



Casos clínicos

**MANIFESTACIONES CUTÁNEAS NO INFECCIOSAS
EN PACIENTES CON VIH**

Alcaide Carrascosa Lourdes, Borzotta Florencia, Innocenti Carolina, Parra Viviana

Servicio de Dermatología. Hospital Luis Lagomaggiore. Área de Dermatología
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.

Correo electrónico de contacto: luli_alca@hotmail

RESUMEN

El complejo VIH-SIDA puede desarrollar clínicamente una gran variedad de manifestaciones dermatológicas, 90% de los pacientes presentan alguna manifestación en piel, mucosas o anexos. Las mismas han sido clasificadas en infecciosas y no infecciosas para su mayor comprensión. Se puede observar patología exclusiva asociada a la enfermedad y/o entidades dermatológicas comunes, como la dermatitis seborreica, las verrugas genitales o el herpes zoster pero con presentaciones atípicas, extensas y resistentes al tratamiento. Se comunica una serie de pacientes que presentaron manifestaciones dermatológicas no infecciosas en el contexto de infección por VIH.

Palabras claves: VIH-SIDA- Manifestaciones no infecciosas cutáneas.

ABSTRACT

HIV-AIDS complex, can develop a variety of dermatological manifestations, 90% of patients have some, mucous membranes or appendages. They have been classified under infectious and non infectious for greater understanding. We can see pathology associated with common dermatologic diseases, like seborrheic dermatitis, genital warts or herpes zoster but with atypical, extensive and refractory presentations. We present a serie of patients with non-infectious skin manifestations in the context of HIV infection.

Key words: HIV - AIDS - noninfectious cutaneous manifestations.

Introducción

El complejo VIH-SIDA presenta clínicamente una amplia gama de manifestaciones dermatológicas. Estas incluyen a la piel, las mucosas y los anexos. Aproximadamente un 90% de los enfermos tienen algún tipo de estas lesiones, pudiendo ser incluso marcadores iniciales de la enfermedad y/o de progresión de la misma.

Existe una fuerte relación entre el estado inmunitario del paciente y la aparición de las manifestaciones cutáneas, por lo tanto es necesario correlacionar la carga viral y las concentraciones de linfocitos CD4+ del paciente, el tiempo de diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y los tratamientos antirretrovirales realizados, debido a los efectos adversos dermatológicos que pueden atribuirse a los mismos¹.

Desde 1996, con la introducción de la terapia antirretroviral altamente efectiva, se logró mejorar el pronóstico de los pacientes infectados por VIH, pero se observó la aparición de una serie de enfermedades dermatológicas asociadas con la reconstitución inmune y con efectos secundarios derivados de la terapia. Las lesiones dermatológicas asociadas al VIH han sido clasificadas en infecciosas y no infecciosas para su mejor estudio y comprensión. Es de suma importancia tener conocimiento de las mismas, de su prevalencia e incidencia ya que permitirá el diagnóstico precoz y seguimiento.

Se comunica una serie de pacientes que presentaron manifestaciones dermatológicas no infecciosas en el contexto de infección por VIH.

Casos clínicos

Caso N°1: Mujer 48 años de edad, con antecedente de VIH-SIDA de 14 años de diagnóstico en tratamiento antirretroviral, gastropatía crónica, hernia hiatal, hemorroides internas, neoplasia intraepitelial de cuello uterino CIN III y tabaquismo crónico.

Consultó por pápulas urticarianas, pústulas y nódulos en cara, región retroauricular, cuero cabelludo y región pre-esternal acompañadas de intenso prurito, erosiones y costras por rascado de dieciocho meses de evolución con brotes y remisiones parciales (Fotos 1 y 2).



Fotos 1-2: Pápulas y vesículas en cabeza y cuello

Se realizó biopsia de una lesión papular donde se observó epidermis con espongirosis, y en dermis infiltrado inflamatorio mixto, compuesto por linfocitos, histiocitos, neutrófilos y eosinófilos. con disposición, perivascular y rodeando e invadiendo el folículo pilosebáceo. Tinción de PAS negativa, descartando la presencia de estructuras micóticas. Diagnóstico compatible con foliculitis eosinofílica (Fotos 3 y 4).

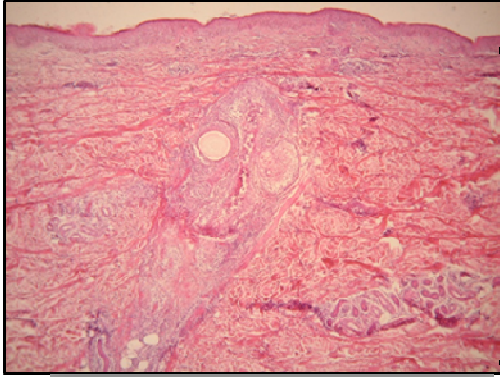


Foto 3: H-E 100x. Infiltrado inflamatorio difuso perifolicular

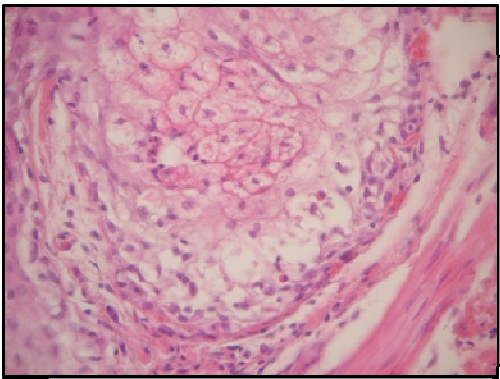


Foto 4: H-E 400x. Infiltrado mixto a predominio de eosinófilos

Caso N°2: Varón de 30 años de edad con antecedente VIH de 5 años de diagnóstico en tratamiento antirretroviral hace 3 años. Consultó por presentar seropápulas, pápulas hiperqueratósicas y lesiones por rascado intensamente pruriginosas, distribuidas en brazos, piernas, cara y región superior del tronco de dos meses de evolución (Fotos 5 y 6).



Foto 5-6: Pápulas erosionadas con centro queratósico en tronco y miembros

La biopsia de piel reveló epidermis con leve hiperqueratosis ortoqueratósica compacta. El epitelio folicular mostró una interrupción por la cual se evidenciaba eliminación de material dérmico, queratina, detritus celulares basófilos y polimorfonucleares neutrófilos mal conservados. En dermis se visualizó el colágeno con eosinofilia marcada e infiltrado inflamatorio linfocitario con eosinófilos, a predominio perivascular y perianexial. Se solicitó PAS, el cual fue negativo (Foto 7). Diagnóstico compatible con foliculitis perforante.

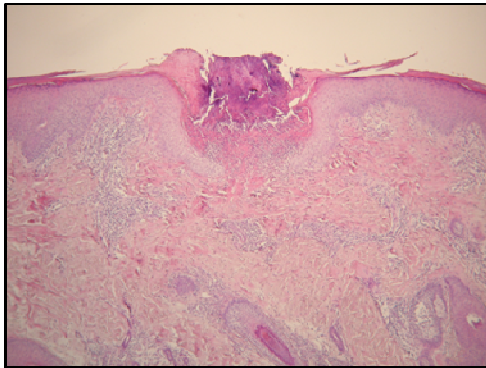


Foto 7: H-E 100x. Eliminación de material transepidérmico.

Caso N°3: Paciente de 40 años con antecedente de VIH-SIDA de 8 años de diagnóstico en tratamiento antirretroviral. Consultó por presentar pápulas y placas eritematosas, urticarianas con aspecto pseudovesicular generalizadas, ligeramente dolorosas (Fotos 8 y 9). Fiebre de 48 horas de evolución y neutrofilia.



Fotos 8 y 9: Pápulas urticarianas, algunas con centro más oscuro en tronco y miembros.

Se realizó biopsia que informó epidermis pálida, edema inter e intracelular. Y en dermis papilar se visualizó edema, extravasación de eritrocitos, infiltrado inflamatorio mixto con abundantes neutrófilos y leucocitoclasia. Los vasos sanguíneos del centro de la lesión se presentaban con endotelios tumefactos y trombos en su luz. Diagnóstico compatible con Síndrome de Sweet (Fotos 10 y 11)

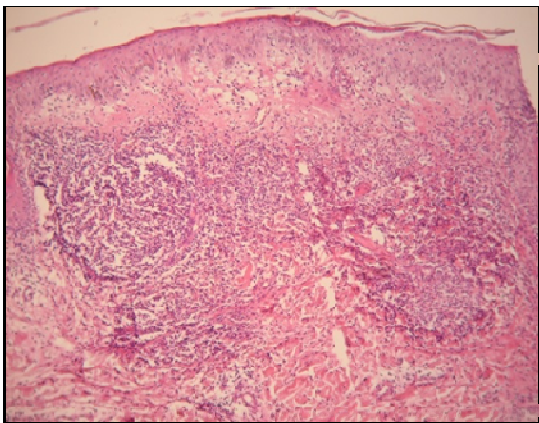


Foto 10: H-E 100x. Edema en dermis papilar y extenso infiltrado inflamatorio.

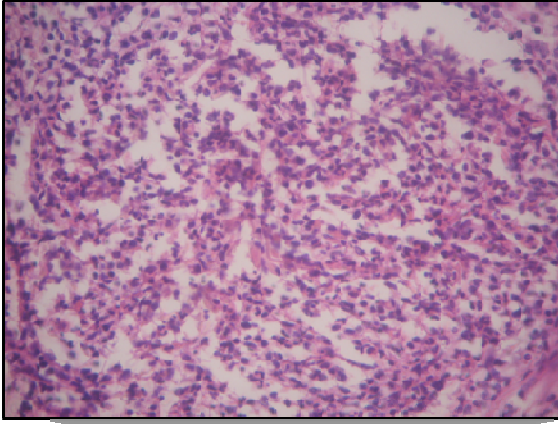


Foto 11: H-E 400x. Denso infiltrado de PMN.

Caso N°4: varón de 53 años de edad con antecedentes de enolismo, tabaquismo, gastropatía crónica, duodenopatía erosiva, hepatomegalia y pérdida de peso de 18Kg en dos meses. Consultó por presentar máculas hiper e hipopigmentadas, de tipo residual, erosiones, costras e hiperpigmentación difusa secundaria a ampollas en áreas fotoexpuestas. Hiperpigmentación e hipertrichosis en zona malar y quistes de milium (Fotos 12 y 13).



Foto 12: Costras posteriores al destechamiento de ampollas, cicatrices hipopigmentadas y quistes de milium. Foto 13: Hipertrichosis a nivel malar.

Se solicitó serología siendo la misma positiva para HIV y hepatitis B. Se realizó biopsia que resultó compatible con porfiria cutánea tarda, presentando ampolla subepidérmica con escaso contenido de glóbulos rojos íntegros. Rodeando los vasos del plexo vascular superficial se observó material hialino PAS Positivo (Fotos 14 y 15).

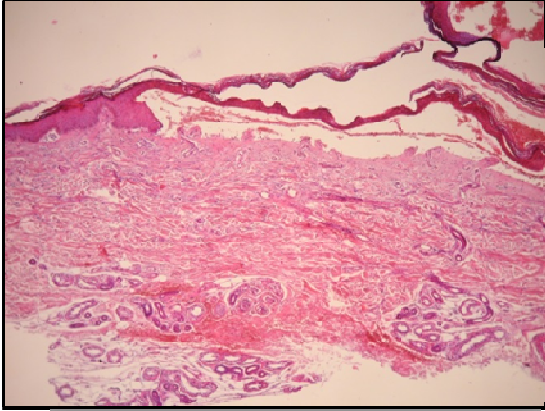


Foto 14: H-E 100x. Ampolla subepidérmica

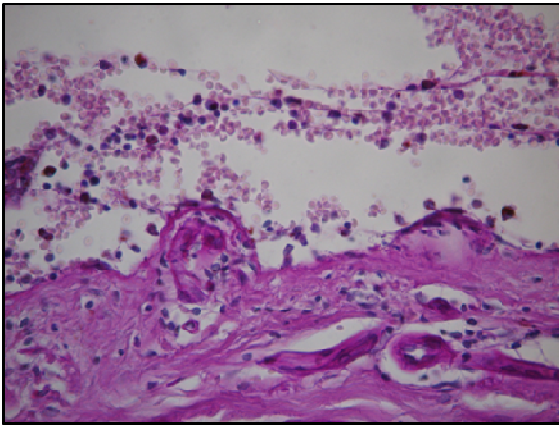


Foto 15: PAS 400x. Depósito de material hialino perivascular y glóbulos rojos en interior de ampolla.

Discusión

Se presentan cuatro pacientes con hallazgos cutáneos asociados a VIH-SIDA. En el primer caso, se presenta una foliculitis eosinofílica. Ésta entidad, se clasifica en tres grupos, la clásica o enfermedad de Ofuji; la de la lactancia o periodo neonatal y la asociada a inmunosupresión que, se observa en un 10% de pacientes VIH²⁻³. La patogenia es desconocida, se ha propuesto una respuesta inmunológica Th2 frente a antígenos desconocidos. Clínicamente se presenta como erupción pápulo pustulosa en áreas seboreicas, pudiendo ser atípica en los pacientes VIH, donde puede formar placas e incluso generalizarse. Se presenta en el contexto de carga viral alta y CD4 inferior a 250-300 cel/ml. Como tratamiento se utilizan los glucocorticoides tópicos, así como la indometacina sistémica, UVB y PUVA. También se ha utilizado metronidazol y permetrina tópicos, itraconazol, glucocorticoides sistémicos, ciclosporina y cetirizina con buena respuesta².

El segundo caso clínico se trata de una foliculitis perforante. Ésta forma parte del grupo de las dermatosis en donde se observa eliminación transepitelial de material dérmico, en este caso; colágeno y fibras elásticas. La etiología es desconocida. En la bibliografía existen casos descritos asociados a VIH⁴. El tratamiento de esta patología se basa en corticoides y queratolíticos tópicos o acitretín por vía sistémica.

El tercer caso corresponde a un Síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril aguda. Ésta es una enfermedad infrecuente que se caracteriza por placas y nódulos eritematosos de aspecto urticariforme, de aparición brusca, que arden o duelen, en cara, extremidades o tronco. Se asocia a síntomas sistémicos como fiebre, malestar general y neutrofilia. Se pueden distinguir tres tipos; el clásico que se asocia a infecciones principalmente de vía aérea superior, o embarazo; el paraneoplásico y el secundario a fármacos (como el factor estimulante de colonias de granulocitos). El

tratamiento de primera línea lo constituyen los corticoides por vía oral, pudiendo también utilizarse yoduro de potasio, colchicina, ciclosporina, dapsona².

La Porfiria cutánea tarda, que se observa en el cuarto caso; es el tipo de porfiria más frecuente. Se trata de una alteración en el metabolismo del Hem por déficit de la enzima uroporfinógeno descarboxilasa hepática. Se presenta como ampollas, cicatrices hipopigmentadas y quistes de milium en áreas fotoexpuestas, así como también hipertrichosis. En los últimos años se ha incrementado el número de pacientes de PCT asociado a VIH. La asociación directa entre VIH con porfiria cutánea tarda se encuentra en discusión, ya que podría asociarse debido a presencia de otros factores como el alcoholismo y las hepatitis virales.⁶

Los hallazgos cutáneos en los pacientes VIH son frecuentes, tanto infecciosos como no infecciosos y asociadas al tratamiento. Se puede observar patología exclusiva asociada a la enfermedad y o entidades dermatológicas comunes, como la dermatitis seborreica, las verrugas genitales o el herpes zoster pero con presentaciones atípicas, extensas y resistentes al tratamiento.⁴

Se presentan estos casos, de patologías no infecciosas asociada al complejo VIH SIDA resaltando el rol del dermatólogo en el diagnóstico de las mismas y la detección precoz de la infección a través de la piel.

Referencias bibliográficas

1. Raju PV, Rao G, Ramani TV, et al. Skin disease: clinical indicator of immune status in human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Int J Dermatol* 2005;44:646-49.
2. Leiferman K, Peters M. Eosinófilos en las Enfermedades cutáneas. En Fitzpatrick, *Dermatología en medicina general*. Wolff-Goldsmith-Katz, 7ª Ed, Ed Panamericana. España 2010;307-317.
3. Ullah I, Rafiq S. Eosinophilic pustular folliculitis of Ofuji in an immunocompetent (non-HIV) Pakistani patient. *J Pak Assoc Dermatol* 2006;16:46-8.
4. Rubio FA, Herranz P. Perforating folliculitis: report of a case in an HIV-infected man. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:300-2.
5. Garman ME, Tyring SK. The cutaneous manifestations of HIV infection. *Dermatol Clin* 2002;20:193-208.
6. Salazar P, Cesaroni E, Allevato M, Marini M. Porfiria cutánea tarda: su asociación con HIV. Presentación de 4 pacientes. *Dermatol Argent* 2012;18:30-5.
7. Melito VA, Parera VE, Rossetti MV, Batlle A. Manifestación de porfiria cutánea tardía en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. *Acta Bioquím Clín Latinoam* 2006;40:29-34.
8. Moya A, Cuba L. Folliculitis eosinofílica asociada a infección por VIH como manifestación del síndrome inflamatorio de reconstitución inmune. *PIEL* 2013;734;1-3.
9. Afonso JP, Tomimori J, Michalany NS, Nonogaki S, et al. Pruritic papular eruption and eosinophilic folliculitis associated with human immunodeficiency virus (HIV) infection: A histopathological and immunohistochemical comparative study. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67:269-75.

10. Sharada R, Rane SR, Preeti B, Agrawa PB et al. Histopathological study of cutaneous manifestations in HIV and AIDS patients. *Int J Dermatol* 2014;53:746-51.