

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: PÁPULAS Y NÓDULOS ERITEMATOSOS EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

Gianina Anabella Coletto¹, Pía Florencia Sánchez Martini¹, María Julia Boulet²

¹Médicas Residentes. ²Jefa de Residentes. Servicio de Dermatología, Hospital L.C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

★
Varón de 39 años, con antecedentes de infección por VIH, internado por neumonía a germen desconocido. En el examen físico presentaba pápulas eritematosas, algunas ulceradas, de 0,5 a 1,5 cm de diámetro, en tórax y abdomen. Nódulos erite-

matovioláceos, de consistencia duro-elástica, de 2 cm de diámetro, en ambas piernas. Además, se constataron adenopatías generalizadas. Se realizó toma de biopsia de las lesiones cutáneas, y se observaron granulomas con centro

necrobiótico e infiltrado inflamatorio mixto con múltiples cuerpos redondeados intracelulares intensamente PAS positivos. Se solicitaron estudios complementarios acorde a la sospecha diagnóstica.



FOTO 1: Múltiples placas eritematosas, de 0,5 a 1,5 cm de diámetro, distribuidas en el abdomen.



FOTO 2: Nódulo eritematovioláceo en la pierna derecha, de consistencia duro-elástica y asintomático, de 2 cm de diámetro

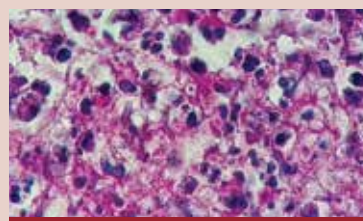


FOTO 3: Elementos redondeados intracitoplasmáticos de 1 micra con infiltrado inflamatorio formado por histiocitos, linfocitos y polimorfonucleares. Dichos elementos resultaron PAS positivos (PAS 100x).

1) ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A. Criptocosis diseminada.
- B. Coccidioidomicosis diseminada.
- C. Histoplasmosis diseminada.
- D. Tuberculosis cutánea.
- E. Micobacteriosis atípica.

2) ¿Cuál sería el método diagnóstico de elección?

- A. Cultivo.
- B. Histopatología.

C. Serología.

- D. Prueba cutánea.
- E. PCR.

3) ¿Cuál es la manifestación en piel más frecuente en esta patología?

- A. Placas eritematoescamosas.
- B. Pápulas umbilicadas.
- C. Nódulos subcutáneos.
- D. Úlceras.
- E. Erupción acneiforme.

4) ¿Qué tratamiento considera de elección?

- A. Isoniacida + rifampicina + pirazinamida + etambutol.
- B. Claritromicina.
- C. Terapia antirretroviral.
- D. Anfotericina B liposomal/itraconazol.
- E. Conducta expectante.

Las respuestas en la pág. 44

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: LESIONES HIPERPIGMENTADAS EN PIEL / Respuestas

Mariam Yisell Bazan, María de la Paz Gonella del Carril

Residencia de Dermatología, Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, San Miguel de Tucumán, Tucumán



Respuestas correctas: 1) B; 2) C; 3) C; 4) E.

COMENTARIOS

El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria crónica de origen desconocido, que se ha asociado a factores genéticos e inmunitarios. Su presentación clásica se caracteriza por pápulas poligonales pruriginosas, de color púrpura. Posee distintas variantes, entre ellas, el liquen plano pigmentado (LPP).

El LPP, descrito por primera vez por Bhutani *et al.* en India en 1974, es una variante poco frecuente del LP. Se caracteriza por máculas hiperpigmentadas de color marrón oscuro en las áreas expuestas al sol y en los pliegues de flexión. Esta patología afecta con mayor frecuencia a personas de piel oscura. Se ha observado en la India, América Latina y Asia, y es poco frecuente en caucásicos. Es más común en el sexo femenino entre los 30 y 50 años. Se vinculó con el virus de la hepatitis C, la exposición al sol y a sustancias contactantes como el níquel, el aceite de mostaza y las tinturas para el cabello.

Las lesiones iniciales se manifiestan como máculas de color gris-violáceo o amarronadas, redondas u ovales, mal definidas, las cuales pueden agminarse para formar grandes áreas de pigmentación. Generalmente aparecen en la cara y el cuello (región preauricular y frente), y en las regiones flexoras de las extremidades, como axilas, región inframamaria e ingles. Las lesiones suelen ser bilaterales y simétricas. No existe afectación de palmas y plantas, y el daño de las mucosas es poco frecuente. La mayoría de los casos es asintomático, aunque pueden referir prurito y sensación de quemazón.

La dermatoscopia permite incrementar la certeza diagnóstica donde se observan puntos y glóbulos grises, azulados o amarronados, lineales o reticulares. Esto representa la incontinencia pigmentaria y los melanóforos en la dermis papilar.

Al examen histopatológico se observa epidermis atrófica, degeneración vacuolar de la capa de células basales con un infiltrado linfocítico en banda o perivascular en la dermis papilar, así como incontinencia de pigmento y melanóforos a nivel de la dermis.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con la dermatosis cenicienta o eritema discrómico persistente que se presenta en tronco y extremidades, como máculas hiperpigmentadas grisáceas con un halo eritematoso evanescente.

El tratamiento del LPP consiste en evitar los posibles desencadenantes (si se los identifica) y la fotoprotección siempre acompañando a la terapéutica instaurada. Dentro de los tratamientos tópicos, se utilizan corticoides de mediana y alta potencia (mometasona y clobetasol), y tacrolimus 0,1 o 0,03%. En cuanto a los tratamientos sistémicos, se destacan, entre otros, la dapsona y la isotretinoína 20 mg/día.

BIBLIOGRAFÍA

- Benavides NG, Robles-Méndez JC, Candiani JO. Artículo de revisión: Hiperpigmentaciones adquiridas. *Dermatología CMQ*. 2017;16:50-62.
- Chang MW. Trastornos de hiperpigmentación. En: Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L. *Dermatología* 4^{ta} edición. Elsevier España, Barcelona 2018;1115-1143.
- Rodríguez-Sandoval C, Téllez-Castañeda E, Barón-Peña W, Tejera-Díaz J, *et al.* Liquen plano pigmentado. *Folia Dermatológica Cubana*. La Habana, 2020;14: 1-7.
- Puig S. Dermatoscopia en otras lesiones cutáneas. Cabo H, Ed. *Dermatoscopia* 2^{da} edición. Ediciones Journal, Buenos Aires 2012;320.

★ Elección múltiple: PÁPULAS Y NÓDULOS ERITEMATOSOS EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH / Respuestas

Gianina Anabella Coletto¹, Pía Florencia Sánchez Martini¹, María Julia Boulet²

¹Médicas Residentes. ²Jefa de Residentes. Servicio de Dermatología, Hospital L.C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina



Respuestas correctas: 1) C; 2) A; 3) B; 4) D.

COMENTARIOS

La histoplasmosis es una micosis sistémica producida por *Histoplasma capsulatum var capsulatum*, endémica en América. Generalmente la infección se adquiere por vía inhalatoria y el foco primario es el pulmón. En pacientes inmunocomprometidos da origen a formas diseminadas con compromiso

de diferentes órganos: tejido linfático, hígado, bazo, riñones y piel. A nivel cutáneo, se presenta como lesiones polimorfas. Las más frecuentes son las pápulas umbilicadas moluscoides. Otras manifestaciones son: placas, pústulas, nódulos, erosiones o úlceras de aspecto granulomatoso en mucosas. El *gold standard* para el diagnóstico es el cultivo, el cual puede

demorar 4-6 semanas. En pacientes con enfermedad severa, el tratamiento de elección es anfotericina B liposomal 3 mg/kg/día. En casos leves a moderados, se recomienda itraconazol 200 mg/8 horas por 3 días y posteriormente 200 mg/12 horas. En todo paciente VIH positivo, es fundamental el inicio precoz de la terapia antirretroviral.

BIBLIOGRAFÍA

- Adamian CMC, de Lima Mota MA, Martins AAF, Aragão MC, *et al.* Progressive disseminated histoplasmosis in HIV-positive patients. *Int J STD AIDS* 2022; 33: 544-553.
- PAHO, WHO. Guidelines for diagnosing and managing disseminated histoplasmosis among people living with HIV Washington (DC): Pan American Health Organization; 2020. doi: 10.37774/9789275122488 [Citado agosto 2023].
- Gómez-Santana LV, Torre AC, Hernández BA, Volonteri VI, *et al.* Manifestaciones mucocutáneas de la infección por *Histoplasma capsulatum* en pacientes inmunosuprimidos. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:27-32.
- Negroni R, Arechavala AI, Maiolo EI. Histoplasmosis clásica en pacientes inmunocomprometidos. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2010; 38: 59-69.