

# Varón con infección por VIH avanzada y lesiones cutáneas hiperqueratósicas difusas

Francisco J. Rodríguez-Gómez<sup>a</sup>, Gloria A. Pastrana-Mejía<sup>b</sup>, J.M. Lomas<sup>a</sup> y Emilio Pujol<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Medicina Interna y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.



Figura 1. Lesiones cutáneas al ingreso.

## Caso clínico

Varón de 41 años fumador de 1 paquete de cigarrillos/día y adicto a drogas por vía inhalada con infección por VIH conocida desde 1987 de adquisición parenteral y en estadio C por tuberculosis pulmonar en 1990 por la que cumplimentó tratamiento correcto. Había realizado tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en 1999 con AZT-3TC-IDV y en 2003 con ddI-3TC-EFV con pésima adherencia. Se encontraba en programa de deshabituación con metadona y viviendo en la calle. Semanas antes de acudir a la consulta presentaba lesiones costrosas diseminadas, escasamente pruriginosas. En la exploración

física se objetivaban lesiones hiperqueratósicas en el dorso de ambas manos (fig. 1, panel A), codos (fig. 1, panel B), cuello, oreja (fig. 1, panel C), frente (fig. 1, panel D), y región interglútea además de eritrodermia generalizada. El hemograma mostraba 704 eosinófilos/ $\mu$ l, y la serie roja y plaquetaria era normal. La bioquímica con perfil hepático, el estudio de coagulación, la proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación globular resultaron normales. La situación inmunovirológica fue de: 72 CD4/ $\mu$ l y CV 398.000 copias/ml. Se tomaron mediante *punch* biopsias cutáneas (3 muestras) de ambas manos y el codo y fueron enviadas para estudio histopatológico.

## Evolución

Ante la sospecha de sarna costrosa o Noruega se procedió al ingreso con aislamiento cutáneo estricto, utilizándose batas y guantes para acceder a la habitación así como lavado de la ropa (sábanas, toallas, pijamas) a 60 °C. Se

Correspondencia: Dr. F.J. Rodríguez-Gómez.  
Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Juan Ramón Jiménez.  
Ronda Norte. 21005 Huelva. España.  
Correo electrónico: med007369@saludalia.com

Manuscrito recibido el 19-10-2005; aceptado el 17-1-2006.



Figura 2. Desaparición completa de las lesiones tras el tratamiento.

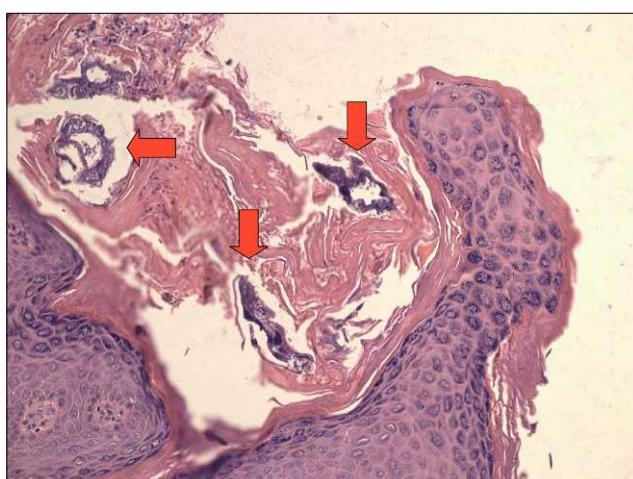


Figura 3. Corte histológico de lesión verrucosa cutánea; epidermis acantótica con varios *sarcoptes* (flechas) en una costra hiperqueratótica. (Hematoxilina-eosina, original  $\times 20$ ).

aplicó vaselina salicílica al 6% horas antes de la ducha y, una vez seco, permetrina al 5% por todo el cuerpo (incluyendo cuero cabelludo) manteniéndose esta última durante la noche, junto con ivermectina 200  $\mu\text{g}/\text{kg}$ /v.o. en dosis única. A las 72 h presentó desaparición completa de las lesiones cutáneas que motivaron el ingreso (fig. 2, paneles A, B, C, D). El estudio de anatomía patológica mostró infiltrado crónico perivasicular en dermis superior y media así como artrópodos en la capa cornea (fig. 3), confir-

mándose la sospecha diagnóstica. Se trató con una segunda dosis de ivermectina 10 días después de la primera. Con este régimen, tolerado de manera excelente, se obtuvo curación de la escabiosis.

## Consideraciones

La escabiosis o sarna es una dermatosis causada por el artrópodo *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. Se trata de un parásito humano obligado de distribución ubicua que se transmite principalmente por contacto cutáneo y excepcionalmente (como la sarna costrosa o Noruega) a través de fómites o del medio<sup>1,2</sup>. Es endémica en determinados países tropicales y responsable de epidemias en hospitales, casas de acogida o residencias de ancianos<sup>3</sup>. La variante costrosa se presenta en una población susceptible que la constituyen pacientes con infección por VIH o HTLV-1, tratamiento esteroideo (sistémico o tópico), trasplantados, neoplasias hematológicas o deficiencia mental<sup>2,4,5</sup> si bien se describe en aborígenes de zonas rurales de Australia sin inmunosupresión conocida<sup>6</sup>. Se manifiesta clínicamente como una dermatosis psoriasiforme que afecta a manos y pies con hiperqueratosis de las uñas y erupción eritematosa descamativa en la cara, el cuello, el cuero cabelludo y el tronco<sup>2</sup>. El retraso diagnóstico es frecuente ya que puede simular otras dermatosis descamativas propias del VIH como la dermatitis seborreica, psoriasis o exantemas inducido por fármacos<sup>2,7</sup>. Las complicaciones pueden ser graves con relación a infecciones bacterianas secundarias (*Staphylococcus aureus*, estreptococos  $\beta$  hemolíticos

del grupo A o peptoestreptococos)<sup>9</sup> con una mortalidad de hasta el 50% en un período de 5 años en relación a sepsis<sup>10</sup>. El diagnóstico de certeza se establece mediante la identificación microscópica del parásito, huevos o heces<sup>2,5</sup>, recomendándose efectuarlos en el caso de pacientes con VIH con dermatitis generalizada e indigentes<sup>2</sup>. Generalmente, se recomienda el ingreso hospitalario de pacientes con sarna costrosa<sup>2</sup> y no hay estudios controlados respecto al tratamiento, por lo que las recomendaciones se basan en la opinión de expertos, que aconsejan un escabicida tópico e ivermectina o bien dosis repetidas de esta última<sup>4</sup>. Los CDC recomiendan tratamiento tópico con lindane al 1% o permeterina al 5%, y sistémicos con ivermectina<sup>4</sup>. La permeterina constituye el escabicida tópico de elección en aquellos países en los que se dispone de ella<sup>2</sup>, y es tan efectiva como el lindano y menos tóxica. La ivermectina constituye un fármaco efectivo, barato y seguro, recomendado en la sarna relacionada con el VIH (especialmente en casos graves), en pacientes con recuentos de CD4 bajos y tras fracasar tratamiento tópicos<sup>8</sup>, además, es útil en los brotes institucionales (especialmente en ancianos con mala tolerancia a los tratamientos tópicos)<sup>2</sup>. Es probable que se requieran 2 o 3 dosis, separados por intervalos de 1-2 semanas en pacientes con formas graves de sarna o pacientes inmunodeprimidos<sup>2</sup>. Como conclusión, el diagnós-

tico de presunción de la sarna costrosa debe hacerse “a primera vista” y puede confirmarse fácilmente mediante biopsia cutánea. Las medidas de aislamiento son fundamentales para evitar brotes nosocomiales o comunitarios de esta entidad tan contagiosa.

## Bibliografía

1. Heukelbach J, Feldmeier H. Ectoparasites—the underestimated realm. Lancet. 2004;363:889-91.
2. Chosidow O. Scabies and pediculosis. Lancet. 2000;355:819-26.
3. Holness DL, DeKoven JG, Nethercott JR. Scabies in chronic health care institutions. Arch Dermatol. 1992;128:1257-60.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2002;51(RR-6): 67-9.
5. Wendel K, Rompalo A. Scabies and pediculosis pubis: an update of treatment regimens and general review. Clin Infect Dis. 2002;35 Suppl 2:146-51.
6. Walton SF, McBroom J, Mathews JD, Kemp DJ, Currie BJ. Crusted scabies: a molecular analysis of *Sarcoptes scabiei* variety hominis populations from patients with repeated infestations. Clin Infect Dis. 1999;29:1226-30.
7. Almond DS, Green CJ, Geurin DM, Evans S. Lesson of the week: Norwegian scabies misdiagnosed as an adverse drug reaction. BMJ. 2000;320:35-6.
8. Meinking TL, Taplin D, Hermida JL, Pardo R, Kerdell FA. The treatment of scabies with ivermectin. N Engl J Med. 1995;333:26-30.
9. Currie B, Haffam S, O'Brien D, Walton S. Ivermectin for scabies. Lancet. 1997;350:1551.
10. Adjei O, Brenya RC. Secondary bacterial infection in Ghanaian patients with scabies. East Afr Med J. 1997;74:729-31.