

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURÍ"

Psoriasis y SIDA: reporte de 2 casos

Dr. Orestes A. Blanco González,¹ Dr. Ruben J. Larrondo Muguercia,² Dr. Bárbaro L. Blanco González³ y Dra. María Elena Rodríguez Barreras⁴

RESUMEN

Aunque no existe una relación directa psoriasis-SIDA se ha notificado :manifestación impresionante de la psoriasis en el diagnóstico de SIDA, dificultad en la respuesta terapéutica, aumento de las formas graves de la enfermedad y aclaramiento de las lesiones en la fase terminal del SIDA. Se mostraron 2 casos donde se asocian las dos enfermedades. Ambos casos presentaron psoriasis guttata en brote, uno de ellos comenzó posterior al diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, que además presentó otras dermatosis como: leucoplasia, candidiasis ungueal y los 2 casos presentaron escabiosis. Se observó, además, una tendencia a la presentación de lesiones generalizadas y resistentes a las terapéuticas indicadas.

Descriptor DeCS: PSORIASIS; SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

La psoriasis es una genodermatosis, sin embargo, en su desencadenamiento intervienen muchos factores ambientales como son el estrés, los medicamentos y las infecciones, entre otros, que al influenciar en un individuo marcado genéticamente, provocan las manifestaciones clínicas de la enfermedad.^{1,2}

No se ha demostrado relación etiogénica entre SIDA y psoriasis;³ no obstante se ha descrito un comienzo impresionante de la psoriasis al informársele a un paciente que padece de SIDA (estrés), y la desaparición total de las lesiones cutáneas en la fase terminal de esta enfermedad, la ausencia de CD4, así como las formas clínicas generalizadas persistentes en las distintas modalidades terapéuticas (disturbios inmunológicos).^{4,5} A continuación se presentan 2 casos en pacientes con SIDA.

REPORTE DE CASOS

PRIMER CASO

Paciente de 28 años de edad, masculino, casado, mestizo, natural de Baracoa, provincia de Guantánamo.

Diagnóstico: presentaba anticuerpos positivos al virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) desde el año 1986; su vía de transmisión era sexual. Manifestación de psoriasis diseminada con lesiones que predominaban en las articulaciones de pies y manos, durante el mes de mayo de 1987, con evolución tórpida, se diagnostica una psoriasis variedad artropática. Otras dermatopatías asociadas fueron: leucoplasia pilosa bilateral, candidiasis ungueal y escabiosis.

¹ Residente de Tercer Año en Dermatología. Hospital Docente "Comandante Manuel Fajardo". Médico Adjunto del Sanatorio de Santiago de las Vegas.

² Especialista de II Grado en Dermatología. Hospital Docente "Comandante Manuel Fajardo".

³ Residente de Segundo Año en Medicina General Integral. Policlínico "Julián Grimau" Arroyo Naranjo.

⁴ Especialista de II Grado en Dermatología. Investigadora Agregada. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourf".

SEGUNDO CASO

Paciente de 40 años de edad, masculino, soltero, negro, natural de la provincia Ciudad de La Habana.

Diagnóstico: presentaba anticuerpos positivos al virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) desde el año 1991; su vía de transmisión era la sexual. El diagnóstico de psoriasis databa desde su niñez. Cuando se informó al paciente que era una persona con VIH+, al año y medio desarrolló una forma grave de la enfermedad llamada eritrodermia psoriática. No presentó dermatopatías asociadas.

Se concluye que ambos pacientes presentaron formas clínicas de psoriasis.

El caso 1 presentó una artropatía psoriática con lesiones generalizadas, y también escabiosis, por lo que esta parasitosis pudo estar actuando como factor desencadenante y agravante de la psoriasis.⁶⁻⁸ En la infección VIH-SIDA aumenta la susceptibilidad a la escabiosis, y en consecuencia, la escabiosis influye desfavorablemente en la evolución de la psoriasis; por lo tanto, en este paciente existió una relación patogénica indirecta entre el VIH-SIDA y la psoriasis.⁶

El caso 2 presentaba psoriasis vulgar antes del diagnóstico de VIH; sin embargo posterior a éste, desarrolló una eritrodermia psoriática muy resistente al tratamiento.² Los disturbios inmunológicos del VIH-SIDA favorecen el desarrollo de dermatosis generalizadas y resistentes, por lo tanto, en este paciente existió una relación patogénica directa entre ambas enfermedades.

En los pacientes analizados con VIH-SIDA, la psoriasis se presentó en forma grave y resistente a la terapéutica indicada.

SUMMARY

Even when there is not direct relation between psoriasis and AIDS, there have been reported impressive manifestations of psoriasis in AIDS diagnosis, difficulties in response to therapy, increase of serious forms of the disease, and clearing of lesions in terminal phase of AIDS. Two cases in which the two diseases are associated were presented. Both cases had outbreaking psoriasis guttata, one of them after being diagnosed with AIDS, in addition to have other dermatosis such as leukoplasia and unguinal candidiasis; and the two patients also had scabies. Additionally, presentation of generalized lesions resistant to prescribed therapies was observed.

Subject headings: PSORIASIS; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domonkos AN. Tratado de Dermatología. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984.
2. Fernández Hernández-Baquero G. Dermatología. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1986.
3. Puig L, Fernández-Figueras MT, Ferrandiz C, Ribera M, De Morgas JM. Epiderma expression of 65 and 72 kd heat shock proteins in psoriasis and AIDS-associated psoriasiform dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1995;33 (6):985-9.
4. Quezada E, Galbán E, Cadiz A. Infección/enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987.
5. Cordiali Fei P, Solmone M, Vanacore P, Giglio A, Bonifati C, Carducci M *et al.* Ad4 Lymphocyte enumeration: comparison between flow cytometry and enzyme immunoassay. *Cytometry* 1995;22(1):70-4.
6. Ray M. Dermatologic manifestations of HIV infections and AIDS. *Infect Dis Clin North Am* 1994;8(3):583-605.
7. Shuster S. Compresión de las enfermedades de la piel. *Triángulo* 1992;30(1/2):1-5.
8. Morar N, Dlova N, Gupta A. Erythroderma: a comparison between HIV positive and negative patients. *In J Dermatol* 1999;38(12):895-900.

Recibido: 6 de marzo del 2000. Aprobado: 10 de abril 2000.
Dr. Orestes A. Blanco González. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". Autopista Novia del Mediodía km 6, Apartado Postal 601, Marianao 15, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: ipk@ciipk.sld.cu.