa, hipergranulosis, elongación de las crestas epidérmicas, y paraqueratosis gruesas, no se observa neutrófilos en el espesor epidérmico.



**Ilustración 1.** Biopsia piel (descripción microscópica)

#### Resultado:

- Dermatitis de patrón de lesiones psoriasiformes.
- Sugiere descartar uso de medicamentos, alergias, o búsqueda de lesiones de síndrome paraneoplásico.

#### Reporte 2: Biopsia Renal (Descripción Microscópica)

No hay formación de dobles contornos por duplicación de membranas basales. Hay escasas zonas de hiper celularidad endocapilar, predominantemente segmentaria, así como expansión de la matriz y proliferación mesangial focal. Existen cuatro glomérulos (20%) en los que se observan lesiones proliferativas extracapilares activas (semilunas celulares y fibrocelulares), con necrosis fibrinoide, leucoestasis. El intersticio tiene parches de fibrosis con atrofia tubular asociada que afectan a una superficie cortical aproximada al 20% (grado 1). Existe infiltrado inflamatorio conformado por linfocitos, células plasmáticas, neutrófilos y escasos eosinófilos en las áreas de fibrosis, con extensión al intersticio residual y a algunas paredes tubulares. El epitelio de revestimiento tubular muestra cambios regenerativos moderados, con aplanamiento y pérdida multifocal de las células de revestimiento, así como cilindros proteináceos intraluminales. Los vasos arteriolares preglomerulares, intersticiales y las arterias de pequeño

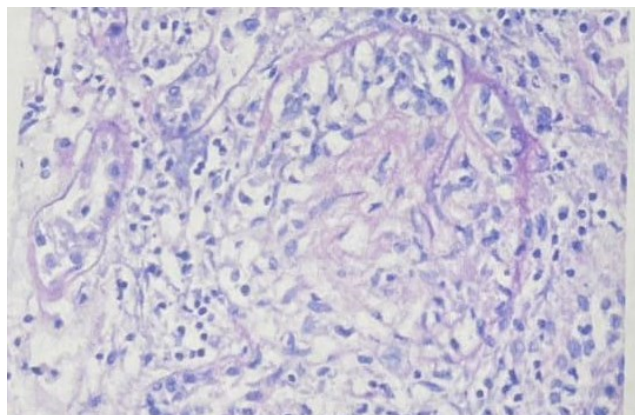
calibre son morfológicamente normales.

El resultado del estudio fue el siguiente:

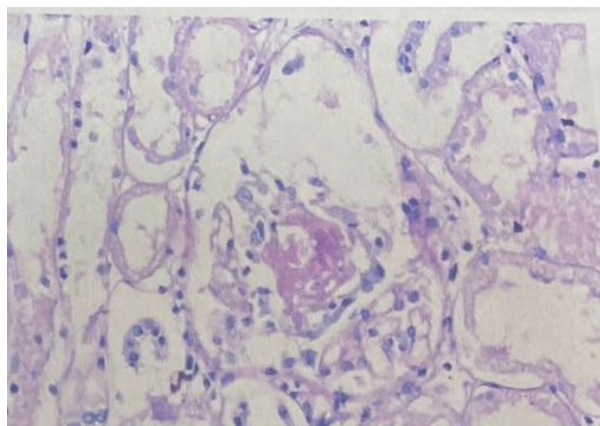
**IgG:** Negativo.

**IgA:** Negativo.

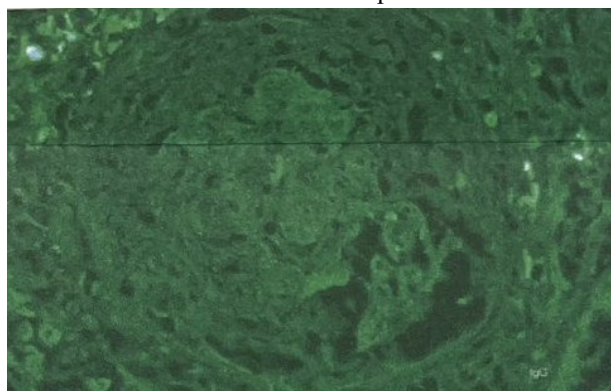
**IgM:** Positivo en forma de filamentos mesangiales (depósito inespecífico)



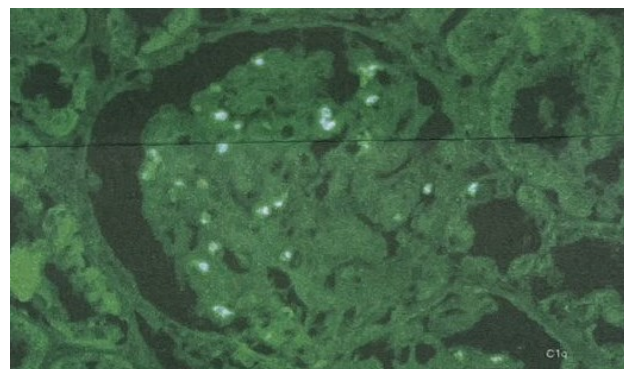
a. PAS 40X. Proliferación extra capilar activa.



b. PAS.40X Necrosis Fibrinoide.



c. IGG.40X



d. CIq.40x

### Ilustración 2. Biopsia Renal (Descripción Microscópica)

#### Resultado:

- Glomerulonefritis proliferativa extracapilar (activa de tipo paucimune, con lesiones necrosantes fibrinoides).
- Cambios regenerativos moderados del epitelio.
- Fibrosis intersticial grado I (20%).

#### Tabla 2. Resultado De Exámenes De Laboratorio

EXÁMENES	CONTROL	
<b>HEMATOLOGÍA</b>	RESULTADOS	VALOR DE REFERENCIA
<b>LEUCOCITOS</b>	9.27	4.50-10.00
<b>HEMOGLOBINA</b>	12.4	13.3-16.3
<b>PLAQUETAS</b>	439.000	150-400
<b>BIOQUÍMICA</b>	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
<b>UREA</b>	39	10-50mg/dl
<b>CREATININA</b>	0.94	0.50-1.00 mg/dl
<b>GLUCOSA</b>	89 mg/dl	70/110 mg/dl
<b>PROTEÍNAS/24H</b>	397.6	Menor a 150mg/14h
<b>SEROLOGÍA</b>	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
<b>VSG</b>	17	Menor a 12mm/h
<b>PCR</b>	2.15	Menor a 5mg/l

**Evolución de Paciente****Ilustración 3.** Evolución del paciente

En la actualidad existen escasos datos de la coexistencia entre psoriasis y lupus eritematoso sistémico siendo infrecuente, solamente se ha mencionado en algunas series de casos, por otra parte estas enfermedades tiene como victimas a personas de sexo femenino, predominando en la raza blanca, aunque se ha podido demostrar similitudes en el mecanismo patogénico, su frecuencia es inusual, las vasculitis son frecuentes en el lupus sobre todo afectando a medianos y pequeños vasos.

Algunas vasculitis de aquellos pacientes que presentan ANCA negativo, tienen una enfermedad con menor agresión y limitada al riñón, a comparación de los pacientes que tienen ANCA positivo, ya que pueden tener el síndrome renopulmonar.

Tselios et al.(16) en un estudio realizado en Canadá, Toronto de 1832 pacientes, 832 personas tenían manifestaciones cutáneas diagnosticando a 63 pacientes con psoriasis, 49 de ellas eran mujeres y 14 hombres, sin embargo, estos pacientes debutaron con lupus eritematoso sistémico. Por su parte, García et al. (1) nos cita, que, en un estudio multicéntrico de 9.420 personas con psoriasis, solamente el 0.69% se asociaba a lupus, y el 1.1% ya tenían lupus eritematoso sistémico previamente. Por otra parte, indica que

en un estudio multicéntrico de personas con psoriasis y LES hubo 96 casos reportados en 23 años, representando que la frecuencia entre lupus y psoriasis se daba en 0.017% por año, predominando en mujeres de raza blanca.

Karimifar et al. (17) en un estudio realizado a 148 personas con LES de los cuales 142 eran mujeres y 6 eran hombres, diagnosticaron a 6 personas con psoriasis de los cuales 2 eran hombres y 4 mujeres. Además, recalca que tienen un punto en común, las células Th1 y Th2 helper. Por su lado

García et al por su parte destaca que estas dos enfermedades comparten la vía TH17, elevando las interleuquinas 17, 22 y 23.

Las primeras indicaciones para realizar una biopsia renal son los hallazgos de hematuria, proteinuria, creatinina sérica más de 1.5 veces mayor a la inicial(4). En estudio multicéntrico realizado en Italia, se reportó 285 biopsias renales en las cuales el 27% correspondían a lesiones vasculares y el 2.8% una vasculitis verdadera, encontrando necrosis segmentaria con necrosis fibrinoide, siendo la lesión típica de la vasculitis lúpica (18).

En un estudio chino se analizó las biopsias de 341 pacientes y se encontró que el 81.8% personas presentaba lesiones vasculares renales, el 74.2% presentaban depósitos complejos inmunes, describiendo infiltración de la íntima y la media de forma inflamatoria, con lesiones glomerulares y necrosis fibrinoide,(2) empero Khil et al. (13) refiere que las muestras de biopsia de vasculitis verdadera, se presentan como glomerulonefritis rápidamente progresiva, con forma semilunar necrotizante paucimune, con nulos o escasos depósitos inmunes, sucede lo contrario con la nefritis lúpica, donde es clásico encontrar depósitos voluminosos de complejos inmunes, en forma de medialunas con proliferación endocapilar y extracapilar.

Para el tratamiento en una revisión Cocharane publicada en el año 2004, indicó que el micofenolato tenía una remisión completa de la enfermedad, comparado con la ciclofosfamida. Leone et al recomienda que ante un cuadro leve a moderado se utilice inmunosupresor como azatioprina, metotrexato o micofenolato en conjunto con corticoesteroides orales, en un cuadro grave corticoides intravenosos en dosis altas, en conjunto de rituximab o ciclofosfamida y la plasmaféresis (2).

Las guías PANLAR recomiendan, para terapia de inducción de la vasculitis renal lúpica al rituximab por encima de la ciclofosfamida, esto en base a su perfil de seguridad, en conjunto con glucocorticoides, si el cuadro es grave se recomienda en pulsos intravenosos, en los pacientes no graves se recomienda glucocorticoides de forma oral, con disminución progresiva del ya mencionado fármaco. Para la fase de remisión en pacientes graves, la remisión procede con rituximab. En pacientes no graves, se aconseja usar metotrexato o azatioprina de acuerdo al costo beneficio de los pacientes, además recomiendan profilaxis para el hongo *P.jirovecii*.(7)

Guerra et al, (15) por su parte menciona que la ciclofosfamida no ha sido inferior a rituximab, no obstante, este es recomendado en caso de que la paciente presente pérdida del cabello, riesgo de malignidad o en edad fértil debido a sus efectos adversos. Heras et al, (14) incluye al medicamento avacopan con dosis

de 30 miligramos cada 12 horas en combinación con ciclofosfamida o rituximab para la terapia de inducción, mejorando la remisión a largo plazo, esto en reemplazo de corticoides

Por la tanto a lo largo de los años, por la poca frecuencia de estos casos, las recomendaciones se basan a experiencias de casos anteriores con la terapia a base de inmunosupresores y corticoesteroides, distintas bibliografías recomiendan el uso de metotrexato, ciclofosfamida y rituximab para la terapia de inducción, en la terapia de remisión metotrexato y azatioprina. Sin embargo, destacan el factor económico en América Latina, donde la poca experiencia, poca medicación y la falta de reumatólogos el diagnóstico es tardío.

## CONCLUSION

La psoriasis es una afección crónica de la piel causada por el incremento desmedido de los queratinocitos, el lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune, que puede desencadenarse a causa de factores: ambientales, genéticos, anomalías inmunitarias y la exposición a rayos ultravioletas. Mientras que la vasculitis es frecuente en pacientes con diagnóstico inicial de lupus, éstas afectan a pequeños y medianos vasos sanguíneos, provocando isquemia, sangrado o necrosis. Se recomienda un diagnóstico oportuno con el fin de brindar un tratamiento adecuado y de menor impacto de efectos secundarios y posibles agravantes en la salud de los pacientes.

## BLIOGRAFÍA

1. García-Arpa M, Flores-Terry MA, Ramos-Rodríguez C, Franco-Muñoz M, González-Ruiz L, Ramírez-Huaranga MA. Lupus eritematoso cutáneo, morfea profunda y psoriasis en una paciente. *Reumatol Clínica*. 2020;16(2):180-2.
2. Leone P, Prete M, Malerba E, Bray A, Susca N, Ingravallo G, et al. Lupus Vasculitis: An Overview. *Biomedicines*. 2021;9(11):1626.
3. Pimentel-Quiroz VR, Sattui SE, Ugarte-Gil MF, Alarcón GS. ANCA-Associated Vasculitis in Latin America: A Systematic Literature Review: About Their Epidemiology and Their Clinical Features. *J Clin Rheumatol Pract Rep Rheum Musculoskelet Dis*. 2022;28(1):44-51.
4. AlYousef A, AlSahow A, AlHelal B, Alqallaf A, Abdallah E, Abdellatif M, et al. Glomerulonephritis Histopathological Pattern Change. *BMC Nephrol*. 2020;21(1):186.
5. Brevis L, Vargas S, Oddó D, Méndez GP, Brevis L, Vargas S, et al. Correlación anatómo-clínica entre clases y subclases proliferativas de nefritis lúpica en biopsias renales: experiencia de un centro único. *Rev Médica Chile*. 2019;147(12):1510-7.
6. Antineutrophil cytoplasmic antibody vasculitis associated with the onset of late-onset systemic lupus erythematosus | *Revista Colombiana de Nefrología* [Internet]. [citado 2023]. Disponible en: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/658>
7. Magri SJ, Ugarte-Gil MF, Brance ML, Flores-Suárez LF, Fernández-Ávila DG, Scolnik M, et al. Pan American League of Associations for Rheumatology Guidelines for the treatment of ANCA-associated vasculitis. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(8):e483-94.

8. Domingo S, Solé C, Moliné T, Ferrer B, Cortés-Hernández J. MicroRNAs in Several Cutaneous Autoimmune Diseases: Psoriasis, Cutaneous Lupus Erythematosus and Atopic Dermatitis. *Cells*.2020;9(12):2656.
9. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *Int J Mol Sci*. 2019;20(6):1475.
10. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*. 2020;323(19):1945-60.
11. Rodríguez MLF, Bouarich H, Martínez AB, Giraldo YG. Afectación renal en las enfermedades autoinmunes sistémicas y en las vasculitis. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*.2023;13(82):4819-30.
12. López-Aldabe K, Fulladosa X, Gomà M, Solanich X. Protocolo diagnóstico de la afectación renal en las vasculitis. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2021;13(34):1999-2004.
13. Khil J, Nguyen TM, Troxell ML, Zheng S. Systemic Lupus Erythematosus and ANCA-Associated Vasculitis Overlap Syndrome: A Case Report. *Kidney Med*.2022;4(11):100544.
14. Heras Benito M. Implicaciones patogénicas, pronósticas y terapéuticas del complemento en las vasculitis asociadas a anticuerpo anticitoplasma de neutrófilo con afectación renal. *Med Clínica*.2023;161(4):160-5.
15. Guerra-Torres XE, Miguel PM. Aproximación diagnóstica y terapéutica de la afectación renal en la vasculitis. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*.2019;12(82):4853-6.
16. Tselios K, Yap KSY, Pakchotanon R, Polachek A, Su J, Urowitz MB, et al. Correction to: Psoriasis in systemic lupus erythematosus: a single-center experience. *Clin Rheumatol*. 2019;38(1):269-269.
17. Karimifar M, Mousavi H, Safaei A, Hajihashemi A, Farajzadegan Z, Iraj F. Incidence of psoriasis in patients with active systemic lupus erythematosus. *J Prev Epidemiol*. 2020;5(1):e07-e07.
18. Calle-Botero E, Abril A. Lupus Vasculitis. *Curr Rheumatol Rep*. 2020;22(10):71.