

Erupción papulosa aislada y confluyente en tronco y manos en varón con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Amparo Peña, Santiago Moreno, José M. Ramos, Ana I. Menasalvas, Andrés Nieto y Rosa M^a Blázquez

Secciones de Dermatología, Enfermedades Infecciosas y Anatomía Patológica. Hospital J. M. Morales Meseguer. Murcia.

Claso clínico

Paciente de 38 años con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde hacía 6 años, que como antecedentes destacaba púrpura trombocitopénica idiopática y leishmaniasis visceral tratada con antimonio de meglumina cuatro años antes. En los últimos meses seguía tratamiento con estavudina, lamivudina y ritonavir. Consulta por la aparición de lesiones en mano y tronco. La erupción cutánea estaba constituida por elementos papulosos aislados o confluentes. En el tronco tenían un tamaño de 2-4 mm con superficie lisa y coloración parda (fig. 1), en las manos las lesiones eran de mayor tamaño llegando a 7-8 mm, con color violáceo y superficie rugosa hiperqueratósica, algunas con umbilicación central (figs. 2 y 3). La erupción tenía un aspecto francamente liquenoide y las lesiones localizadas en dorso de manos se asemejaban a verrugas vulgares (fig. 4). En la analítica destacaba: leucocitos, $3,4 \times 10^9/l$; plaquetas, $84 \times 10^9/l$; linfocitos CD4, $0,213 \times 10^9/l$, y carga vírica menor de 40 copias/ml. Se realizaron dos biopsias, tomando fragmentos de piel de diferente morfología y localización (mano y tronco).

Diagnóstico y evolución

En la histología de ambas biopsias cutáneas se apreciaban cúmulos de histiocitos densos, especialmente en la dermis superficial, pero también en la zona próxima al tejido celular subcutáneo con citoplasma cargado de microorganismos ovales de 1-2 μm de diámetro, sugestivos de amastigotes de *Leishmania* spp. (fig. 5). La biopsia cutánea no se envió para cultivo parasitológico.

Se inició tratamiento intramuscular con antimonio de meglumina (850 mg/día) durante 3 semanas con curaciones de las lesiones.



Figura 1.



Figura 2.

Correspondencia: Dra. A. Peña.
Sección de Dermatología.
Hospital J.M. Morales Meseguer.
Avda. Marques de los Vélez s/n.
30008 Murcia.

Manuscrito recibido el 21-2-2000; aceptado el 26-4-2000.

Enferm Infecc Microbiol Clin 2001; 19: 339-340



Figura 3.



Figura 4.

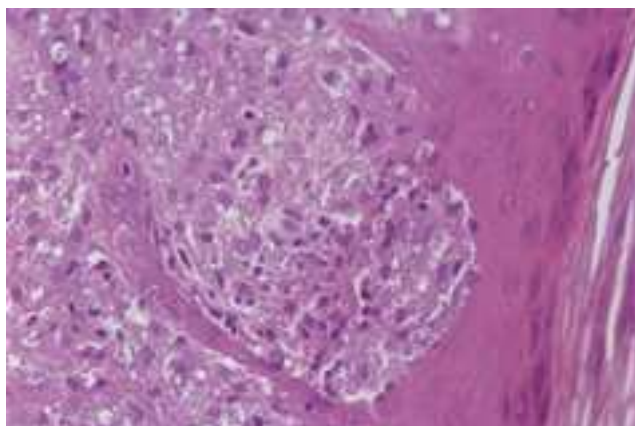


Figura 5.

Comentario

La leishmaniasis visceral afecta al 1%-4% de los pacientes infectados por el VIH en nuestro medio^{1,2}. Los zimodermas viscerotropos y dermatotropos de *L. infantum* son los responsables de este tipo de leishmaniasis en los infectados por VIH³. En estos pacientes la leishmaniasis visceral puede cursar con fiebre, pancitopenia, hepatoesplenomegalia y afectación del aparato digestivo o respiratorio^{2,3}.

En pacientes infectados por el VIH se han descrito casos aislados del leishmaniasis cutánea⁴⁻⁷. Según los datos

aportados por la Organización Mundial de la Salud, la afectación cutánea representa el 2%-3% del total de leishmaniasis en pacientes infectados por el VIH⁸, mientras que se ha observado afectación cutánea asociada a leishmaniasis visceral en el 8%-18% de ellos^{2,4}. Las manifestaciones de las leishmaniasis cutáneas en pacientes infectados por el VIH son muy variadas y pueden cursar como máculas (eritematosas, hipo o hiperpigmentadas), pápulas (eritematosas, eritematomarronáceas, o violáceas confluentes), placas (psoriasiformes pruriginosas o eritemato-violáceas, similares a las de la dermatomiositis) o nódulos hiperpigmentados⁴⁻⁷. Generalmente las lesiones son asintomáticas, si bien pueden ser pruriginosas⁴. La erupción se distribuye principalmente en los miembros superiores (dorso de manos, brazos, codos), seguida de los miembros inferiores (rodillas, muslos, pies), región glútea, cuello y cara. Pueden localizarse en una o varias zonas del cuerpo^{4,7} o presentarse de forma diseminada⁵. En un mismo paciente pueden coexistir diferentes tipos de lesiones y en distintas zonas anatómicas⁴, como en el caso presentado. Se han descrito casos de pacientes con infección por el VIH en los que se aísla *Leishmania* spp. en lesiones de sarcoma de Kaposi⁹. También se ha presentado leishmaniasis cutánea asentada sobre lesiones de herpes zoster⁷ y leishmaniasis cutánea post-kala-azar¹⁰. En este paciente la leishmaniasis cutánea apareció años después de una leishmaniasis visceral. Dado que no se efectuó estudio de médula ósea no se puede saber si presentaba una leishmaniasis cutánea post-kala-azar o una leishmaniasis cutánea asociada a una forma visceral. El tratamiento de la leishmaniasis cutánea en pacientes infectados por el VIH es similar al de la forma visceral; se suelen emplear antimoniales solos o asociados a alopurinol o itraconazol⁴. El curso suele ser favorable, siendo relativamente frecuente la recaída⁴. En los últimos años se están utilizando otros fármacos para el tratamiento de la leishmaniasis visceral como la anfotericina B desoxicolato o en formulación lipídica con unos resultados similares a los antimoniales, pero con mejor tolerancia^{2,3}.

Bibliografía

1. Alvar J, Gutiérrez-Sola B, Molina R, López-Vélez R, García-Camacho A, Martínez P, et al. Prevalence of leishmaniasis infection among AIDS patients. *Lancet* 1992; 339: 1.427.
2. Alvar J, Cañavate C, Gutiérrez-Solar, Jiménez M, Laguna F, López-Vélez R, et al. Leishmaniasis and human immunodeficiency virus coinfection: the first 10 years. *Clin Microbiol Rev* 1997; 10: 298-319.
3. Reus S, Sánchez R, Portilla J, Boix V, Priego M, Merino E, et al. Leishmaniasis visceral: estudio comparativo de pacientes con y sin infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999; 17: 515-520.
4. Postigo C, Llamas R, Zarco C, Rubio R, Pulido F, Costa JR, et al. Cutaneous lesions in patients with visceral leishmaniasis and HIV infection. *J Infect* 1997; 35: 265-268.
5. Belda Mira A, Díaz Sánchez F, Martínez García B, Gonzalo Bellver E, Antón Crespo A, Redón Más J. Leishmaniasis y SIDA. A propósito de dos casos con diseminación cutánea. *An Med Intern (Madrid)* 1994; 8: 398-400.
6. Daudén E, Peñas PF, Ríos L, Jiménez M, Fraga J, Alvar J, et al. Leishmaniasis presenting as a dermatomyositis-like eruption in AIDS. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 316-319.
7. Del Giudice P. Leishmania infection occurring in herpes zoster lesions in HIV positive patient. *Br J Dermatol* 1996; 135: 1.005-1.006.
8. World Health Organization. Report on the consultative meeting on *leishmania*/HIV coinfection. WHO/LEISH/95.35. Ginebra: World Health Organization, 1995; 1-14.
9. Abajo P, Buezo GF, Fraga J, Daudén E. Leishmaniasis and Kaposi's sarcoma in an HIV-infected patient. *Am J Dermatopathol* 1997; 19: 101-102.
10. Ríos-Buceta L, Buezo GF, Peñas PF, Daudén-Tello E, Aragones-Montanes M, Fraga-Fernández J, et al. Post-kala-azar dermal Leishmaniasis in an HIV-patient. *Int J Dermatol* 1996; 35: 303-304.