

Psoriasis en pacientes con VIH: presentación de nueve casos

Psoriasis in HIV patient: presentation of nine cases

Claudia Ramos,¹ Eberth Quijano,² Dina Carayhua,³ Rita Sánchez²

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial y de base genética, cuya incidencia se estima entre 0,5% y 2% en nuestra población. El VIH es una infección cada vez más frecuente, cuyos pacientes se afectan también de psoriasis antes o después de su diagnóstico, siendo una interrogante frecuente si la enfermedad influye de alguna manera en la presentación o severidad de esta última, como lo hace en otras dermatosis. Siendo la comorbilidad VIH y psoriasis un reto terapéutico, sobre todo en pacientes con cuadros más severos por la polifarmacia que estos reciben. Se presentan y analizan nueve casos, con ambos diagnósticos, evaluados en el Servicio de Dermatología del Hospital Daniel A. Carrión del Callao, entre 2007 y 2011.

PALABRAS CLAVE. VIH. Psoriasis.

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic, multifactorial, genetic and inflammatory disease which incidence is estimated between 0,5 and 2% in our population. HIV is now a more frequent infection, this patient can be affected by psoriasis before or after the diagnosis, been a frequent question if HIV change in any way in presentation or severity like HIV does in other dermatosis. Comorbidity HIV-psoriasis is otherwise a therapeutic challenge, especially in the most critical cases due to polypharmacy. Nine cases attended in the Service of Dermatology of the Hospital Daniel A. Carrión are presented and analyzed.

KEY WORDS. HIV. Psoriasis.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial y de base genética, cuya incidencia varía entre 0,5% y 2% en diferentes poblaciones. A su vez, la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es cada vez más frecuente en nuestra población.

Entre los múltiples factores que gatillan el inicio del cuadro de psoriasis están las infecciones y el estrés psicológico. Para los pacientes psoriásicos, el diagnóstico de VIH, como en toda persona tiene un significativo impacto negativo en el aspecto psicosocial, lo que tal vez haría que la psoriasis preexistente se exacerbe.⁽¹⁾ Así, se han descrito casos en que se da un comienzo muy aparatoso de la psoriasis al informársele a un paciente que padece de VIH-sida.⁽²⁾ Además, las repetidas infecciones cutáneas (estafilocócicas, estreptocócicas o candidiásicas) que sufren estos pacientes inmunosuprimidos también podrían exacerbar la psoriasis.^(3,4)

Se ha observado que las lesiones de psoriasis en pacientes sin diagnóstico previo aparecen en individuos no terminales,⁽⁵⁾

1. Médico Residente por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión (HNDAC). Callao, Perú.

2. Médico asistente del Servicio de Dermatología del HNDAC. Callao, Perú.

3. Médico Anatomopatólogo. Servicio de Patología. HNDAC. Callao, Perú.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con VIH y psoriasis.

Caso	Edad	Sexo	Estadio sida	Tratamiento antiviral	CD4	Antecedente familiar	Localización	Severidad	Comorbilidad	Artralgias
▲ 1	29	M	Sí	Sí	373	No	Cara, T, MM, pliegues	Severa	No	No
▲ 2	25	F	No	No	NS	No	CC, T, MM	Moderada	Lúes	No
▲ 3	33	M	Sí	No	NS	No	Acral, pliegues	Moderada	No	No
▲ 4	48	M	Sí	No	NS	No	Acral, cara, CC, MM, T	Severa	No	Sí
▲ 5	43	M	Sí	No	NS	No	Acral, cara, CC, MM	Severa	Lúes	Sí
▲ 6	40	M	Sí	Sí	143	No	CC, MM, cara	Leve	No	No
▲ 7	39	M	Sí	Sí	700	No	Pliegues, cuello	Leve	Lúes	No
▲ 8	27	M	Sí	Sí	104	No	Pliegues, CC, cara.	Leve	Lúes	No
▲ 9	24	M	Sí	Sí	800	No	Pliegue	Leve	No	No

CC: cuero cabelludo; MM: miembros; T: tronco; NS: no se sabe.

que evolucionan en forma paralela hasta desaparecer en estadios finales.⁽⁴⁾

En el VIH se produce un relativo aumento de linfocitos CD8 respecto a los linfocitos CD4, siendo los linfocitos CD8 activados los que podrían infiltrar la epidermis y provocar la activación y la proliferación secundaria de los queratinocitos, mediante la inducción de la secreción de factores de crecimiento de estas células.

También se ha visto que las manifestaciones clínicas de la psoriasis en pacientes con VIH fueron diferentes,⁽⁶⁻⁸⁾ siendo formas clínicas generalizadas persistentes aun con las distintas modalidades terapéuticas. Se describió que en pacientes con recuentos menores de 200 CD4 el compromiso severo era más frecuente.^(9,10) Otros vieron una mayor frecuencia de afección palmoplantar que recordaba a la queratodermia blenorragica del síndrome de Reiter y artropatía.⁽¹¹⁾ Las similitudes clínicas entre síndrome de Reiter, psoriasis y artropatía psoriásica en pacientes con VIH han llevado a algunos autores a considerarlos manifestaciones de un proceso común.⁽¹²⁾

Por último, es importante tener en cuenta que estos pacientes son polimedicados ya sea por la terapia antirretroviral como la quimioprofilaxis que reciben, por lo que son un reto en el manejo sistémico.

METODOLOGÍA

Se recolectaron datos prospectivamente utilizando una ficha, que se aplicó a todos los pacientes con VIH que presentaban cuadros de psoriasis determinados mediante histopatología en el Servicio de Dermatología del Hospital Daniel A. Carrión entre los años 2006 y 2011.

Se evaluaron las variables de edad, sexo, estadio de enfermedad, uso de terapia antirretroviral, diagnóstico de psoriasis previa, antecedentes familiares, localización de las lesiones, tipo de psoriasis, severidad de psoriasis, comorbilidades y recuento de CD4.

RESULTADOS

Se diagnosticó psoriasis en nueve pacientes con infección por VIH. La mayoría de los pacientes fueron varones (8 de 9), heterosexuales (6 de 9) y con una edad promedio de 34 años (edad mínima 24 y máxima de 48). La mayoría (8 de 9) de ellos había sido diagnosticada de VIH antes de que sus lesiones psoriásicas aparecieran. Ninguno tenía antecedentes familiares conocidos.

Casi todos los pacientes estaban en estadio sida (8 de 9), y tres de ellos no recibían tratamiento antirretroviral aún, por diversos motivos, como desinterés del paciente, menesterosidad y hábitos nocivos. Otros dos pacientes tenían sospecha de fracaso al esquema de terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) que recibían en ese momento.

La localización de las lesiones más frecuentes fueron cara, pliegues y zona acral. Uno de los casos presentó eritrodermia. La severidad fue de grado leve en cuatro casos; moderado, en dos y severo, en tres. Dos de los casos severos y con compromiso acral presentaron afectación articular. La sífilis fue la comorbilidad más frecuente (cuatro pacientes).

El recuento de CD4 al momento del diagnóstico no pudo ser recolectado en todos los pacientes, y fue variable entre los que se anotaron (Tabla 1).



Figura 1. Caso 5: compromiso de zonas acrales e intertriginosas.

DISCUSIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial y de base genética, cuya incidencia varía entre 0,5% y 11% en diferentes poblaciones.^(13,15) En algunos trabajos se ha visto que la prevalencia de psoriasis en pacientes con VIH, es similar a la de la población general.^(15,16)

En un estudio se observó que la psoriasis se desarrollaba después de la infección por el VIH, tras un promedio de cinco años. En nuestro estudio esa variable no se evaluó puesto que se desconoce el tiempo exacto de infección por

VIH, ya que los pacientes pudieron padecerla mucho tiempo antes sin saberlo a falta de pruebas previas negativas.

Asimismo, se observó que la edad de inicio de la psoriasis era superior y un menor número de pacientes tenía una historia familiar de psoriasis. En el presente estudio tampoco se vieron antecedentes familiares conocidos, pero la edad de inicio de estos pacientes fue de 33 años en promedio, es decir similar o menor al promedio reportado en la población general.

De los nueve pacientes, se observó psoriasis reiteriforme en tres casos y psoriasis inversa en cuatro, lo que por mucho



Figura 2. Caso 7: compromiso de pliegues.



Figura 3. Caso 3: compromiso de zonas acrales e intertriginosas.

supera la proporción de los casos en psoriasis de población no infectada. La severidad de los pacientes fue variada.

Como se mencionó, los pacientes con VIH presentan usualmente factores adicionales que podrían intervenir. En este trabajo se encontró que cuatro pacientes cursaban con infección por sífilis concomitantemente, enfermedad que se ha señalado da origen a diversos cuadros reactivos.

El tratamiento de la psoriasis en estos pacientes se ha visto alterada por la severidad de los casos, especialmente en casos que requieren tratamiento sistémico, ya que se da polifarmacia en estos pacientes.

Etretinato, seguido por RePUVA, se ha señalado como el tratamiento sistémico más efectivo probado en estos pacientes con raros efectos adversos.

El metotrexato fue efectivo, pero con toxicidad hematológica. Por otro lado, la ciclosporina fue moderadamente efectiva y no asociada a progresión del VIH,

También hubo en los reportes mejoría clínica de la psoriasis en pacientes con sida que trataron exitosamente con terapia antirretroviral.^(17,19)

CONCLUSIONES

El VIH es una comorbilidad determinante para cualquier dermatosis. Se encontraron más casos de psoriasis reiteriforme e inversa de lo esperado, una comorbilidad infecciosa del tipo lúes y una severidad muy variada.

El tratamiento debe darse de acuerdo a la gravedad y los retinoides sistémicos son la terapia más adecuada para los casos graves.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blanco O, Larrondo R, Blanco B, Rodríguez M. Psoriasis y sida: reporte de 2 casos. *Rev Cubana Med Trop.* 2000;52(2):148-9.
2. Duvic, M. Immunology of AIDS related to psoriasis. *J Invest Dermatol.* 1990; 95:385-405.
3. Garman M, Tyring SK. The cutaneous manifestations of HIV infection. *Dermatol Clin.* 2002;20:193-208.
4. Association of HIV, pyoderma grangrenosum and psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 2002;82(2):150-2.
5. Fischer T, Schwörer H, Vente C, et al. Clinical improvement of HIV-associated psoriasis parallels a reduction of HIV viral load induced. *AIDS.* 1999;13(5):628-9.
6. Mamkin I, et al. HIV-associated psoriasis. *Lancet Infect Dis.* 2007;7:496.
7. García-Silva J, Velasco-Benito JA, Peñabaz C, Armijo M. Psoriasis atípico revelador de infección por VIH. *Actas Dermosifiliogr.* 1994;85:145-9.
8. Vera-Izaguirre D, Ríos-Romero C, Vega-Memije E. Psoriasis ostrácea: presentación de un caso. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica.* 2006;4(1):40-43.
9. Johnson TM, Duvic M, Rapini RP, Ríos A. AIDS exacerbates psoriasis. *N Engl J Med.* 1985;313:1415.
10. Ximana-Malagón S, Chilenos E, Jané E. Psoriasis, VIH y lesiones bucales asociadas. *Piel.* 1997;12:138-44.
11. Romani J, Puig L, Baselga E, De Moragas Reiter's syndrome-like pattern in AIDS-associated psoriasiform dermatitis. *J Int J Derm.* 1996;35(7):484-488.
12. Ferrándiz L, Herrera A, Pérez L, Camacho. Síndrome de Reiter y sida. *Piel.* 2004;19(8):442-7
13. Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento.* 3.ª Ed. México D.F.: McGraw Hill-Interamericana; 2004. p.491-495.
14. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, et al. *Dermatology.* Vol. 1. Mosby; 2003. p.125-147.
15. Suárez-Fernández R, Martín-Rodríguez F, López-Bran E, Núñez-Alonso C, Sánchez-Yus E, Robledo-Aguilar A. Psoriasis y sida. *Actas Dermosifiliogr.* 1994;85:633-6.
16. Psoriasis and HIV infection. Leal L, Ribera M, Daudén E. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99(10):753-63.
17. De Socio V, Simonetti S, Stagni G. Clinical improvement of psoriasis in an AIDS patient effectively treated with combination antiretroviral therapy. *Scand J Infect Dis.* 2006;38(1):74-5.
18. Obuch ML, Maurer TA, Becker B, Berger TG. Psoriasis and human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol.* 1992;27(5):667-673.
19. Gaviria M, Orozco B, Gómez L, Maya C, Estrada S, Peláez L, Cataño J. Manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH: seguimiento en 349 pacientes. *Rev Asoc Colomb Dermatol & Cir Dermatol.* 2007;15(3):203-207.

Correspondencia: Dra. Claudia Ramos
clacr@hotmai.com

Fecha de recepción: 10-8-2011

Fecha de aceptación: 20-8-2011