



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Pápulas marrones y violáceas localizadas en la espalda de un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Brown and violet papules located on the back of a human immunodeficiency virus-infected patient

João Borges-Costa^{a,b,*}, David Pacheco^a, Luís Soares-Almeida^a y Manuel Sacramento-Marques^a

^a Clínica Universitária Dermatológica de Lisboa, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

^b Unidade de Microbiologia, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, Portugal

Descripción del caso

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 42 años de edad, con infección por VIH-1, referenciado a consulta por pápulas marrones y violáceas localizadas en la espalda y en los miembros superiores (fig. 1). Las lesiones tenían 5 meses de evolución y no eran pruriginosas. El paciente estaba medicado por vía oral con lopinavir/ritonavir 400 + 100 mg 2 veces al día y emtricitabine/tenofovir 200 + 245 mg una vez al día desde hacía 4 años, tenía un número de linfocitos CD4 de 247 células/mm³ y la carga viral era inferior a 50 copias/ml.

La hipótesis diagnóstica inicial fue sarcoma de Kaposi, pero en la biopsia cutánea se encontró un infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, plasmocitos y amastigotes de *Leishmania* en los macrófagos (fig. 2). El paciente negaba fiebre, consumo de drogas intravenosas o viajes fuera de la península Ibérica. No se palpaba hepatoesplenomegalia en el examen objetivo.

Evolución

El paciente fue enviado a medicina interna, donde se realizó una biopsia de la médula que fue positiva, a pesar de no tener signos clínicos de afectación visceral. Inició terapéutica con anfotericina B liposómica, 4 mg/kg/día por vía intravenosa durante 10 días, con buena respuesta y sin tratamiento posterior de mantenimiento. Las lesiones cutáneas remitieron 2 semanas después y no ha habido recidiva después de un año de seguimiento, manteniendo siempre una carga viral inferior a 50 copias/ml y un número de linfocitos CD4 de 308 células/mm³ a los 6 meses y de 370 al año de seguimiento.



Figura 1. Pápulas violáceas en la espalda.

Comentario final

La infección por VIH en el sudoeste europeo es la responsable del aumento de número de casos de *Leishmania infantum* en adultos¹. La mayor parte de los pacientes tienen afectación visceral y la aparición de lesiones cutáneas es rara².

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joabc77@hotmail.com (J. Borges-Costa).

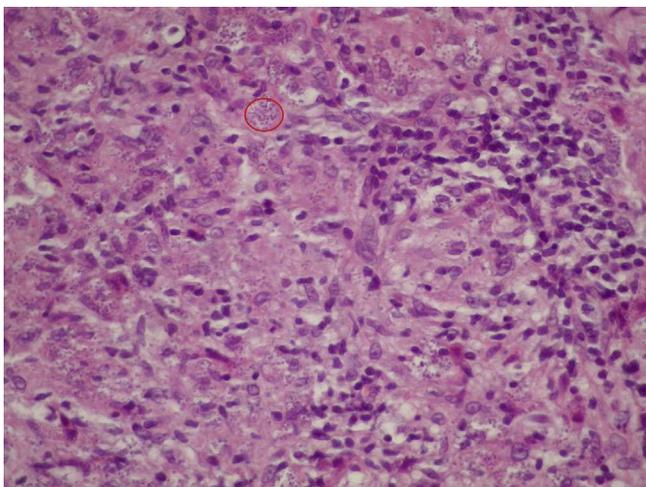


Figura 2. Amastigotes en la dermis (círculo); H&E, $\times 100$.

La leishmaniosis visceral es también frecuente en pacientes con VIH en los países mediterráneos³, y es más frecuente en estadios avanzados de la infección⁴, con número de CD4 inferiores a 200 células/ μ l, y puede, aunque raramente, ser la primera manifestación de este tipo de infección. La coinfección VIH/*Leishmania* también ha modificado^{5,6} las manifestaciones cutáneas de la infección por *L. infantum*. En comparación con otros casos descritos^{3,4}, las lesiones de nuestro paciente no causaban prurito.

En estos enfermos, la infección por *L. infantum* puede imitar⁶ las manifestaciones clásicas de la *L. donovani* y también puede

producir leishmaniosis post-kala-azar⁷. El polimorfismo de las lesiones puede simular también otras dermatosis como lupus, psoriasis, eritrodermia, dermatomiositis o sarcoma de Kaposi⁸, como en el caso de nuestro paciente.

Los clínicos deben familiarizarse con las formas cutáneas atípicas de leishmaniosis visceral en pacientes con VIH. Estos deben ser referenciados con celeridad para iniciar terapéutica sistémica.

Bibliografía

1. Campino L, Maia C. Epidemiologia das leishmanioses em Portugal. *Acta Med Port.* 2010;23:859–64.
2. Zarco C, Llamas R, Postigo C, Vanaclocha F, Iglesias L. Expresión cutánea atípica de leishmaniasis visceral en la infección por VIH. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:246–8.
3. Bosch RJ, Rodrigo AB, Sánchez P, Gálvez MV, Herrera E. Presence of *Leishmania* organisms in specific and non-specific skin lesions in HIV-infected individuals with visceral leishmaniasis. *Int J Dermatol.* 2002;41:670–5.
4. Espinel ML, Martín-Jaramillo JA, Meléndez-Guerrero B, Vázquez-Navarrete S. Leishmaniasis con fenómeno de eliminación transepidérmica. Descripción de dos casos en pacientes con SIDA. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:390–3.
5. Puig L, Pradinaud R. HIV/*Leishmania* coinfections: dermatological manifestations. *Ann Trop Med Parasitol.* 2002;97:S107–14.
6. Catorze G, Alberto J, Afonso A, Viera R, Cortes S, Campino L. *Leishmania infantum*/HIV co-infection: cutaneous lesions following treatment of visceral leishmaniasis. *Ann Dermatol Venereol.* 2006;133:39–42.
7. Gelanew T, Amogne W, Abebe T, Kuhls K, Hailu A, Schönian G. A clinical isolate of *Leishmania donovani* with ITS1 sequence polymorphism as a cause of para-kala-azar demal leishmaniasis in an Ethiopian human immunodeficiency virus-positive patient on highly active antiretroviral therapy. *Br J Dermatol.* 2010;163:870–4.
8. González-Beato MJ, Moyano B, Sánchez C, González-Beato MT, Pérez-Molina JA, Miralles P, et al. Kaposi's sarcoma-like lesions and other nodules as cutaneous involvement in AIDS-related visceral leishmaniasis. *Br J Dermatol.* 2000;143:1316–8.