

# Herpes simple crónico ulcerativo en un paciente con virus de la inmunodeficiencia humana

*Ulcerative chronic herpes simplex in a patient with human immunodeficiency virus*

Franchesca Zapata<sup>1</sup>, Ana Cristina Ruiz<sup>2</sup>

1. Médica, residente de Dermatología, Universidad CES. Medellín.
2. Médica dermatopatóloga CES; docente de Dermatopatología, Universidad CES. Medellín.

## Resumen:

En pacientes inmunosuprimidos, las lesiones cutáneas del virus del herpes simple pueden presentarse en su forma usual; no obstante, son frecuentes las presentaciones graves, crónicas o sistémicas. El herpes simple crónico se define como aquella infección por el virus del herpes simple en su forma ulcerativa o hiperqueratósica, de más de un mes de evolución.

Se presenta el caso de un paciente positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana con lesiones ulcerativas periorales de cuatro meses de evolución, al cual se le hizo el diagnóstico de herpes simple crónico, mediante una biopsia de la lesión y que mejoró rápidamente tras la administración de aciclovir intravenoso.

**PALABRAS CLAVE:** herpes simple y VIH

## Summary

Skin lesions of herpes simplex virus (HSV) infection in immuno-compromised patients can appear as they usually do or they may frequently have severe, chronic, systemic presentations. Chronic herpes simplex is characterized by ulcerative or hyperkeratotic lesions of HSV infection with an evolution time period longer than one month.

We present a case of an HIV positive patient with a 4 month evolution of perioral ulcerative lesions whom was diagnosed with chronic herpes simplex with a skin biopsy and who rapidly improved after the administration of intravenous acyclovir.

**KEY WORDS:** HIV, herpes simplex

## Correspondencia:

Franchesca Zapata

## Email:

franchesca@gmail.com

*Recibido: 3 de octubre de 2012.*

*Aceptado: 12 de enero de 2012.*

No se reportan conflictos de intereses.

## Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 32 años de edad, residente en Purísima (Córdoba), desempleado, soltero y sin hijos; consultó por un cuadro clínico de cuatro meses de evolución de lesiones costrosas en la región perinasal, inicialmente dolorosas, que se fueron extendiendo progresivamente al dorso nasal y al labio superior. Recibió manejo con tetraciclina, levofloxacina y vancomicina (intrahospitalario),

sin mejoría. Finalmente consultó a una clínica privada, en donde le practicaron varios exámenes de laboratorio, incluso ELISA para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual resultó positivo, y fue remitido a nuestra institución para su manejo. Negaba otros antecedentes personales de importancia.

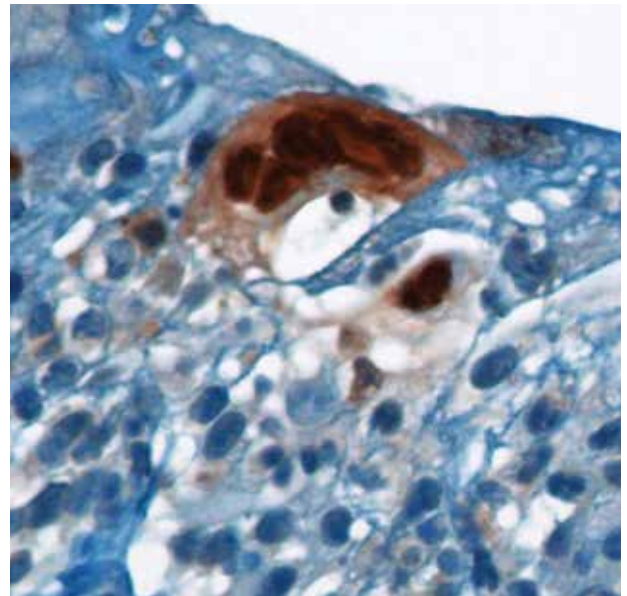
En el examen físico presentaba una placa ulcerada cubierta por costra "melicérica" y serohemática que comprometía la región perioral, el dorso nasal y parte de ambos pómulos (**FIGURA 1**). Además, se observaban



**FIGURA 1.** Placa ulcerada cubierta por costra “melicérica”.



**FOTOGRAFÍA 2.** Lesiones ulceradas en glúteos con tejido de granulación alrededor.



**FIGURA 3.** Inmunohistoquímica positiva para HSV-2 40X.



**FIGURA 4.** Paciente tras dos semanas de tratamiento con aciclovir.

dos lesiones ulceradas en los glúteos, la mayor de ellas de 3 cm de diámetro, con tejido de granulación en su interior (**FIGURA 2**).

En los exámenes de laboratorio era de destacar el resultado de CD4 de 31 por ml; se decidió, entonces, practicar dos biopsias de la lesión centrorfacial, teniendo como diagnósticos de trabajo micosis profunda, tuberculosis cutánea, leishmaniasis o un herpes simple crónico.

En el informe de histopatología se reportó una ulceración epidérmica con fibrina, neutrófilos y detritos celulares, y, además, se identificaron algunas células

escamosas con múltiples núcleos, aclaramiento y moldeamiento nuclear. La dermis subyacente contenía moderado infiltrado compuesto de linfocitos y neutrófilos. Las células epiteliales por inmunohistoquímica presentaban cambios citopáticos positivos para herpes de tipo 2 (**FIGURA 3**).

Se inició tratamiento con 750 mg de aciclovir intravenoso (10 mg/kg) cada 8 horas durante dos semanas, tras lo cual el paciente presentó notable mejoría de sus lesiones y fue dado de alta (**FIGURA 4**).

## Discusión

El virus del herpes simple (*herpes simplex virus*, HSV) pertenece a la familia de los alfa herpes virus; el serotipo 1 compromete principalmente la región orolabial y, el serotipo 2, la región anogenital, pero pueden intercambiarse y hay también casos reportados de compromiso multifocal por el mismo serotipo<sup>1</sup>.

El HSV-2 ha sido implicado como uno de los desencadenantes de la pandemia actual de VIH. Una serie importante de estudios proporciona evidencia de una relación sinérgica entre la transmisión del VIH y el HSV-2<sup>2-4</sup>; además, las poblaciones con alta prevalencia de HVS-2 tienen igualmente alta seroprevalencia de VIH<sup>5</sup>. Así, a medida que los linfocitos T CD4 disminuyen por debajo de 200 por ml, aumenta el riesgo de infección por HSV y de manifestaciones graves. Sin embargo, cuando se inicia el tratamiento antirretroviral, aunque aumentan los niveles de los linfocitos T CD4, aumenta el riesgo de infección y manifestaciones clínicas del HSV por el síndrome de reconstitución inmunitaria<sup>6</sup>.

En pacientes inmunosuprimidos las lesiones cutáneas del HSV pueden presentarse en su forma usual; no obstante, son frecuentes las presentaciones graves, crónicas o sistémicas. El caso de este paciente era el de un herpes simple crónico, definido como aquella infección por HSV en su forma ulcerativa o hiperqueratósica de más de un mes de evolución<sup>17</sup>. En este como en otros casos reportados, la confirmación diagnóstica fue tardía debido a la poca sospecha clínica; además, la realización de un test de Tzanck o de un cultivo viral es difícil y, a menudo, se obtienen falsos negativos; por esta razón, la biopsia de la lesión ulcerativa o hiperqueratósica suele ser el método diagnóstico de elección en las presentaciones crónicas del HSV. Otras técnicas, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la hibridación *in situ*, también son útiles pero no se encuentran disponibles en nuestro medio<sup>18</sup>.

En cuanto al tratamiento del herpes crónico en pacientes con VIH, la mayoría de autores coinciden en que lo ideal es iniciar el tratamiento antiviral con aciclovir (10 mg/kg) cada 8 horas durante 14 días, el cual empleado en este paciente. Como tratamientos de segunda línea estarían el famciclovir, el valaciclovir, el cidofovir, el foscarnet y la vidavirina; también, se podría emplear un tratamiento combinado en caso de no obtenerse remisión, o como tercera línea de tratamiento, la talidomida, la crioterapia, el imiquimod y la cirugía.

El tratamiento supresor con aciclovir es algo que no se debe olvidar siempre que sea posible, ya que se ha encontrado que los pacientes con VIH coinfectados por el HSV tienen peor pronóstico, debido a que este último parece aumentar la carga viral del VIH mediante la liberación de productos génicos y de citocinas que aceleran su transcripción<sup>19-11</sup>.

En conclusión, se presenta un caso de herpes simple crónico en su variedad ulcerativa en un paciente con VIH, diagnóstico que se debe sospechar en todo paciente inmunosuprimido que presente lesiones ulcerativas o hiperqueratósicas de más de un mes de evolución.

## Referencias

1. Wauters O, Lebas E, Nikkels AF. Chronic mucocutaneous herpes simplex virus and varicella zoster virus infections. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:e217-27.
2. Corey L, Wald A, Celum CL, Quinn TC. The effects of herpes simplex virus-2 on HIV-1 acquisition and transmission: A review of two overlapping epidemics. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004;35:435-45.
3. Celum CL. The interaction between herpes simplex virus and human immunodeficiency virus. *Herpes.* 2004;11(Suppl.1):36A-45A.
4. van de Perre P, Segondy M, Foulongne V, Ouedraogo A, Konate I, Huraux J-M, *et al.* Herpes simplex virus and HIV-1: Deciphering viral synergy. *Lancet Infect Dis.* 2008;8:490-7.
5. Weiss HA, Buvé A, Robinson NJ, van Dyck E, Kahindo M, Anagonou S, *et al.* The epidemiology of HSV-2 infection and its association with HIV infection in four urban African populations. *AIDS.* 2001;15(Suppl.4):S97-108.
6. Duffus WA, Mermin J, Bunnell R, Byers RH, Odongo G, Ekwaru P, *et al.* Chronic herpes simplex virus type-2 infection and HIV viral load. *Int J STD AIDS.* 2005;16:733-5.
7. Salvini F, Carminati G, Pinzani R, Carrera C, Rancilio L, Plebani A. Chronic ulcerative herpes simplex virus infection in HIV-infected children. *AIDS Patient Care STDS.* 1997;11:421-8.
8. Maharaj R, Parboosing R, Moodley M, Naicker S, Ramdial PK. An unusual hypertrophic genital mass lesion: A diagnostic and treatment dilemma. *J Clin Virol.* 2009;46:303-4.
9. Fangman WL, Rao CH, Myers SA. Hypertrophic herpes simplex virus in HIV patients. *J Drugs Dermatol.* 2003;2:198-201.
10. Barde C, Pigué V, Pechère M, Masouye I, Saurat J-H, Wunderli W, *et al.* Management of resistant mucocutaneous herpes simplex infections in AIDS patients: A clinical and virological challenge. *HIV Med.* 2011;12:367-73.
11. Barnabas RV, Celum C. Infectious co-factors in HIV-1 transmission herpes simplex virus type-2 and HIV-1: New insights and interventions. *Curr HIV Res.* 2012;10:228-37.