

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Úlceras orales y esofágicas en paciente infectado por VIH

J. Santos-Juanes^a, L. Trapiella-Martínez^b y L. Caminal-Montero^b

^aServicio de Dermatología II. ^bServicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Historia clínica

Se trata de un varón de 41 años que ingresa por fiebre, disfagia, odinofagia y úlceras dolorosas en la orofaringe de 21 días de evolución. El paciente refería un proceso similar de menor intensidad 3 años antes que cedió espontáneamente. Estaba diagnosticado de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en estadio B3 y hepatitis C, y seguía tratamiento con cotrimoxazol.

Exploración física

Destacaba la presencia de una gran úlcera de fondo necrótico y borde eritematoso a nivel del pilar amigdalino anterior derecho y pequeñas úlceras satélites menores (fig. 1).



Figura 1.

Exploraciones complementarias

En los estudios complementarios destacaba: unos linfocitos CD4 17 células/mm³, carga viral 2.600 copias/ml y antigenemia de citomegalovirus negativa. La tomografía axial computarizada de cuello mostraba pequeñas adenopatías laterocervicales bilaterales, sin observarse masas en los espacios parafaríngeos. Un esofagograma realizado tras un intento fallido de endoscopia demostró la presencia de una úlcera en el tercio distal del esófago (fig. 2).



Figura 2.

Histopatología

Se practicaron dos biopsias de la úlcera para estudio histológico y microbiológico. La histopatología puso de manifiesto la presencia de una úlcera rodeada de un infiltrado inflamatorio crónico; las tinciones y cultivos para hongos, micobacterias y virus, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) virales y estudio inmunohistoquímico para herpesvirus resultaron todos negativos.

Correspondencia:
Jorge Santos Juanes.
Servicio de Dermatología II.
Hospital Universitario Central de Asturias.
C/ Julián Clavería, s/n.
33006 Oviedo. España.
jsantosj@hca.es

Aceptado el 25 de enero de 2008.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Estomatitis aftosa recurrente (EAR) asociada al VIH.

Evolución y tratamiento

Se consideró la posibilidad de una EAR tras los hallazgos histológicos y microbiológicos, y después de haber tratado al paciente con aciclovir intravenoso, fluconazol oral, nistatina y esteroides tópicos. Se inició tratamiento esteroideo sistémico y dapsona, sin mejoría. Tras solicitar talidomida como uso compasivo, el paciente reinició el tratamiento antirretroviral (TAR), esta vez con tenofovir, lamivudina y efavirenz, con buena respuesta virológica e inmunológica y curación de las úlceras en las semanas posteriores, sin llegar a iniciarse la talidomida.

Comentario

La prevalencia de lesiones orales en los pacientes infectados por el VIH es alta, siendo las causas más frecuentes las infecciones herpéticas, la candidiasis oral, la leucoplasia oral vellosa y la EAR. La EAR es una enfermedad crónica de carácter inflamatorio, caracterizada por la aparición de una o varias úlceras dolorosas en la mucosa oral no queratinizada, de histología inespecífica, que persisten días o semanas y que recurren tras períodos de remisión variables^{1,2}. Los tres tipos de estomatitis aftosa son menor, mayor y herpetiforme. Se diferencian por el número, el tamaño y la duración de las lesiones, sin embargo, no siempre está clara³. La forma mayor produce úlceras muy dolorosas que pueden dejar lesiones cicatriciales al curar. Pueden existir lesiones similares en esófago, recto, ano y genitales. Su etiología es desconocida, estando implicados factores genéticos, infecciosos, inmunológicos y locales. El diagnóstico es clínico, una vez descartadas otras entidades.

Se han comunicado episodios graves de EAR en pacientes con infección por el VIH: las lesiones pueden corresponderse con cualquiera de los tipos clínicos y las localiza-

ciones más frecuentes son el paladar blando, la zona amigdalina y la lengua. La mayoría de los pacientes infectados no recuerdan haber tenido episodios de EAR antes de adquirir el VIH. Un aspecto interesante es que el número de lesiones por episodio es mayor en los pacientes con sida que en los pacientes con infección por el VIH que no lo han desarrollado, lo que puede ser un indicador de correlación entre inmunosupresión e incremento en la gravedad de la EAR⁴.

El tratamiento de la EAR asociada al VIH antes de la TAR de alta eficacia era desalentador. Se utilizaban tratamientos tópicos con anestésicos y esteroides intralesionales con los que se conseguía un alivio sintomático, pero sin disminuir la frecuencia, gravedad ni la tasa de recurrencias. El tratamiento sistémico con esteroides o inmunomoduladores como la talidomida ha demostrado eficacia en diversos ensayos clínicos⁵, pero no previene las recurrencias, estando su uso limitado por la toxicidad. En la actualidad el tratamiento de elección es el TAR, dado que la recuperación inmunitaria es un factor determinante en la resolución de las úlceras, como en nuestro paciente, en el que no volvieron a recurrir tras casi dos años de seguimiento.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Bascones-Martínez A, Figuera-Ruiz E, Esparza-Gómez GC. Úlceras orales. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:590-7.
2. Scully C. Aphthous ulceration. *N Engl J Med*. 2006;355:165-72.
3. MacPhail LA, Greenspan D, Feigal DW, Lennete ET, Greenspan JS. Recurrent aphthous ulcers in association with HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991;71:678-83.
4. Miziara ID, Araujo Filho BC, Weber R. AIDS and recurrent aphthous stomatitis. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71:517-20.
5. Jacobson JM, Greenspan JS, Spritzler J, Ketter N, Fahey JL, Jackson JB. Thalidomide for the treatment of oral aphthous ulcers in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*. 1997;336:1487-93.