

# Lesiones eritematovioláceas de aparición aguda

Maite Lisa Eliceche, Agustín Bollea Garlatti, Mariana Caviedes, Gabriela Scalia y Ricardo Galimberti

## RESUMEN

Las manifestaciones cutáneas asociadas al HIV afectan a la mayoría de los pacientes con esta infección en algún momento del curso de la enfermedad. Las dermatosis inflamatorias e infecciosas son un 15% más frecuentes que en la población general. El sarcoma de Kaposi es una patología sistémica multifocal asociada al HIV. A partir del uso de TARV para la infección por el HIV, su incidencia ha disminuido en países desarrollados, si bien en el resto del mundo continúa siendo causa frecuente de morbimortalidad. Se presenta el caso de un paciente varón de 31 años en quien a partir de una consulta dermatológica por candidiasis y lesiones violáceas redondeadas de aparición aguda asintomáticas en piel y genitales, se realiza el diagnóstico de sarcoma de Kaposi con HIV en estadio sida. En este caso particular queremos destacar la candidiasis orofaríngea y el sarcoma de Kaposi como manifestaciones cutáneas que facilitaron el diagnóstico del HIV en estadio de inmunosupresión adquirida (sida).

**Palabras claves:** sarcoma de Kaposi, HIV, sida

## ACUTE PRESENTATION OF VIOLACEOUS LESIONS OF THE SKIN

### ABSTRACT

The cutaneous manifestations associated with human immunodeficiency virus affect most of the patients with this infection at some point. These patients have up to 15-fold higher rate of common infections and inflammatory skin conditions than the general population. The Kaposi sarcoma (KS) is a systemic multifocal disease associated with the HIV. Since the introduction of the highly active antiretroviral therapy, the incidence of KS has declined in HIV-infected patients among developed countries. However, it remains a one of the leading causes of death in the rest of the world. We report a case of a 31-year-old man who came to our dermatology outpatient clinic. He had mucus membrane lining the mouth and tongue and purple lesions of acute presentation that were asymptomatic in skin and genitalia. He was diagnosed with oral candidiasis and KS associated with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). The purpose of this article is to emphasize the cutaneous manifestations of Kaposi's sarcoma and the importance of ruling out HIV infection in this patients.

**Key words:** Kaposi sarcoma, HIV, AIDS

**Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2013; 33(3): 106-108.**

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 31 años, que consultó en el consultorio externo de la Sección de estomatología del Servicio de Dermatología, con un cuadro de placas blanquecinas en la mucosa oral asociado a lesiones violáceas en la piel. Como antecedentes, el paciente refería ser estudiante, no tener pareja estable y mantener relaciones sexuales con hombres. Al examen físico presentaba máculas y placas eritematovioláceas ovaladas de 0.4 a 1.5 cm de diámetro, asintomáticas, de 15 días de evolución y de crecimiento rápido. Estaban localizadas en párpado inferior derecho, parte superior del tronco, dorso, surco balanoprepucial y planta izquierda (Figs. 1, 2 y 3).

También presentaba placas blanquecinas sobre mucosa yugal y orofaríngea que se desprendían fácilmente, de una semana de evolución.

Con el diagnóstico presuntivo de candidiasis y sarcoma de Kaposi asociado a HIV, se solicita serología para HIV, sífilis y hepatitis. También se toma muestra para estudio micológico directo de placas en mucosa oral y se realiza biopsia de piel de lesiones para estudio histopatológico. De los estudios de laboratorio, el ELISA para HIV resultó positivo y los demás estudios y serologías, negativos. En conjunto con Infectología se solicitó recuento de carga viral, que resultó de 106.555 UI/mL, y de CD4, que fue de 33 cel/mm<sup>3</sup>. Se observaron elementos levaduriformes compatibles con cándida en el estudio micológico directo de placas yugales, por lo que se indicó tratamiento antimicótico sistémico con fluconazol.

El resultado de la histopatología fue sarcoma de Kaposi estadio macular con inmunohistoquímica positiva para CD34 (marcador endotelial) y HHV8.

Con los estudios realizados se llegó al diagnóstico de HIV en estadio de sida.

Como el paciente presentaba pérdida de 10 kg en 3 meses y tos de 1 mes de evolución, se decidió la internación para estudio y tratamiento.

Durante su transcurso se realizaron tomografía de cuello, tórax y abdomen con contraste oral e intravenoso y se encontraron opacidades focales en vidrio esmerilado dispersas y un foco de consolidación con broncograma aéreo, por lo que se realizó lavado bronquioalveolar sin hallazgos positivos.

Se interpretó el cuadro respiratorio como infeccioso y el paciente recibió tratamiento empírico antibiótico que evolucionó hacia la resolución.

Durante la internación también se inició tratamiento con terapia antirretroviral (TARV) (lamivudina, tenofovir disoproxil, efavirenz) con buena tolerancia.

Se descartó compromiso de mucosa digestiva y respiratoria por estudios tomográficos.

El tratamiento para el Kaposi en este estadio fue el inicio de la terapia antirretroviral (HAART).

El paciente continúa con control evolutivo y las lesiones se encuentran en involución.

Las manifestaciones dermatológicas afectan a la mayoría de los pacientes con HIV en algún momento del curso de la infección.<sup>2</sup> En estos pacientes, las dermatosis inflamatorias e infecciosas son un 15% más frecuentes que en la población general<sup>4</sup> (Tabla 1).

El sarcoma de Kaposi es una enfermedad sistémica multifocal, que se define como una hiperplasia o neoplasia de bajo grado de células endoteliales, asociada a la infección por virus herpes 8 (HHV8).<sup>1</sup>

Se describen 4 formas clínicas: 1) crónica o clásica, 2) endémica africana, 3) iatrogénica o secundaria a inmunosupresión y 4) asociada a sida.<sup>4</sup> La más frecuente es la asociada a la infección por HIV y se considera como enfermedad marcador de sida.<sup>1</sup>

A partir del uso de TARV para la infección por el HIV, la incidencia ha disminuido en países desarrollados, si bien en otros lugares continúa siendo causa de morbimortalidad importante.<sup>4</sup>

Las manifestaciones clínicas consisten en la aparición de máculas, placas y tumores eritematovioláceos ovalados, que pueden progresar y ulcerarse. Se encuentran localizados en la zona medial del rostro, el tronco superior, pierna y mucosa oral o genital. Las lesiones generalmente son asintomáticas. Puede haber compromiso de órganos internos como ganglios linfáticos, mucosa gastrointestinal y respiratoria.<sup>2</sup>

El diagnóstico se realiza a través de las manifestaciones cutáneas acompañado por la confirmación histopatológica.<sup>2</sup> Antes de iniciar el tratamiento es necesario evaluar la extensión del sarcoma a nivel cutáneo y sistémico.<sup>3</sup>

Los objetivos terapéuticos son la prevención de la progresión y la mejoría clínica sintomática y estética.<sup>9</sup> Se recomienda en todos los estadios del sarcoma iniciar terapia antirretroviral (evidencia Grado 1B). En los casos de sarcoma limitado a nivel cutáneo suele ser suficiente con este tratamiento.<sup>9</sup>



Figura 1



Figura 2

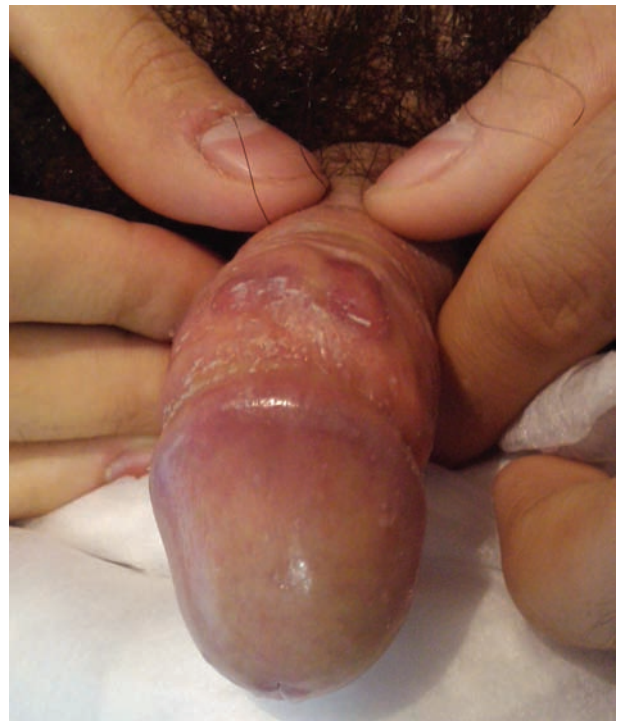


Figura 3

**Tabla 1.** Correlación entre recuento de CD4 y manifestaciones dermatológicas en pacientes con HIV5

>500 CD4 cel/mm <sup>3</sup>	< 500 CD4 cel/mm <sup>3</sup>	<250 CD4 cel/mm <sup>3</sup>	<50 CD4 cel/mm <sup>3</sup>
Síndrome retroviral agudo	Candidiasis orofaríngea	Foliculitis eosinofílica	Infecciones oportunistas
Leucoplasia vellosa	Herpes zóster	Infecciones oportunistas	Aftas orales mayores
Candidiasis vaginal	Psoriasis	Linfoma no Hodgkin	Ictiosis adquirida
Dermatitis seborreica	Sarcoma de Kaposi	Angiomatosis bacilar	

En el caso de lesiones únicas muy grandes y sintomáticas se puede agregar quimioterapia o radioterapia local. Las indicaciones de quimioterapia sistémica son: más de 15 lesiones cutáneas, falta de respuesta a TARV, edema, compromiso sintomático visceral y síndrome de reconstitución inmunitaria.<sup>8</sup>

Como diagnósticos diferenciales hay que tener en cuenta los linfomas cutáneos, la angiomatosis bacilar, el angiosarcoma y las metástasis cutáneas. Es importante destacar que para arribar a un diagnóstico de certeza es imprescindible realizar la biopsia para estudio histopatológico.<sup>1,2</sup>

Queremos destacar cómo, a partir de la candidiasis orofaríngea y especialmente el sarcoma de Kaposi, se arriba al diagnóstico de HIV en estadio de inmunosupresión adquirida (sida) y resaltar que las manifestaciones cutáneas facilitaron el proceso diagnóstico del HIV.

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

- Kelly R, Baker C. Other vascular disorder. En: Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J. *Dermatology*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Elsevier; 2012. Cap. 106, p. 1748-51.
- Rieger A, Minsue Chen T, et al. Cutaneous manifestations of HIV infection. En: Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J. *Dermatology*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Elsevier; 2012. Cap. 78, p. 1285-330.
- Krown SE, Testa MA, Huang J. AIDS-related Kaposi's sarcoma: prospective validation of the AIDS Clinical Trials Group staging classification. *AIDS Clinical Trials Group Oncology Committee. J Clin Oncol*. 1997;15(9):3085-92.
- Khambaty MM, Hsu SS. Dermatology of the patient with HIV. *Emerg Med Clin North Am*. 2010;28(2):355-68.
- Dezube BJ. AIDS-related Kaposi sarcoma: the role of local therapy for a systemic disease. *Arch Dermatol*. 2000;136(12):1554-6.
- Bower M, Collins S, Cottrill C, et al. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008. *HIV Med*. 2008;9(6):336-88.
- Dezube BJ, Pantanowitz L, Abouafia DM. Management of AIDS-related Kaposi sarcoma: advances in target discovery and treatment. *AIDS Read*. 2004;14(5):236-8, 243-4, 251-3.
- Martinez V, Caumes E, Gambotti L, et al. Remission from Kaposi's sarcoma on HAART is associated with suppression of HIV replication and is independent of protease inhibitor therapy. *Br J Cancer*. 2006;94(7):1000-6.
- Krown SE. Highly active antiretroviral therapy in AIDS-associated Kaposi's sarcoma: implications for the design of therapeutic trials in patients with advanced, symptomatic Kaposi's sarcoma. *J Clin Oncol*. 2004;22(3):399-402.