

Exantema agudo del VIH

Acute HIV exanthem

Patricia Chang¹, Génesis Argueta², Gylari Calderón Pacheco³

¹ Dermatóloga

² Electivo en dermatología

³ Dermatopatóloga

Hospital General de Enfermedades, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Señor editor:

Por exantema se entiende una erupción cutánea aguda, que puede ser causada por infecciones virales y toxinas bacterianas, así como por reacciones medicamentosas. Se presenta el siguiente caso porque es interesante que a través del exantema se pudo realizar el diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

Se trata de un paciente masculino de 22 años de edad, que presenta dermatosis diseminada en cara, cuello, miembros superiores y tórax anterior y posterior, constituida por múltiples pápulas eritematosas (figuras 1-4). El paciente refiere que su padecimiento inició ocho días antes de la consulta, acompañado de fiebre no cuantificada

por termómetro. Debido a la persistencia de las lesiones cutáneas, decide acudir al servicio de emergencia.

Antecedentes personales y familiares: negativos.

Con estos datos clínicos, se hace el diagnóstico de exantema agudo del VIH, por lo que se realiza prueba de VIH y biopsia de piel.

La prueba serológica de VIH fue positiva, con una carga viral de 5340 copias/ml (rango: 20-110 millones copias/ml), un conteo de CD4+ de 650 células/mcl (rango normal: mayor de 560 células/mcl).

La biopsia mostró una epidermis con estrato córneo en red de canasta, acantosis leve, de dermis papilar a dermis reticular media se observa un infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos e histiocitos (figura 5), hay acantosis irregular con ligero aplanamiento de los platos suprapapilares, leve exocitosis de linfocitos y el infiltrado



Figura 1. Lesiones papulosas en la cara que pueden semejar acné.



Figura 2. Acercamiento de las lesiones a nivel peribucal.

CORRESPONDENCIA

Dra. Patricia Chang ■ pchang2622@gmail.com
2ª Av. 14-74 zona 1, Hospital Ángeles, 01001, Guatemala



Figuras 3. Lesiones maculopapulosas en tórax anterior y posterior.



Figuras 4. Lesiones maculopapulosas en tórax anterior y posterior.

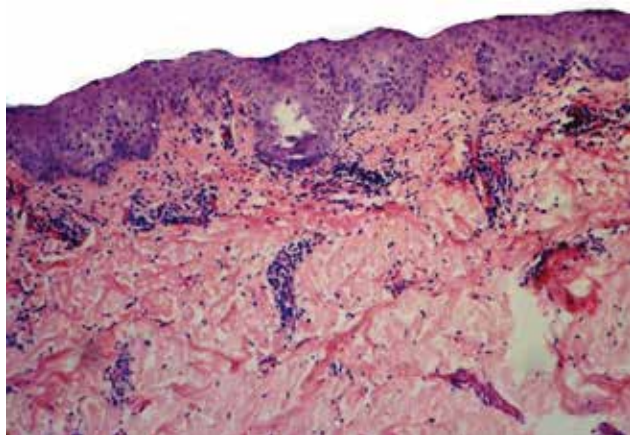


Figura 5. Epidermis con estrato córneo en red de canasta, acantosis leve, de dermis papilar a dermis reticular media se observa un infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos e histiocitos.

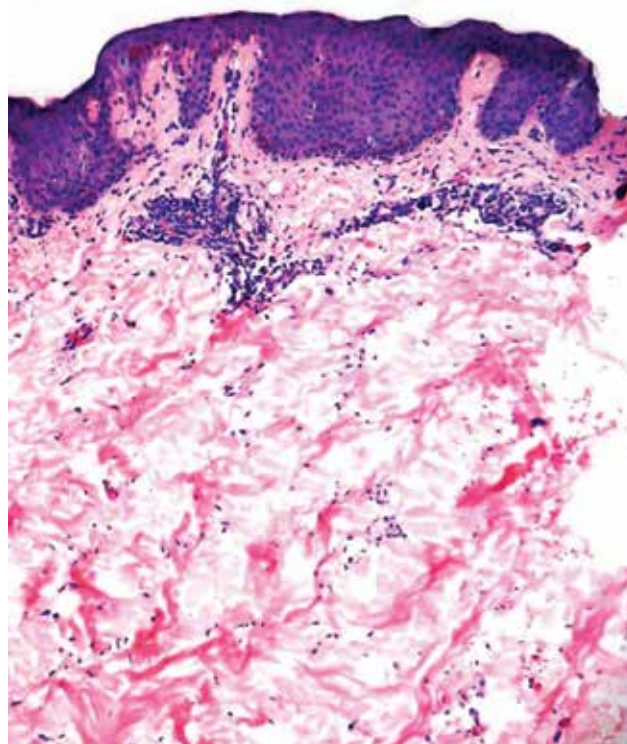


Figura 6. Acantosis irregular con ligero aplanamiento de los platos suprapapilares, leve exocitosis de linfocitos y el infiltrado tiene una disposición perivascular y perianexial.

tiene una disposición perivascular y perianexial (figura 6), infiltrado inflamatorio a nivel de la dermis reticular profunda constituido por linfocitos e histiocitos perivascular y perianexial (figura 7).

El exantema desapareció espontáneamente dos días después de la consulta (figuras 8-II).

El tratamiento comienza con efavirenz 600 mg/día, trimetoprim sulfametoxazol 960 mg/día, fluconazol 150 mg/día, tenofovir emtricitabina 200 mg/día y esomeprazol 20 mg/día. Actualmente el paciente se encuentra en control en el Departamento de Infectología.

Los trastornos cutáneos se presentan comúnmente en individuos infectados con el virus de inmunodeficiencia humana en algún punto durante la infección, e incluso pueden manifestarse como la forma de presentación de la enfermedad, aumentando su frecuencia con el progreso de la inmunodeficiencia.¹⁻³

La seroconversión sigue a la inoculación del VIH, luego de semanas, meses o incluso años.⁴ Dicha seroconversión puede anunciarse con características que asemejan la infección por mononucleosis, como fiebre, malestar gene-

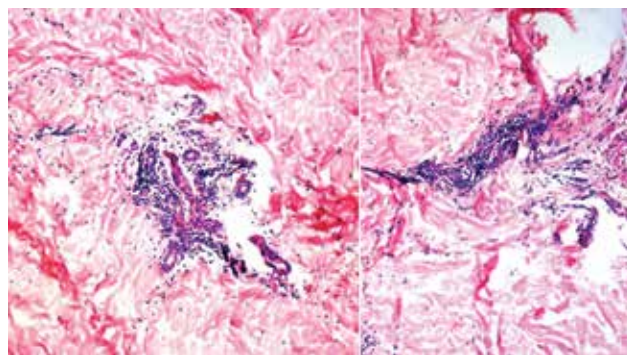


Figura 7. Infiltrado inflamatorio a nivel de la dermis reticular profunda constituido por linfocitos e histiocitos perivascular y perianexial.



Figuras 8. Involución espontánea de las lesiones cutáneas 48 horas después de su evaluación dermatológica.



Figuras 9. Involución espontánea de las lesiones cutáneas 48 horas después de su evaluación dermatológica.



Figuras 10. Involución espontánea de las lesiones cutáneas 48 horas después de su evaluación dermatológica.



Figuras 11. Involución espontánea de las lesiones cutáneas 48 horas después de su evaluación dermatológica.

ral, linfadenopatía, faringitis, cefalea, mialgias, artralgias y/o erupción cutánea, resultados de la viremia,⁵ dicho cuadro se conoce como síndrome retroviral agudo, primo infección sintomática o infección aguda por VIH.⁶

Se estima que el síndrome retroviral agudo se presenta en dos tercios de las personas infectadas con VIH, y los hallazgos cutáneos hasta en 75% de estos pacientes, pero a menudo es subdiagnosticado como síndrome viral, debido a que los signos y síntomas no son específicos, sin embargo, son los médicos en los servicios de emergencia los que tienen mayor probabilidad de encontrar a estos pacientes en fase aguda.^{2,7}

Más de 70% de los pacientes que son diagnosticados con infección aguda por VIH presentan erupción cutánea urticariforme, morbiliforme o un exantema macular similar al de otras infecciones virales.⁴

El exantema agudo del VIH se caracteriza por una erupción macular o maculopapular ligeramente elevada, con número variable de lesiones, de forma redondeada, rojo oscuro a intenso, que varían su tamaño de algunos milímetros a 1 cm de diámetro; puede presentar una apariencia similar a la roséola y lesiones hemorrágicas o necróticas dispersas. Usualmente no produce prurito.^{3,8}

Usualmente las lesiones se distribuyen en el tórax superior, en particular en la región del cuello, cara, frente y cuero cabelludo, puede ser escasa o inexistente en la periferia de las extremidades, es posible que las palmas y plantas se vean afectadas e imitar un secundarismo sífilítico.^{2,3}

Es frecuente el enantema que va desde un eritema leve hasta úlceras superficiales, de 5 a 10 mm, de forma oval, con bases blanquecinas y rodeadas de eritema, simétricamente distribuidas en mucosa oral, palatina o esofágica, provocando disfagia severa.^{2,5,8}

En la mayoría de los pacientes, el exantema aparece después de dos o tres días de fiebre y persiste durante cinco a ocho días, para luego mejorar y desaparecer concurrentemente con la mejoría general del paciente, casi siempre en un periodo de una a tres semanas.^{2,3}

Clínicamente los diagnósticos diferenciales incluyen pitiriasis rosada, sífilis secundaria, otros exantemas virales o inducidos por drogas, foliculitis estafilocócica, escabiasis, foliculitis por demodex, rickettsias y enfermedad de Behcet.^{4,9,10}

La investigación histopatológica del exantema agudo del VIH, en biopsia por sacabocados, muestra una epidermis normal y escaso infiltrado linfocítico e histiocítico, principalmente perivascular, en vasos del plexo superficial; no se encuentran signos histológicos de vasculitis.

El estudio inmunohistoquímico muestra que la mayoría de células en los infiltrados en dermis y perivasculares son linfocitos T CD4+,¹¹ con algunos linfocitos B, monocitos, macrófagos y asesinas naturales. La distribución de células de Langerhans es similar a la de la piel normal.^{3,10}

Los hallazgos histopatológicos son idénticos a los demás exantemas virales o provocados por drogas, y es la relación con los hallazgos clínicos la que sugiere el diagnóstico.⁹

Como se mencionó, lo interesante de este caso es que a través de las lesiones cutáneas se hizo el diagnóstico de infección por VIH, por lo que se debe tomar en cuenta ante la presencia de lesiones exantemáticas de origen desconocido, ya que su diagnóstico temprano favorece el tratamiento oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miskowsky, P. y Ahkami, R., "Dermatologic complications of HIV infection", *Med Clin North Am*, 1996, 80 (6): 1415-1435.
2. Khambaty, MM. y Hsu, S.S., "Dermatology of the Patient with HIV", *Emerg Med Clin North Am*, Elsevier, 2010, 28 (2): 355-368.
3. Lapins, J., Lindbäck, S., Lidbrink, P., Biberfeld, P., Emtestam, L. y Gaines, H., "Mucocutaneous manifestations in 22 consecutive cases of primary HIV-1 infection", *Br J Dermatol*, 1996, 134 (2): 257-261.
4. Dubic, M., "Human immunodeficiency virus and the skin: selected controversies", *J Invest Dermatol*, 1995, 105 (1 supl.): 117S-121S.
5. Goldman, G.D., Milstone, L.M. y Shapiro, P.E., "Histologic findings in acute HIV exanthem", *J Cutan Pathol*, 1995, 22 (4): 371-373.
6. Leal, M. y Pulido, I., "Cuándo sospechar una primoinfección por el VIH", *JANO*, 2006, 16: 21-27.
7. Dover, J.S. y Johnson, R.A., "Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus. Part I", *Arch Dermatol*, 1991;127:1383-91.
8. Kobayashi, S., Segawa, S., Kawashima, M., Itoda, I., Shima, T. e Imai, M., "A case of symptomatic primary HIV infection", *J Dermatol*, 2005, 32 (2): 137-142.
9. Balslev, E., Thomsen, H.K. y Weismann, K., "Histopathology of acute human immunodeficiency virus exanthema", *J Clin Pathol*, 1990, 43 (3): 201-202.
10. Barnadas, M.A., Alegre, M., Baselga, E., Randazzo, L., Margall, N., Rabella, N. et al., "Histopathological changes of primary HIV infection. Description of three cases and review of the literature", *J Cutan Pathol*, 1997, 24 (8): 507-510.
11. McMillan, A., Bishop, P.E., Aw, D. y Peutherer, J., "Immunohistology of the skin rash associated with acute HIV infection", *AIDS*, 1989, 3: 309.