

RELATO DE CASO

PSORÍASE EM PACIENTES HIV POSITIVO

Mario León Silva-Vergara, Marcio R. Pineli, Marcos C. Galati e
Dalmo Correia

Dois pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) desenvolveram psoríase, um com quadro mais grave e outro com apresentação mais benigna, sendo tratados com zidovudine na dose oral de 200mg a cada oito horas. No primeiro caso, a resposta terapêutica foi completa e, após nove meses em esquema de manutenção, o paciente se apresenta sem nenhuma lesão. No segundo, a despeito de resposta evidente, após seis meses de tratamento, o paciente ainda apresenta descamação furfurácea a nível dos membros inferiores, mesmo em uso de medicação.

Palavras-chaves: SIDA. HIV. Psoríase. AZT.

Psoríase é uma doença de etiologia indeterminada, evolução crônica, caracterizada por lesões dermatológicas polimorfas, localizadas principalmente a nível dos joelhos, cotovelos, tornozelos, unhas e couro cabeludo^{2,3,11}.

Diversas teorias têm sido levantadas para explicar a patogenia desta doença, embora não exista até o momento, nenhuma que possa explicar adequadamente as suas diversas manifestações clínicas^{9,11}. A incidência dessa dermatopatia varia entre 1,5 a 2,0% na população geral, não tendo sido descritas até hoje diferenças étnicas ou de gênero na sua incidência^{6,7,9}.

O advento da SIDA tem colocado em maior relevância esta patologia pelo fato do aumento da incidência relatada nesse grupo de pacientes em decorrência da imunossupressão, seja como exacerbação ou como primeira manifestação clínica, com valores que oscilam entre 1,5 a 5,0% segundo diversos autores^{1,4,5,14}.

Apesar das diversas alternativas terapêuticas, o tratamento da psoríase nos pacientes HIV(+) não tem sido totalmente satisfatório. Entretanto, o uso do AZT tem se mostrado eficaz, com bons resultados segundo alguns autores^{4,6,7,8,10}.

Encorajados pelos relatos da literatura, apresentamos 2 casos clínicos desta associação que evoluíram satisfatoriamente com o uso de zidovudine.

RELATO DOS CASOS

Caso 1. DCO, 22 anos, masculino, sapateiro, procedente e residente em Uberaba, MG

Queixa principal: manchas pelo corpo há três meses.

História da moléstia atual: aparecimento de manchas róseas em mão e antebraço direitos que evoluíram para todo o corpo exceto tórax anterior, acompanhado de prurido intenso e presença de febre e odinofagia importantes.

Exame físico: estado geral preservado, placas eritematosas com escamas micáceas de aspecto numular, de tamanhos variados mostrando confluência e infecção secundária (Figura 1A). A nível de orofaringe, placas esbranquiçadas sugestivas de monilíase oral.

Exames complementares: reações sorológicas para HIV: Elisa e Western blot positivos; biópsia de pele: psoríase vulgar.

Tratamento e acompanhamento: medicado com AZT, na dose de 200mg de 8 em 8 horas pela via oral. O paciente apresentou melhora clínica significativa a partir da segunda semana de tratamento, com resolução completa das lesões cutâneas (Figura 1B). Após 9 meses de tratamento, continua com a medicação e sem lesões psoriáticas.

Caso 2. VCS, 30 anos, masculino, branco, natural e procedente de Uberaba, MG.

Queixa principal: bolhas nos pés há 6 meses.

História da moléstia atual: relata surgimento de lesões bolhosas, eritematopapulosas, descamativas e pruriginosas com formação de crostas há aproximadamente 6 meses. Informa que inicialmente acometia as plantas e a seguir

Departamento de Clínica Médica, Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias-DIP da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, MG.

Endereço para correspondência: Prof. Mario León Silva-Vergara. DIP/FMTM, Caixa Postal 118, 38001-970, Uberaba, MG. Tel.: (034) 312-7722, r: 1255 e 1285. Fax: (034) 312-7722 r: 1279.

Recebido para publicação em 18/04/96.



Figura 1A - Paciente DCO mostrando placas eritematosas com escamas micáceas, de tamanhos variados.



Figura 1B - Paciente DCO, após um mês de tratamento.

disseminou-se para a pele dos membros inferiores, palmas, membros superiores e face, configurando um quadro de eritrodermia (Figura 2A). Além disso, à nível dos pés, referia lesões traumáticas, ulcerativas e intensamente dolorosas.



Figura 2A - Paciente VCS mostrando lesões eritematosas, descamativas com liquenificação acentuada e infecção secundária.

Exame físico: estado geral preservado, presença de lesões eritematosas, descamativas com liquenificação acentuada, disseminadas e confluentes. Algumas mostravam ulcerações e evidência de infecção secundária principalmente nos membros inferiores.



Figura 2B - Paciente VCS, após um mês de tratamento.

Exames complementares: reações sorológicas para HIV: ELISA e Western blot positivos; biópsia de pele: psoríase vulgar.

Tratamento e acompanhamento: tratado com AZT na dose de 200mg de 8 em 8 horas, pela via oral. A melhora das lesões cutâneas evidenciou-se após o primeiro mês de tratamento e a eritrodermia regrediu lentamente, embora, aos 6 meses de terapia, ainda persistia descamação furfurácea nos membros inferiores (Figura 2B). Atualmente sem lesões cutâneas.

DISCUSSÃO

As dermatopatias em geral constituem manifestações clínicas importantes e freqüentes nos pacientes com SIDA/AIDS, especialmente pela sua apresentação de maneira atípica, dificultando o diagnóstico, e, às vezes, de comportamento clínico agressivo em decorrência da imunodeficiência secundária^{1 6 12 15}.

A psoríase constitui um desses exemplos e sua incidência tem aumentado notoriamente nesses pacientes conforme relatado por diversos autores^{4 5 8}. Embora não se conheça sua etiologia, há evidências de que fenômenos auto-ímmunes, disfunção das células T, fatores angiogênicos e predisposição genética (em parte determinada por locus antigênicos HLA) poderiam participar ativamente no seu desenvolvimento^{4 5 8}. A imuno-desregulação secundária à infecção pelo vírus HIV predisporia à apresentação de múltiplas infecções oportunistas que isoladas ou concomitantes com outros fatores deflagrariam os mecanismos fisiopatogênicos desta doença^{5 6 8}. Sendo assim, ainda não está suficientemente esclarecida a inter-relação HIV-psoríase, e, um dos aspectos que mais chama a atenção, é a resposta parcial ou precária que esses pacientes apresentam à terapêutica convencional utilizada^{14 15}.

Os crescentes relatos sobre o uso do AZT como terapia são bastante alentadores e surge como alternativa terapêutica na psoríase associada à infecção pelo HIV, embora resta saber os resultados a longo prazo, tendo em conta que os efeitos benéficos desse medicamento sob a imunidade dos indivíduos não são duradouras. Estes resultados podem ser explicados pelo seu efeito sobre a replicação viral, com diminuição da antigenemia e melhora qualitativa e quantitativa da imunidade celular envolvida diretamente na resposta imunológica nas patologias referidas^{5 14}.

Embora nesses pacientes não se tenha realizado avaliação imunológica com contagem de subpopulação linfocitária ou dosagem de antígenos virais, acreditamos que a psoríase foi a primeira manifestação da síndrome, levando-nos a pensar que seu sistema imune ainda não estivesse muito comprometido, resultando, assim, em uma resposta terapêutica satisfatória, até o momento, com o uso do AZT.

De acordo com Sadick e cols¹³, o paciente número um, apresenta, pelo tipo de lesão, a forma mais benigna da doença, enquanto o paciente dois mostrou uma forma mais generalizada, constituindo de verdadeira eritrodermia psoriática.

SUMMARY

Two patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) developed psoriasis, one of them presenting the more severe form and the other one the milder form of the disease, were treated with zidovudine per oral via, 200mg 3 times a day. In the first case the therapeutic response was complete. No lesion was verified in the patient after 9 months under maintenance schedule. In the second case, despite the response being clear, after 6 months of treatment, the patient still presented furfuraceous scalings at limbs even under the medication schedule.

Key-words: AIDS. HIV. Psoriasis. AZT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotone C, Lucentini M, García G, Molina A. Psoriasis y leucoencefalopatía multifocal progresiva en el SIDA. Revista clinica espanhola 191:285-286, 1992.
2. Christopher E, Krueger GG. Psoriasis. In: Fitzpatrick B, Eisen Z, Aronson K, Wolff K, Freedberg M (eds) Dermatology General Medicine, McGraw Hill, New York, 3rd edition, vol 1, chapter 42, p 461-491, 1987.
3. Domonkos AN. Dermatitis seborreica y Psoriasis. In: Andrews (ed) Tratado de dermatologia, segunda edición, Salvat ed, Barcelona, chapter 10, p. 228-242, 1975.
4. Duvic M, Johnson TM, Rapini RP, Freese T, Brewton G, Rios A. Acquired immunodeficiency syndrome-associated psoriasis and Reiter's syndrome. Archives Dermatology 23:1622-1632, 1987.

5. Duvic M. Immunology of AIDS related to psoriasis. *The journal of investigative dermatology* 95: 38S-40S, 1990.
6. Farber E, Nall L. Psoriasis associated with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Cutis* 52: 29-35, 1993.
7. Honeyman J. SIDA. *Dermatologia (Chile)* 7: 99-101, 1991
8. Johnson MT, Duvic M, Rapini RP, Rios A. AIDS exacerbates psoriasis (correspondence). *The New England Journal of Medicine* 313:1415, 1985.
9. Maugée E, Aractingi S. Dermatoses erythémato-squameuses. Psoriasis et pityriasis rubra pilaire. *In: Piérard GE, Caumes E, Franchimont C, Estrada JA (eds) Dermatologie Tropicale, Université de Bruxelles, chapitre 45, p. 467-476, 1993.*
10. Obuch M, Maurer T, Becker B, Berger T. Psoriasis and human immunodeficiency virus infection. *Journal of the American Academy of Dermatology* 27:667-673, 1992.
11. Pillsbury DM, Heapton CL. Papulosquamous eruptions and connective tissue diseases-psoriasis. *In: Manual of dermatology, WB Saunders Company, 2nd edition, chapter 9, p.136-139, 1980.*
12. Reveille J, Conant M, Duvic M. Human immunodeficiency virus-associated psoriasis, Psoriatic arthritis and Reiter's Syndrome: a disease continuum? *Arthritis and Rheumatism* 33:1574-1578, 1990.
13. Sadick N, McNutt N, Kaplan M. Papulosquamous dermatoses of AIDS. *Journal of the American Academy of Dermatology* 22:1272-1274, 1990.
14. Safai B, Schwartz J. Noninfections organ-specific complications of HTV infection. Dermatologic complications. *In: Devita Jr V, Hillman S, Rosemberg S (eds) AIDS-Etiology, Diagnosis, Treatment, and Prevention. 3rd Edition J.B. Lippincott Company, Philadelphia, p.313-319, 1992.*
15. Zalla M, Daniel Su W, Fransway A. Dermatologic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Mayo Clinic Proceedings* 67: 1089-1108, 1992.