

Lesiones digitales en pacientes con sida

Finger lesions in patients with AIDS

John Fabio Zúñiga López¹

Adriana Motta Beltrán²

Mariam Rolón Cadena³

Recibido: Noviembre 23 de 2006

Aceptado: Febrero 26 de 2007

RESUMEN

LAS ENFERMEDADES cutáneas son complicaciones frecuentes en el curso de la infección por el VIH y se presentan hasta en el 90% de los casos; a menudo constituyen la primera manifestación de la enfermedad y algunas de ellas son marcadoras de progresión de la misma.¹

En ocasiones la manifestación de estas dolencias es atípica o su compromiso es sutil; por estas razones se omite su diagnóstico, lo que lleva a un aumento en la morbimortalidad de estos enfermos.

Presentamos tres pacientes VIH (+) con lesiones cutáneas en los dedos de las manos, que fueron la primera o única manifestación de enfermedades asociadas y que empeoraron el pronóstico del sida en ellos.

Palabras clave: digitales, infecciones oportunistas, angiomas bacilar, herpes simple, criptococosis, SIDA.

Key words: finger, opportunistic infections, angiomas bacillary, herpes simplex, cryptococosis, AIDS.

CASO 1

Paciente masculino de 33 años de edad con sida C3 diagnosticado un año antes. Consultó por cuadro de siete meses de evolución consistente en dolor, edema y rubor en el tercer dedo de la mano izquierda, en ocasiones acompañado de secreción purulenta. Relataba además pérdida de 6 kg de peso, astenia y diarrea del mismo tiempo de evolución.

1. Universidad El Bosque, Hospital Simón Bolívar, Bogotá, D.C.

2. Dermatóloga, Universidad El Bosque, Hospital Simón Bolívar, Bogotá D.C.

3. Dermatopatóloga, Instituto Nacional de Cancerología, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

Correspondencia: Servicio de Dermatología. Hospital Simón Bolívar Cra. 7 No. 165-00, Bogotá, Colombia

Con diagnóstico de onicomicosis recibió fluconazol oral por 20 días sin mejoría. Al examen físico se encontró engrosamiento global de la falange distal, con pérdida casi completa de la uña, persistiendo únicamente el borde proximal y lateral externo. El lecho ungular mostraba superficie de aspecto cicatrizal, pliegue periungular interno con una úlcera cubierta de membrana amarillenta y descamación periférica (Figura 1).



Figura 1. Se observa engrosamiento de la falange distal y descamación en lecho ungual

Los paraclínicos mostraron linfocitos T CD4: 7 cel/mm³ y carga viral para VIH: 88000 copias /ml. La biopsia de piel con hematoxilina-eosina reveló infiltrado difuso de macrófagos vacuolados que contenían estructuras con morfología micótica que fueron PAS positivas, compatibles con criptococosis cutánea (Figura 2). El estudio de LCR reveló: proteínas, 82 mg/ml; glucosa 49 mg/dl, levaduras positivas a la tinta china, y en el cultivo se aisló *Cryptococcus neoformans*.

Con diagnóstico de criptococosis meníngea con compromiso cutáneo se manejó con anfotericina B endovenosa

Minicaso

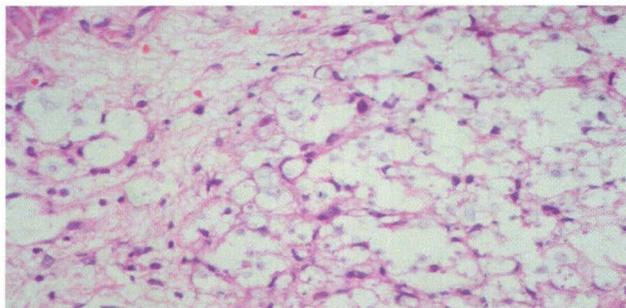


Figura 2. Se observan macrófagos vacuolados con estructuras PAS positivas compatibles con criptocosis.

durante seis semanas y ambulatoriamente con fluconazol oral, con buena evolución.

CASO 2

Hombre de 35 años con diagnóstico de sida C3 desde hace 10 años. Consultó por cuadro de ocho meses de evolución consistente en edema, calor, rubor, secreción purulenta y dolor incapacitante del primer dedo de la mano derecha, fiebre no cuantificada y malestar general asociado.

Un mes antes, con diagnóstico de absceso piógeno, se le realizó drenaje quirúrgico asociado a oxacilina y ciprofloxacina oral sin mejoría.

En la consulta dermatológica se encontró edema y eritema marcado con presencia de úlcera puntiforme rodeada por descamación en collarete y costras serosas adherentes en el área medial inferior del pulpejo del dedo comprometido, con intenso dolor a la presión (Figura 3). Los paraclínicos mostraron linfocitos T CD4: 84 cel/mm³ y carga viral para HIV: 98000 copias/ml.



Figura 3. Úlcera puntiforme en pulpejo

La biopsia del área marcada reveló dermis con múltiples proliferaciones vasculares, rodeadas por abundante infiltrado mixto, en el que predominaron los neutrófilos y las células plasmáticas con abundante tejido de granulación entremezclado (Figura 4). Se reconocieron algunos grupos de colonias bacterianas positivas con la coloración de Grocott.

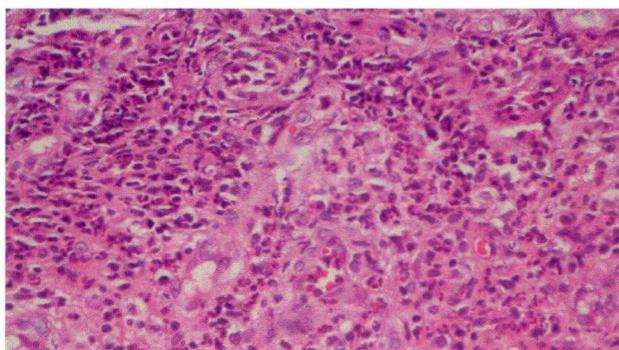


Figura 4. Se observa infiltrado inflamatorio con predominio de neutrófilos y células plasmáticas

Se diagnosticó angiomatosis bacilar y se manejó con doxiciclina 200 mg/día durante dos meses con evolución favorable.

CASO 3

Mujer de 24 años con sida C3 que se encontraba hospitalizada con neumonía por *Pneumocystis jirovecii*; además presentaba úlceras digitales dolorosas de mes y medio de evolución. En la cara ventral de la primera y segunda falanges del segundo dedo de la mano derecha se observaron dos úlceras: la distal, cubierta en parte por una costra necrótica; la proximal, de mayor tamaño, comprometiendo toda la falange media; con fondo limpio y cubiertas por membranas blanquecinas y costras serohemáticas (Figura 5).



Figura 5. Úlceras en cara ventral del índice derecho

Lesiones digitales en pacientes con SIDA

Los paraclínicos mostraron linfocitos T CD4:18 cel/mm³ y carga viral para HIV: 92000 copias/ml. La biopsia mostró vesícula intraepidérmica con células disqueratósicas y algunas con cambio citopático viral, compatible con infección herpética.

Con diagnóstico de herpes simple se manejó con aciclovir endovenoso, pero la paciente falleció durante la hospitalización.

DISCUSIÓN

Los tres pacientes que presentamos con sida C3, tenían un recuento escaso de linfocitos T CD4, lo que evidenció el estado de inmunosupresión grave que permitió el desarrollo de infecciones concomitantes que favorecieron un deterioro mayor y contribuyeron al fatal desenlace de la tercera paciente.

En los pacientes con infección por VIH, al inicio las manifestaciones de enfermedades sistémicas asociadas se pueden restringir a la piel o presentarse en formas tan sutiles que para el clínico pasan desapercibidas o se consideran patologías banales, como en los dos primeros casos que presentamos.

Es en el estadio tardío del sida (linfocitos T CD4 menor de 200 cel/mm³) cuando la inmunosupresión facilita la aparición de un sinnúmero de infecciones sistémicas y dermatológicas asociadas.⁶

En los pacientes con sida el deterioro de la inmunidad celular favorece la presencia de infecciones por virus, hongos y micobacterias principalmente. Múltiples fallas en la

inmunidad, como la disminución de los linfocitos T CD4, la disminución en la producción de la IL-12, la inapropiada respuesta TH1², los macrófagos infectados que sirven como reservorio del virus del VIH, y los monocitos que presentan alteración en sus receptores, dificultan aún más la fagocitosis y la destrucción de microorganismos, dando como resultado la presencia de enfermedades infecciosas oportunistas.

El compromiso cutáneo de la criptococosis es del 6% al 20%³ y en ocasiones puede preceder a las manifestaciones neurológicas y generalizadas hasta por 8 meses.⁴

La angiomatosis bacilar es de distribución mundial, con mayor frecuencia en Estados Unidos. En Brasil y Alemania la prevalencia es similar, con valores de 1.2-1.4 casos por 1.000 pacientes infectados por VIH.² Es posible que sea mayor entre nosotros por la baja sospecha clínica de la enfermedad.

En el servicio de dermatología del Hospital Simón Bolívar de Bogotá, desde 1995 y hasta 2005, entre los pacientes con diagnóstico de sida establecido solo se encontraron cuatro casos de criptococosis con compromiso cutáneo y cinco casos de angiomatosis bacilar.

En los pacientes infectados por VIH las infecciones por herpes simple (VHS) son frecuentes. La serología es positiva en más de un 90% de los hombres homosexuales VIH positivos, y es mayor la seroprevalencia del VHS 2.

Es importante resaltar el manejo interdisciplinario en este tipo de pacientes, dentro del cual el diagnóstico apropiado y oportuno de las lesiones dermatológicas mejoran el pronóstico de los enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zalla MJ, Su WP, Franway AF. Dermatologic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Mayo-clin-Pro* 1992; 67 (11):1089.
2. Plettenberg A, Lorenzen T, Burtsche BT, *et al.* Bacillary angiomatosis in HIV-infected patients. An epidemiological and clinical study. *Dermatology* 2000, 201(4):326-31.
3. Pietrella D, Monari C, Retini C, *et al.* Human immunodeficiency virus type 1 envelope protein gp 120 impairs intracellular antifungal mechanics in human monocytes. *J Inf Dis* 1998;177(2): 347-354.
4. Ng WF, Loo KT. Cutaneous cryptococcosis-Primary versus secondary disease. Report of two cases with review of literature. *Am J Dermatopathol* 1993, 15 (4):372-7.
5. Sarosi GA, Silberford PM, Tosh FE. Cutaneous cryptococcosis: a sentinel of disseminated disease. *Arch Dermatol* 1971; 104 (1):3-7
6. Johnson RA, Manifestaciones cutáneas de la enfermedad por VIH. En Freedberg IM, Eizen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI editors. *Fitzpatrick's. Dermatología en Medicina General.* 5 edición en español. Buenos Aires: Mc Graw - Hill 2001: 2654-91.