

4. Tous-Romero F, Calleja-Algarra A, Palencia-Pérez S, Ortiz de Frutos J. Nodular lesion in right thigh with hypertrichosis in a 2-year-old girl. *Pediatr Dermatol.* 2019;36:145–6.
5. Bergfors E, Hermansson G, Nystrom Kronander U, Falk L, Valter L, Trollfors B. How common are long-lasting, intensely itching vaccination granulomas and contact allergy to aluminium induced by currently used pediatric vaccines? A prospective cohort study. *Eur J Pediatr.* 2014;173:1297–307.
6. Gordon SC, Bartenstein DW, Tajmir SH, Song JS, Hawryluk EB. Delayed-type hypersensitivity to vaccine aluminum adjuvant causing subcutaneous leg mass and urticaria in a child. *Pediatr Dermatol.* 2018;00:1–3.
7. Gente Lidholm A, Bergfors E, Inerot A, Blomgren U, Gillstedt M, Trollfors B. Unexpected loss of contact allergy to aluminium induced by vaccine. *Contact Dermatitis.* 2013;68:286–92.

F. Tous Romero<sup>a,\*</sup>, S.I. Palencia Pérez<sup>a</sup>,  
J.L. Rodríguez Peralto<sup>b</sup>  
y F.J. Ortiz de Frutos<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Fatimatousro@gmail.com](mailto:Fatimatousro@gmail.com)  
(F. Tous Romero).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.01.013>

0001-7310/ © 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.  
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Diagnóstico de VIH de novo en un Servicio de Dermatología



### Diagnosis of De Novo HIV Infection in a Dermatology Department

Sr. Director:

En los últimos años, la incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) ha aumentado de forma progresiva<sup>1</sup>. Desde que en 1983 los científicos franceses Barré-Sinoussi y Luc Montagnier identificaran el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como el agente causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y que se notificaran casos en todas las regiones del mundo, se han creado programas de concienciación y campañas informativas enfocadas a prevenir las prácticas sexuales de riesgo. A pesar de que más del 95% de estos pacientes presentan manifestaciones cutáneas durante el curso de la enfermedad, la gran mayoría de éstas se producen en estadios avanzados<sup>2</sup>. Dado que frecuentemente los dermatólogos son los encargados del diagnóstico y el tratamiento de los pacientes que consultan por una ITS o por contactos sexuales de riesgo, es importante su estudio serológico en busca de primoinfecciones VIH en fases tempranas. El objetivo de este estudio es cuantificar los nuevos diagnósticos de infección por el VIH realizados en un servicio de dermatología y describir sus características clínico-epidemiológicas.

Se recogieron todos los casos de diagnósticos nuevos de VIH desde julio de 2016 hasta julio de 2019 realizados en el Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Valencia a través de la base de datos de ITS del Servicio. Se ha definido «diagnóstico precoz» como la presencia de una cifra de CD4 > 350 cél/μL en la primera determinación tras el diagnóstico de la infección por VIH, «diagnóstico tardío» como la presencia de una cifra de CD4 inferior a 350 cél/μL y «enfermedad avanzada» la presencia de una cifra inferior a 200 cél/μL.

Se identificó un total de 18 diagnósticos nuevos de VIH en los tres años de duración del estudio, lo que supuso un 1,9% del total de ITS diagnosticadas (940). Las características

clínico-epidemiológicas de los pacientes se recogen en la tabla 1. El 66,7% de los casos (12) se diagnosticaron en la analítica de cribado al consultar el paciente por una ITS. En dos casos el diagnóstico no se asoció a ninguna otra enfermedad concomitante ni a otra ITS. En estos casos, ambos pacientes se presentaron con un síndrome retroviral agudo asociando malestar general, astenia y un exantema

**Tabla 1** Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de novo de VIH

Variable	Número de casos (n; %)
<b>Sexo</b>	
Hombre	17; 94,4
Mujer	1; 5,6
Edad media (años)	37
<b>Nacionalidad</b>	
Española	13; 72,2
América Latina	4; 22,2
África	1; 5,6
<b>Orientación sexual</b>	
HSH	15; 83,3
Heterosexual	3; 16,7
Diagnóstico casual en analítica de control	16; 88,8
<b>Diagnóstico asociado (n = 16)</b>	
Sífilis	7; 38,8
Sarcoma de Kaposi	3; 16,7
Condilomas acuminados	2; 11,1
Uretritis gonocócica	2; 11,1
Angiomatosis bacilar	1; 5,6
Linfogranuloma venéreo	1; 5,6
Consulta a través de urgencias dermatológicas	14; 77,8
Antecedente de ITS previas	12; 66,7
<b>Estadio al momento del diagnóstico</b>	
Diagnóstico precoz	14; 77,8
Diagnóstico tardío	3; 16,7
Diagnóstico avanzado	1; 5,6



**Figura 1** Síndrome antirretroviral agudo con exantema macular eritematoso morbiliforme en tronco a) y afectación palmar b).

macular generalizado morbiliforme con afectación palmo-plantar de dos semanas de evolución (fig. 1) y con cifras de linfocitos de CD4 normales.

Según el Registro Nacional de Casos de VIH y SIDA, actualizada a fecha de 30 junio de 2019, se notificaron 3.244 nuevos diagnósticos de VIH en el año 2018, lo que supone una tasa de 6,94/100.000 habitantes sin corregir por retraso en la notificación y de 8,65 por 100.000 habitantes tras corregir. Un 27,7% (898 casos) tenía menos de 30 años en el momento del diagnóstico de VIH. El 85,3% eran hombres y la mediana de edad fue de 36 años, en concordancia con nuestra serie. La transmisión en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) fue la más frecuente, en el 83,3%, un porcentaje algo mayor que la reportada en el Registro Nacional de Casos de VIH (56,4%), probablemente al tratarse en nuestro caso de una Unidad de ITS (UITs). El 37,6% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH a nivel nacional se realizó en personas originarias de otros países, porcentaje discretamente mayor al de nuestra serie<sup>3</sup>.

Es infrecuente encontrar grandes series de pacientes diagnosticados de VIH de novo dentro de un servicio de dermatología. Mendes-Bastos et al., dermatólogos de Lisboa, Portugal, diagnosticaron 97 nuevos casos de VIH en nueve años de seguimiento de su estudio, casi 11 casos por año, una tasa mayor que la nuestra que podría atribuirse a que Portugal es uno de los países con una mayor prevalencia de VIH del oeste de Europa. En su caso, aproximadamente la mitad de los pacientes fueron diagnosticados junto con otra ITS concomitante, frente a los 2/3 de nuestros pacientes. Se estima que el diagnóstico es más precoz y con unas cargas virales menores en los casos que asocian una ITS concomitante con comparación con a aquellos que son diagnosticados junto a otra enfermedad-no ITS<sup>4</sup>. Este hecho se probable que se deba a que en el primer caso el diagnóstico se realiza en serologías de control mientras que aquellos que se manifiestan con enfermedades no venéreas, como por ejemplo con un sarcoma de Kaposi o una angiomatosis bacilar, implican ya un grado de inmunosupresión avanzado.

Algunos autores han resaltado la importancia de la dermatología y venereología en el diagnóstico de nuevos casos de VIH<sup>4</sup>, aunque no existen actualmente datos concretos en la mayor parte del mundo. Se debe tener en cuenta que muchos de los pacientes que acuden de urgencias con una sospecha de ITS no vuelven a las consultas de seguimiento,

por lo que en ocasiones no llegan a ser informados del diagnóstico de VIH. Mendes-Bastos et al. estiman que el 12% de sus pacientes diagnosticados de VIH de novo no volvieron<sup>4</sup>, de ahí la importancia de extraer serologías en la primera visita a todo paciente que consulta por una ITS en urgencias, aunque sean condilomas acuminados, y de citarlos para seguimiento por posibles periodo ventana del VIH en infecciones donde el periodo de incubación es corto, como la uretritis gonocócica. Esto, además, debe extenderse a aquellos pacientes con lesiones típicamente asociadas a VIH o a presentaciones atípicas o exuberantes de otras patologías (psoriasis, prurigo nodular, dermatitis seborreica, dermatitis atópica, infecciones herpéticas, candidiasis esofágica, etc.).

En nuestra experiencia, los dermatólogos todavía jugamos un papel importante no sólo en el diagnóstico de las ITS, sino incluso en el diagnóstico de nuevos casos de VIH, dado que en muchas ocasiones somos la puerta de entrada de estos pacientes al sistema sanitario. Por otra parte, con la reciente aparición de la profilaxis pre-exposición, con unos criterios de inclusión que cumplirían una gran proporción de pacientes que consultan en una UITs (HSH mayores de 18 años que tienen o han tenido relaciones sexuales anales sin preservativo con al menos 10 parejas diferentes en el último año y al menos un episodio de ITS bacteriana en los últimos 12 meses), los dermatólogos estaríamos en disposición de ofrecérsela y pautársela.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Moreno-Ribera N, Fuertes-de Vega I, Blanco-Arévalo JL, Bosch-Mestres J, González-Cordón A, Estrach-Panella T, et al. Sexually Transmitted Infections: Experience in a Multidisciplinary Clinic in a Tertiary Hospital (2010-2013). *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:235–41.

2. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatology*. 4th Ed. EE. UU.: Elsevier; 2016.
3. Unidad de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2018: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación /Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII; 2019.
4. Mendes-Bastos P, Brasileiro A, Matos-Pires E, Rodrigues I, Marques C, Coelho-Macias V, et al. De novo HIV infection diagnoses in a Department of Dermatology and Venereology in Lisbon, Portugal. *Int J STD AIDS*. 2017;28:887-92.

J. Magdaleno-Tapial\*, P. Hernández-Bel, C. Valenzuela-Oñate y A. Pérez-Ferriols  
*Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España*

\*Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [jormagta@gmail.com](mailto:jormagta@gmail.com)  
 (J. Magdaleno-Tapial).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.02.015>  
 0001-7310/ © 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.  
 Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND  
 (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Dermatosis discoide facial, una entidad enigmática



### Facial Discoid Dermatitis: An Enigmatic Disease

Sr. Director:

La dermatosis discoide facial (DDF) es una entidad de reciente descripción que cursa con pápulas y placas eritemato-descamativas, a menudo de morfología anular, limitadas a la región facial. Su principal característica es la persistencia de las lesiones a lo largo del tiempo, sin respuesta a los tratamientos tópicos ni sistémicos. En la clínica puede plantear el diagnóstico diferencial con otras entidades que cursan con lesiones pápulo-escamosas en la cara, como son la dermatitis seborreica, la *tinea faciei*, el lupus eritematoso cutáneo o la psoriasis.

Una mujer de 45 años, con hipercolesterolemia familiar, consultó por unas lesiones faciales persistentes desde la adolescencia. Había realizado múltiples tratamientos previos con corticosteroides e inhibidores de la calcineurina tópicos, así como terapias sistémicas con metotrexato e hidroxicloroquina, con una ausencia total de respuesta a todos ellos. A la exploración presentaba unas pápulo-placas eritemato-descamativas, de aspecto seborreico y ligeramente anaranjadas, distribuidas por ambas mejillas y la frente (figs. 1 y 2). No presentaba lesiones en otra zona del cuerpo, incluyendo las mucosas, las palmas, las plantas y el cuero cabelludo. En la biopsia de una de ellas se

observó una acantosis epidérmica leve, una hiperqueratosis con focos de paraqueratosis, unos tapones córneos foliculares, un infiltrado inflamatorio moderado en la dermis superficial de distribución intersticial y perifolicular, y la presencia de *Demodex* en los folículos pilosos (fig. 3). No se observó daño vacuolar basal, engrosamiento de la membrana basal ni depósito de mucina. La inmunofluorescencia directa resultó negativa. Se solicitaron unos análisis en los que se demostró negatividad para los anticuerpos anti-nucleares, incluyendo las especificidades anti-Ro y anti-La, y una fracción del complemento C3 ligeramente disminuida (83 mg/dL), que no tenía relevancia clínica. A pesar de no disponer de un diagnóstico definitivo, ante la posibilidad clínica de un lupus eritematoso cutáneo, se decidió intentar de nuevo el tratamiento con hidroxicloroquina oral y corticosteroides tópicos de alta potencia, sin obtener respuesta. Por la presencia de abundantes *Demodex* en la biopsia, se planteó la posibilidad de un componente de rosácea, añadido al cuadro, y la paciente completó tratamiento oral con metronidazol e ivermectina; de nuevo sin obtener ninguna respuesta clínica. Finalmente, ante los hallazgos clínicos, microscópicos y la falta de respuesta a tratamientos tanto tópicos como sistémicos, se estableció el diagnóstico de DDF. Tras revisar la literatura, se inició el tratamiento con calcipotriol y betametasona tópico, en base a un caso publicado previamente con una respuesta parcial a los mismos<sup>1</sup>; actualmente está a la espera de ver evolución.



**Figura 1** Pápulas anaranjadas y descamativas situadas en la frente.



**Figura 2** Pápulas descamativas de aspecto seborreico situadas en las mejillas.