

Angiomatosis bacilar

Angiomatosis bacilar*

Sandra Vélez O.
Juan Guillermo Hoyos G.
Luis Alfonso Correa L.

RESUMEN

Se informa un caso de angiomatosis bacilar en un paciente de 26 años, con infección por virus de inmunodeficiencia humana (HIV), y compromiso de piel y hueso, de 5 meses de evolución. El diagnóstico es confirmado por la biopsia de piel y hueso al identificar los bacilos con la coloración de Warthin Starry.

Palabras clave: *Bartonella henselae*, *Bartonella quintana*, angiomatosis bacilar.

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 26 años, con diagnóstico de infección por HIV en agosto de 1997; un año después, con clasificación SIDA/C3, consultó por la presencia de múltiples pápulas eritemato-violáceas y otras color piel, firmes, no dolorosas, la mayor de 1 cm de diámetro, localizadas en cara, cuero cabelludo, tronco y extremidades (Figura 1). También presentaba una masa en la región pretibial derecha, de consistencia firme, dolorosa, de 10 cm de diámetro, cubierta por piel normal, acompañada de fiebre, cefalea y pérdida de peso. Antecedentes personales: toxoplasmosis cerebral en 1997 y criptococosis meníngea en 1998.

La biopsia de piel revela epidermis con áreas de acantosis irregular; en dermis múltiples proliferaciones vasculares pequeñas de forma y tamaño variables, que se disponen en conglomerados, rodeadas por infiltrado inflamatorio mono y polimorfonuclear, inmersos en un corion cutáneo poco celular, con focos de material amorfo granular tipo eosinófilo dispuesto entre las

estructuras vasculares, que en la coloración de Warthin Starry es positiva para estructuras bacilares (Figura 2).

La biopsia de hueso muestra imagen histológica similar a la descrita en la piel. La lesión reemplaza el tejido óseo que se observa en la periferia.

TAC de toracoabdominal: hígado aumentado de tamaño y múltiples imágenes nodulares en tejidos blandos del tórax.

RX pierna derecha: imagen lítica de borde irregular localizada en el tercio proximal de la tibia.

Hemocultivos, cultivos de piel y hueso: negativos.
CD4: 2; CD8: 481.

Con base en lo anterior, se hizo diagnóstico de angiomatosis bacilar; el paciente recibió tratamiento con eritromicina, 500 mg cada 6 horas durante 6 meses, con una respuesta clínica excelente e involución completa de todas las lesiones (Figura 3).

Sandra Vélez O, Residente III Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Juan Guillermo Hoyos G, Profesor Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Luis Alfonso Correa L, Profesor Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

*Presentado en la "Reunión de los Jueves" de la Sociedad Antioqueña de Dermatología (SADE).

Segundo puesto en el Concurso de Minicasos dentro del IV Simposio de Avances en Terapia Dermatológica, Cali, 13-15 agosto, 1999.

Correspondencia: Sandra Vélez, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Departamento de Medicina Interna, Dermatología, calle 64 x carrera 51D-10. Fax: 263 7667, Medellín, Colombia.

Angiomatosis bacilar



Figura 1. Pápula eritematosa, firme, no dolorosa, localizada en la frente, y otras en nariz y región malar izquierda.

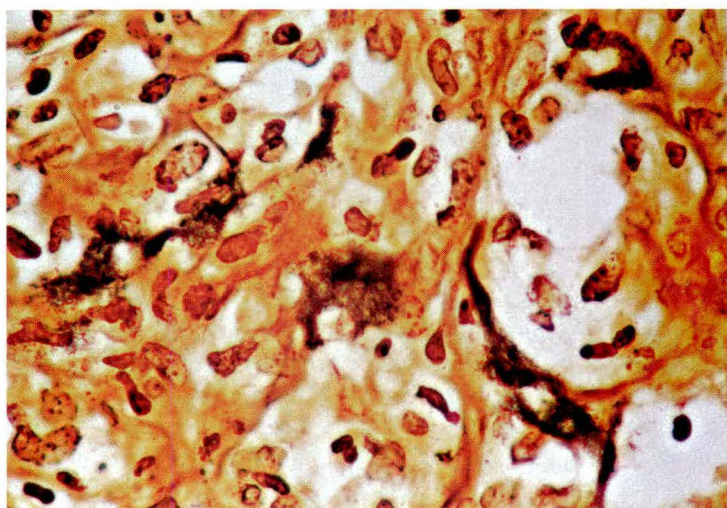


Figura 2. Warthin-Starry positivo para pequeñas estructuras bacilares.

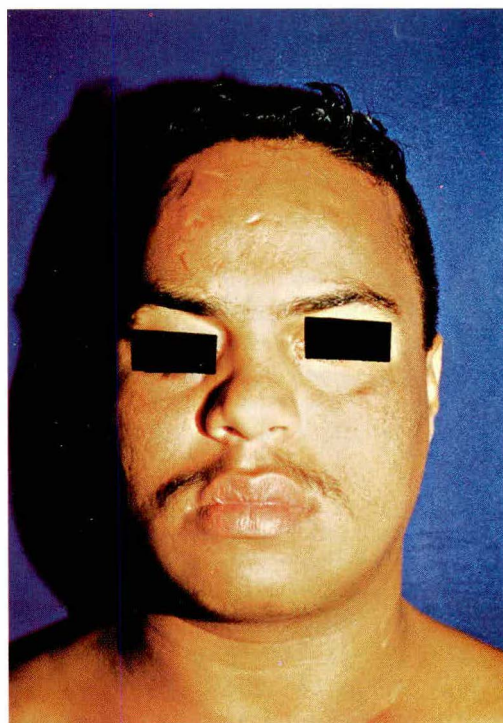


Figura 3. Involución completa de lesión previamente localizada en la frente.

Angiomatosis bacilar

DISCUSIÓN

La angiomatosis bacilar (angiomatosis epiteliode) es un trastorno proliferativo vascular poco frecuente, reportado inicialmente en 1983, causado por microorganismos del género *Bartonella* (antes *Rochaliamaea*), específicamente *B. henselae* y *B. quintana*, bacilos gram negativos capaces de estimular por sí mismos la proliferación vascular a través de la producción de un factor angiogénico.¹

El espectro de las enfermedades causadas por las especies de *Bartonella* se ha expandido, y ahora incluye la enfermedad por arañazo de gato, la angiomatosis bacilar, la peliosis bacilar, la bacteriemia persistente y la fiebre de las trincheras; la manifestación clínica depende de la inmunidad del huésped y de la carga bacteriana.²

La angiomatosis bacilar se observa con mayor frecuencia en pacientes con SIDA avanzado, quienes generalmente tienen recuentos de CD4 <50 cel/mm³; sin embargo, la infección por *Bartonella* ha sido informada en pacientes que reciben agentes inmunosupresores posteriormente a un trasplante (médula ósea, riñón, corazón o hígado), así como en pacientes inmunocompetentes. Dentro de los factores de riesgo para adquirir la infección está el contacto con gatos, mayor reservorio de *B. Henselae*; otros factores de riesgo son los bajos ingresos, la falta de vivienda y las malas condiciones de higiene personal.^{3,4}

El período de incubación para la angiomatosis bacilar es desconocido, pero puede ser de años; inicialmente hay una bacteriemia acompañada de fiebre, pérdida de peso y sudoración nocturna. Posteriormente se produce la infección tisular diseminada. Las manifestaciones cutáneas son las más comunes, siendo las lesiones vasculares las más frecuentes; comienzan como pápulas puntiformes rojas o violáceas y pueden llegar a tener una apariencia similar al granuloma piógeno. Se pueden encontrar nódulos subcutáneos comprometiendo tejidos blandos y hueso, úlceras cubiertas por costra, placas y celulitis. El bacilo también ha sido identificado en nódulos linfáticos, sistema nervioso central, mucosa bronquial y oral, bazo e hígado (peliosis bacilar). La infección por *Bartonella* en hígado y bazo puede causar lesiones por proliferación vascular o granulomas necrotizantes.¹

El diagnóstico de angiomatosis bacilar se hace con base en la identificación del bacilo en la biopsia de tejido con la coloración de Warthin Starry o por microscopía electrónica. Existen técnicas alternas de identificación como el PCR, la inmunofluorescencia y las pruebas serológicas que pueden hacerse para confirmar la infección. El cultivo es difícil porque requiere de condiciones específicas por un mínimo de 14 días.^{1,5}

No se han realizado estudios sistemáticos sobre el tratamiento de las manifestaciones de esta infección, pero debido a la fácil administración, bajo costo y la eficacia clínica observada, el tratamiento de elección es la eritromicina oral, 500-1000 mg, 4 veces al día, o doxiciclina oral, 100 mg, 2 veces al día. También se han utilizado otros antibióticos orales, con buena respuesta clínica, como la tetraciclina, el cloramfenicol, la rifampicina y algunos macrólidos. La duración mínima del tratamiento debe ser de 8 semanas y probablemente de 6 meses en los pacientes infectados por el HIV. Se han informado casos de recaídas; estos pacientes deben recibir terapia supresora el resto de su vida. La angiomatosis bacilar no tratada es una enfermedad potencialmente mortal.^{2,5}

Este es el primer caso confirmado de angiomatosis bacilar en Medellín, una entidad relativamente rara, pero que con la epidemia del SIDA hay que tenerla en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de las lesiones angioproliferativas.

SUMMARY

A case of a 26 year-old patient with HIV infection, with a 5-month course of angiomatosis bacilar, and with skin and bone compromise is presented. The diagnosis was confirmed by skin and bone biopsy by identifying the bacilli with Warthin Starry coloration.

Key words: *Bartonella henselae*, *Bartonella quintana*, bacillary angiomatosis.

Angiomatosis bacilar

BIBLIOGRAFÍA

1. Slater L, Welch D. Especies de *Rochalimaea*. En: Mandell G et al. Enfermedades Infecciosas, Principios y Práctica. Editorial Panamericana. Madrid 1997:1950-1954.
2. Spach DH, Koehler JE. Bartonella associated infections. Infect Dis Clin North Am 1998; 12:137-155
3. Maurin M, Raoult D. Bartonella (*Rochalimaea*) quin-
tana infections. Clin Microbiol Rev 1996; 9:273-292.
4. Murkawa G, Berger T. Bartonellosis. En: Fitzpatrick T et al. Dermatology in General Medicine. New York, McGraw-Hill 1999:2249-2255.
5. Piemont Y, Heller R. Bartonellosis: I. Bartonella henselae. Ann Biol Clin 1998; 56:681-692.