

Dermatitis infecciosa en paciente con paraparesia espástica tropical (HTLV-1 positivo)

Ana María Jordan-Díaz¹; Ricardo Augusto Rueda-Plata²; Sindy Rentería-Lozano³



RESUMEN

La paraparesia espástica es una enfermedad linfoproliferativa asociada al virus retrovirus linfotrópico T humano 1 (HTLV-1), que puede tener múltiples manifestaciones sistémicas, con progresión a nivel neurológico y cutáneo. Se presenta el caso de un paciente masculino con paraparesia espástica tropical, con HTLV-1 positivo, en el curso de una dermatitis infecciosa, confirmada por histología.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis infecciosa; HTLV-1; Paraparesia espástica.

INFECTIVE DERMATITIS IN A PATIENT WITH TROPICAL SPASTIC PARAPARESIS (HTLV-1 POSITIVE)

SUMMARY

Tropical spastic paraparesis is a lymphoproliferative disease associated with human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1), which can have multiple systemic manifestations, with neurological and cutaneous progression. The case of a male patient with tropical spastic paraparesis, with positive HTLV-1 in the course of infective dermatitis, confirmed by histology, is presented.

KEY WORDS: HTLV-1; Infective dermatitis; Spastic paraparesis.

1. Médica dermatóloga, Universidad de Buenos Aires, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4816-0276>
2. Médico dermatopatólogo, Universidad del Valle, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9236-9627>
3. Médica dermatóloga, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8850-6927>

Correspondencia: Ana María Jordan-Díaz; **email:** Dermatologa.anajordandiaz@gmail.com

Recibido: 11/11/2023; **aceptado:** 04/2/2024

Cómo citar: Jordan-Díaz Am, Rueda-Plata RA, Rentería-Lozano S. Dermatitis infecciosa en paciente con paraparesia espástica tropical (HTLV-1 positivo). Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol. 2024;32(1):70-76.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1885>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 66 años, procedente de Buenaventura, Valle del Cauca, Colombia, con antecedente de paraparesia espástica tropical, con serología HTLV-1 positivo, diagnosticada en el 2015, en tratamiento con carbamazepina en 200 mg/día, quien acude a consulta de dermatología por cuadro clínico de dermatosis generalizada de tres meses de evolución, consistente en lesiones eritematoescamosas y prurito, sin otros síntomas asociados. Previamente le manejaron como una dermatofitosis, con ketoconazol en 200 mg/día por una semana, clotrimazol y betametasona tópica, con persistencia de las lesiones.

A la exploración física se evidenció fototipo cutáneo III, xerosis, pápulas y placas eritematoescamosas localizadas en cuero cabelludo, retroauricularmente y el cuello (**Figura 1**), el tronco, antecubitalmente y las extremidades superiores (**Figura 2A**), la espalda, en la zona del poplíteo y las extremidades inferiores (**Figura 2B**). Además, en la piel palmar y plantar presentaba queratodermia e hiperlinealidad (**Figura 3**).

El examen neurológico reveló marcha espástica y vejiga neurogénica, por lo que se interconsultó a neurología, que inició tratamiento con biperideno en 4 mg/día, carbamazepina en 200 mg, cada ocho horas, y pregabalina en 75 mg, cada 12 horas.

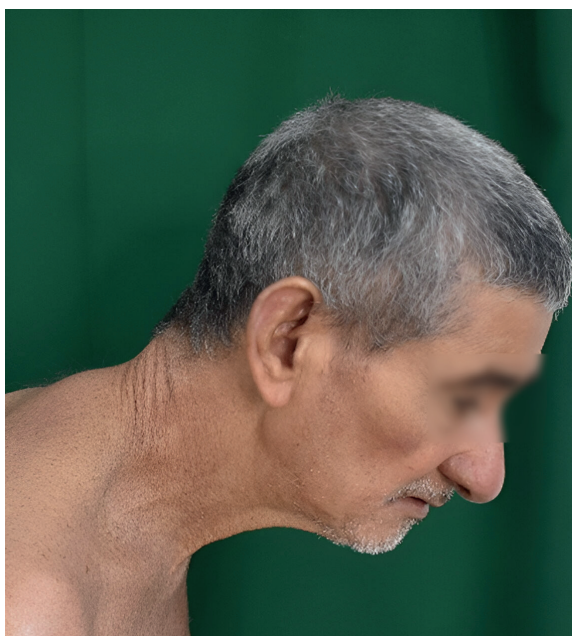


Figura 1. Xerosis en el rostro y placas eritematoescamosas en el cuello.

La biopsia de piel mostró un epitelio ondulante, coronado por hiperqueratosis ortoqueratótica compacta, con áreas escoriadas y otras con hiperparaqueratosis y paraqueratosis plana convexa. Se documentó exocitosis de linfocitos al epitelio, algunos de ellos con núcleo picnóticos y un volumen corpuscular mayor.

En el detalle histológico llamó la atención un componente predominante, pequeño, maduro, reactivo y un segundo componente menos frecuente, con leve hiperromasia y un volumen nuclear aumentado. Las células con moderada atipia citológica eran más frecuentes en la localización intraepitelial (**Figura 4**).

En la dermis se observó un moderado a denso infiltrado mononuclear con linfocitos medianos y pequeños, que se disponían alrededor de los plexos dérmicos superficial y profundo, con extensión a la interfase dermoepidérmica, asumiendo focalmente un patrón liquenoide.



Figura 2 A y B. Compromiso generalizado de xerosis y placas descamativas, además de costras hemáticas en los codos secundarias al rascado.

Los estudios de inmunohistoquímica mostraron un infiltrado CD3 positivo (+), CD20 negativo (-), que definió un infiltrado linfocítico de células “T”. Los marcadores CD2, CD5 y CD7 se retuvieron positivos (+) y mostraron linfocitos pequeños maduros. La proporción de marcación CD4/CD8 se expresó positiva, en una relación de 4:1, como en los infiltrados linfoides reactivos. El marcador CD30 fue negativo (-). El índice de proliferación celular Ki-67 se expresó en un porcentaje inferior al 5% (Figura 5).

DISCUSIÓN

El virus linfotrófico de células T tipo 1 (HTLV-1) es un retrovirus que fue descrito por primera vez en 1980, al ser aislado de un paciente con linfoma cutáneo de células T. Actualmente, se estima que entre 5 y 10 millones de personas en el mundo están infectadas con el virus. Este oncovirus pertenece al género delta retrovirus y a la familia Retroviridae. Infecta diferentes tipos de células, como los linfocitos T (CD4 preferencialmente y CD8) y genera efectos citotóxicos a nivel del sistema nervioso central y periférico, células B, monocitos y fibroblastos⁽¹⁻³⁾.



Figura 3. Se observa queratodermia e hiperlinealidad palmar bilateral.

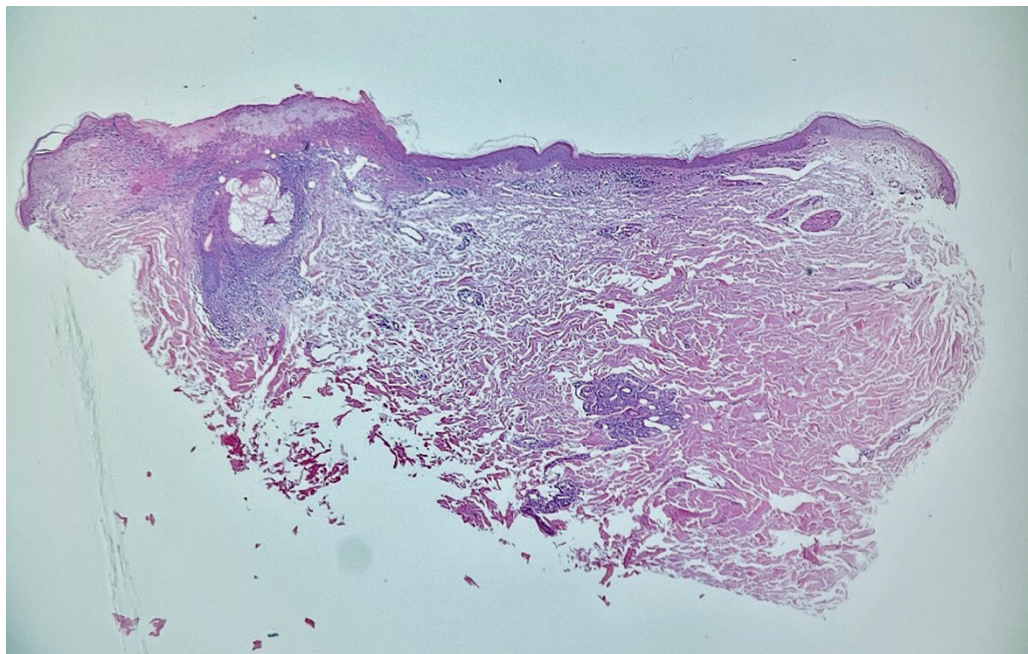


Figura 4. Histopatología, H&E 2.5X. Imagen panorámica en la que resalta un infiltrado linfocítico que se extiende hacia la unidad folicular sebácea y a la interfaz dermoepidérmica.

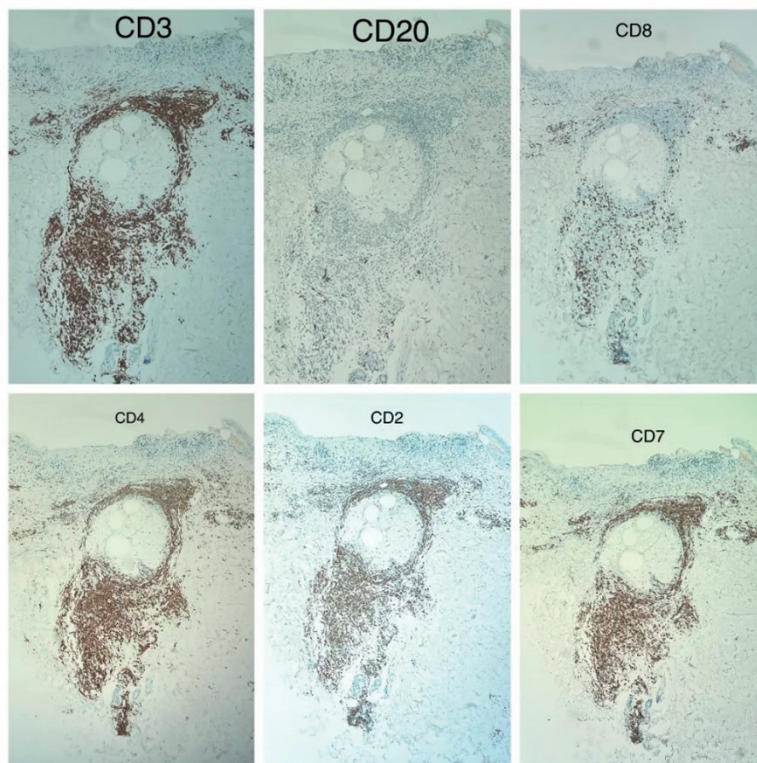


Figura 5. Estudio inmunohistoquímico 10X. Reveló un infiltrado CD3 (+), marcadores CD2, CD5 y CD7 (+), con infiltrado linfocítico pequeño maduro y CD20 (-) con escasas células con marcación en el intersticio. La proporción de la relación CD4/CD8 fue de 4:1.

El retrovirus HTLV-1 es endémico en países como Japón, Australia, Colombia, Venezuela, Ecuador, Brasil, Perú, Chile y Paraguay y en zonas como África central, sureste de los Estados Unidos y las Antillas menores.

En Colombia se han reportado casos en la cuenca del Pacífico, que se ubican en un espectro que va desde proliferaciones linfoides policlonales, que con el tiempo progresan a trastornos monoclonales que evolucionan a enfermedades linfoproliferativas como la leucemia/linfoma de células T del adulto (ATL). El otro extremo del espectro está representado por enfermedades inflamatorias como paraparesia espástica tropical, polimiositis, síndrome de Sjögren, tiroiditis, uveítis, artropatías, e infecciosas como lepra, escabiosis, estrongiloidiasis y dermatomicosis ⁽³⁾.

Las vías de infección incluyen transmisión sexual, transfusión sanguínea, agujas contaminadas y de madre a hijo por transmisión vertical. Una vez el individuo se infecta, este permanece asintomático y un mínimo porcentaje (2%-5%), luego de un período de latencia que va desde los 40 hasta los 60 años, manifiesta mielopatías, enfermedades neurodegenerativas y linfoma de células T ⁽⁴⁾.

Se presenta en ambos géneros; sin embargo, la paraparesia espástica tiende a manifestarse más en mujeres ⁽³⁾.

Los pacientes infectados con HTLV-1 pueden cursar con manifestaciones en la piel, las cuales pueden ser específicas: nódulos subcutáneos, placas eritematovioláceas, pápulas, vesículas, lesiones de púrpura, úlceras

y eritema difuso con descamación y eritrodermia, lesiones similares a escabiosis, granulomas cutáneos, candidiasis cutánea, vitiligo y dermatitis infecciosa, como el caso de nuestro paciente.

Estas lesiones no tienen localización específica, pueden afectar cualquier área de la superficie corporal y ser asintomáticas, aunque en nuestro paciente, el principal síntoma fue el prurito ⁽⁴⁻⁶⁾.

La dermatitis infecciosa es una dermatitis severa, crónica y recidivante, que se relaciona estrechamente con la infección por el virus HTLV-1. Generalmente se caracteriza por ser la manifestación inicial por este virus y está relacionado hasta en un 30% con linfoma/leucemia de células T del adulto o paraparesia espástica tropical. Llama la atención que nuestro paciente no refiere haber presentado manifestación cutánea antes de ser diagnosticado con la paraparesia espástica tropical con seropositividad al HTLV1.

Lois la Grenade y colaboradores diseñaron unos criterios diagnósticos de la dermatitis infecciosa por los cuales nuestro paciente cumple con los siguientes:

Eccema del cuero cabelludo, axilas, ingle, oído externo, área retroauricular, margen de los párpados, piel paranasal y cuello (siendo criterio diagnóstico la presencia en tres o más localizaciones que incluyan el cuello y retroauricular).

Dermatitis crónica recurrente con respuesta rápida al tratamiento antibiótico, pero con pronta recurrencia al abandono de este.

Seropositividad para el HTLV-1.

En cuanto a los diagnósticos diferenciales de este tipo de dermatitis, encontramos dermatitis atópica, dermatitis seborreica, erupción medicamentosa, dermatofitosis generalizada, micosis fungoide y síndrome de Sézary ⁽⁴⁾.

Con respecto al manejo, no existe un medicamento específico para tratar la infección por el virus HTLV-1, ni

que evite la progresión de la enfermedad; sin embargo, la base terapéutica de la dermatitis infecciosa es el uso de antibióticos, antihistamínicos y corticoides, que además requiere un manejo multidisciplinario debido al desarrollo de complicaciones ^(5, 7, 8).

CONCLUSIONES

El HTLV-1 tiene una alta prevalencia de inducir enfermedades linfoproliferativas e inflamatorias, tras un extenso período de latencia clínica.

Las manifestaciones que pueden presentarse en la piel en pacientes que habitan en áreas endémicas podrían ser un buen indicativo para descartar infecciones por HTLV-1 y, a su vez, permitirían prevenir la propagación de la enfermedad y un seguimiento.

Estamos ante un caso con diagnóstico de paraparesia espástica con títulos elevados de HTLV-1 con manifestaciones cutáneas tardías, lo que nos hace pensar que la progresión de esta no se limita a nivel neurológico, donde produce desmielinización progresiva e irreversible, sino que puede afectar otros órganos, como la piel.

En este caso, los hallazgos histológicos y los estudios de inmunohistoquímica favorecen un proceso de infiltrado linfocítico a nivel cutáneo que apunta hacia una inflamación reactiva a la infección HTLV-1 que acompaña a la paraparesia espástica tropical en nuestro paciente.

Se evidencia que, a pesar de haber recibido un ajuste del tratamiento de su afección neurológica, presenta una progresión de su enfermedad a nivel cutáneo que afecta la calidad de vida del paciente.

Puntos clave

- El virus linfotrópico de células T humanas (HTLV) pertenece a la familia retrovirus. Está presente en países endémicos como Japón, Australia, Colombia, Venezuela, Ecuador, Brasil, Perú, Chile y Paraguay y en zonas como África central, sureste de los Estados Unidos y las Antillas menores. Se transmite generalmente por vía sexual, transfusión sanguínea, agujas contaminadas y transmisión vertical de madre a hijo.
- Los pacientes infectados con HTLV-1 pueden cursar con manifestaciones en piel como la dermatitis infectiva, que es una forma rara de dermatitis exudativa severa; está relacionado hasta en un 30% con linfoma/leucemia de células T del adulto o paraparesia espástica tropical; esta última se caracteriza por una afectación neurológica donde produce desmielización progresiva e irreversible.
- Su diagnóstico se logra con serología reactiva para HTLV-I/II y estudio de anatomía patológica e inmunohistoquímica que evidencian un proceso de infiltrado linfocítico a nivel cutáneo.
- No existe un tratamiento específico para la infección por el virus HTLV-I. Hasta la fecha, numerosos enfoques terapéuticos se han presentado, de los cuales ninguno logra detener la progresión de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Rosero F, Aguirre C, Rosero M, Orjuela D, Rosero A. Paraparesia espástica tropical en un paciente con HTLV-1. *Neurol Arg.* 2011;3(4):229-33. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2011.04.003>
2. Eusebio-Ponce E, Candel FJ, Anguita E. Human T-Cell Lymphotropic Virus Type 1 and associated diseases in Latin America. *Trop Med Int Health.* 2019;24(8):934-53. <https://doi.org/10.1111/tmi.13278>
3. Diaz C, Valencia M. Manifestaciones cutáneas asociadas con el HTLV-1. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2014;22(1):67-73. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1035>
4. Cortez-Franco F, Quijano-Gomero E. Manifestaciones cutáneas de la infección por el virus linfotrópico T humano (HTLV-I). *Dermatol Peru.* 2009;19(1):49-57. Disponible en: <https://rb.gy/zr6l2n>
5. Pérez-Porras MC, Valdivia-Muñoz LV, Victoria-Chaparro J. Dermatitis infectiva, un enemigo latente. *Dermatol Rev Mex.* 2022;66(3):408-13. <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i3.7782>
6. Boostani R, Layegh P, Yazdanpanah M, Vosoughi E, Mohammadi A, Joneidi N, et al. Dermatologic Manifestations in HTLV-1-Associated Myelopathy/Tropical Spastic Paraparesis. *Acta Med Iran.* 2019;57(3):181. <https://doi.org/10.18502/acta.v57i3.1821>
7. Ernzen KJ, Panfil AR. Regulation of HTLV-1 transformation. *Biosci Rep.* 2022;42(3):BSR20211921. <https://doi.org/10.1042/BSR20211921>
8. Molina AL, Molina V, Arroyave JE, Vásquez LA, Arredondo M, Ruiz AC. Linfoma de células T del adulto por HTLV1 con compromiso cutáneo. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2011;19(2):169-71. Disponible en: <https://rb.gy/pwtava>