

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i5.10054>

Efecto de la supresión viral en la psoriasis en un paciente con VIH-SIDA

Effect of viral suppression on psoriasis in a patient with HIV-AIDS.

Alejandro García Irigoyen,¹ Claudia Ileana Sáenz Corral,² Mercedes Aranda Audelo,³ Bianca Paola Aguilar Rodra,³ Simón Guzmán Bucio,⁴ María Elisa Vega Memije²

Resumen

ANTECEDENTES: En sujetos con VIH la psoriasis suele manifestarse en fases avanzadas de la infección viral y asociarse con conteos bajos de linfocitos T CD4. En este contexto, la psoriasis puede ser más grave y tener mayor susceptibilidad al fracaso del tratamiento.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 33 años con diagnóstico de VIH-SIDA de 6 años de evolución y psoriasis grave, con PASI de 28 puntos. El paciente había suspendido la terapia antirretroviral dos años antes del inicio de la dermatosis. Tras iniciar una nueva terapia antirretroviral con bictegravir, emtricitabina y tenofovir alafenamida, se observó alivio clínico progresivo de la dermatosis, con PASI de 5 puntos al mes de evolución. Un mes después se observó alivio completo de las manifestaciones clínicas, así como una carga viral indetectable.

CONCLUSIONES: El tratamiento de la psoriasis en pacientes con VIH-SIDA puede ser complicado debido a la inmunodeficiencia y a la posibilidad de complicaciones graves que conlleva el tratamiento inmunosupresor de la psoriasis, en especial en la etapa de SIDA. Por tanto, la fototerapia y los antirretrovirales son la primera línea de tratamiento en casos de psoriasis moderada a grave. Al controlar la infección por VIH puede considerarse el inicio de un tratamiento inmunosupresor. Sin embargo, la supresión viral puede llevar a la remisión del cuadro clínico de la psoriasis.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis; VIH; terapia antirretroviral; inmunosupresores.

Abstract

BACKGROUND: In people with HIV, psoriasis often occurs in advanced stages of viral infection and is usually associated with low CD4 T lymphocyte counts. In this context, psoriasis can present more severely and with a higher susceptibility to treatment failure.

CLINICAL CASE: A 33-year-old male patient with a 6-year history of HIV/AIDS diagnosis and severe psoriasis, with a PASI score of 28 points. The patient had discontinued his antiretroviral therapy two years before the onset of the dermatosis. After initiating a new antiretroviral therapy with bictegravir, emtricitabine, and tenofovir alafenamide, progressive clinical improvement of the dermatosis was observed, with a PASI score of 5 points at one month of evolution. Subsequently, one month later, complete resolution of clinical manifestations was observed, as well as undetectable viral load.

CONCLUSIONS: The treatment of psoriasis in patients with HIV/AIDS can be complicated due to immunodeficiency and the possibility of severe complications associated with immunosuppressive treatment of psoriasis, especially in the AIDS stage. Therefore, phototherapy and antiretrovirals are the first line of treatment in cases of moderate to severe psoriasis. By controlling HIV infection, the initiation of immunosuppressive treatment can be considered. However, viral suppression may lead to remission of the clinical presentation of psoriasis.

KEYWORDS: Psoriasis; HIV; Antiretroviral therapy; Immunosuppressants.

¹ Residente de Dermatología.

² Médico adscrito al Departamento de Dermatología.

³ Médico adscrito al Departamento de Infectología.

⁴ Médico pasante de Servicio Social, Departamento de Dermatología. Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Recibido: marzo 2023

Aceptado: abril 2023

Correspondencia

Alejandro García Irigoyen
alejandrogarciairigoyen95@gmail.com

Este artículo debe citarse como: García-Irigoyen A, Sáenz-Corral CI, Aranda-Audelo M, Aguilar-Rodra BP, Guzmán-Bucio S, Vega-Memije ME. Efecto de la supresión viral en la psoriasis en un paciente con VIH-SIDA. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (5): 679-684.

ANTECEDENTES

La psoriasis es una enfermedad autoinflamatoria que puede afectar la calidad de vida de los pacientes. La forma más frecuente de psoriasis, la psoriasis en placas, se caracteriza por una alteración en el sistema inmunológico con predominio en la inmunidad adaptativa, en la que intervienen linfocitos T, linfocitos B y diversas interleucinas, como IL-23, IL-12, IL-17A y el IFN- γ .¹ En particular, los linfocitos T CD8 infiltran y proliferan en la epidermis y la dermis, donde producen citocinas inflamatorias que contribuyen a la aparición de la psoriasis.²

En personas con VIH, la aparición de psoriasis tiende a ocurrir en etapas avanzadas de la infección viral y suele asociarse con conteos bajos de linfocitos T CD4. Este fenómeno resulta paradójico porque se esperaría que la inmunodeficiencia causada por el virus suprimiera la actividad del sistema inmunológico, disminuyendo así la aparición de enfermedades autoinmunitarias como la psoriasis. No obstante, a medida que avanza la inmunodeficiencia inducida por el VIH, el conteo de linfocitos T CD4 disminuye, mientras que el de linfocitos T CD8 aumenta. Cuando el conteo de linfocitos T CD4 se reduce a menos de 200 células/ μ L, en la etapa de SIDA, los linfocitos T CD8 se encuentran elevados y pueden llegar a constituir hasta el 80% del total de linfocitos T. Por lo general, la aparición o exacerbación de la psoriasis en pacientes con VIH-SIDA se atribuye a este aumento de linfocitos T CD8.^{3,4}

La psoriasis en personas con VIH se caracteriza por un curso clínico más grave, manifestaciones atípicas y mayores tasas de fracaso del tratamiento.^{5,6} En este artículo se comunica el caso de un paciente con psoriasis grave y antecedente de VIH-SIDA.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 33 años, originario y residente de la Ciudad de México, que mani-

festó una dermatosis diseminada que afectaba el tronco, las extremidades superiores e inferiores, así como las palmas y las plantas. Se caracterizaba por múltiples placas eritematoescamosas de escama gruesa y blanquecina de diferentes tamaños, algunas llegaban a medir entre 15 y 17 cm, con tendencia a confluir (**Figura 1A-D**). El paciente acudió a consulta por esta dermatosis en agosto de 2021, la cual había evolucionado a lo largo de 3 meses.

El paciente fue diagnosticado con VIH en 2015 y desde entonces había recibido terapia antirretroviral con efavirenz 600 mg-emtricitabina 200 mg-tenofovir disoproxil fumarato 300 mg cada 24 horas, aunque tenía mal apego al tratamiento. En 2019 el paciente abandonó el seguimiento médico y suspendió la terapia antirretroviral.

En agosto de 2021, cuando el paciente acudió a consulta por la dermatosis descrita, se le tomó una biopsia de piel como parte del proceso diagnóstico. Los hallazgos histopatológicos mostraron características consistentes con psoriasis: acantosis psoriasiforme, paraqueratosis, microabscesos de Munro, infiltrado perivascular superficial de linfocitos y vasos superficiales tortuosos y dilatados (**Figura 2**). En ese momento, el paciente tenía un índice PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) de 28 puntos, lo que indica psoriasis grave. Se le cuantificó la carga viral que fue de 85,574 copias/mL y el conteo de linfocitos T CD4 y CD8 fue de 10 y 94 células/ μ L, respectivamente. Los estudios de extensión para descartar enfermedades oportunistas y otras infecciones, como hepatitis B, hepatitis C, sífilis, herpes simple tipos 1 y 2, resultaron negativos.

En noviembre de 2021, el paciente inició una nueva terapia antirretroviral con bictegavir 50 mg-emtricitabina 200 mg-tenofovir alafenamida 25 mg cada 24 horas. Durante las consultas de seguimiento, después de haber iniciado la terapia antirretroviral se observó alivio progre-

sivo de la dermatosis. En diciembre de 2021, el índice PASI del paciente había disminuido a 5 puntos (**Figura 1E-H**). En enero de 2022, las manifestaciones clínicas de las psoriasis se habían curado y la nueva carga viral resultó indetectable. Además, los conteos de linfocitos T CD4 y CD8 se encontraban en 42 y 597 células/ μ L, respectivamente.

DISCUSIÓN

El tratamiento de la psoriasis en personas con VIH-SIDA es complejo, debido a que los agentes inmunosupresores prescritos en el tratamiento de la psoriasis pueden generar complicaciones graves, especialmente en pacientes en etapa de SIDA.^{7,8}

A pesar de que se considera que la psoriasis puede ser causada por los efectos del VIH en los linfocitos T CD4 y CD8, también se ha demostrado que el virus puede tener un papel independiente en la aparición de la enfermedad. La psoriasis se caracteriza por la infiltración de células inmunitarias en la epidermis y la dermis, así como por la proliferación anormal de queratinocitos.⁹ El VIH contiene proteínas como Tat, que estimula directamente la proliferación epidérmica de queratinocitos, y Nef, que actúa como superantígeno. Por tanto, mientras la carga viral del VIH esté elevada, estos mecanismos también pueden contribuir a la aparición de la psoriasis. En consecuencia, se ha observado que una carga viral elevada puede generar exacerbaciones de la psoriasis,¹⁰ mientras que la supresión viral

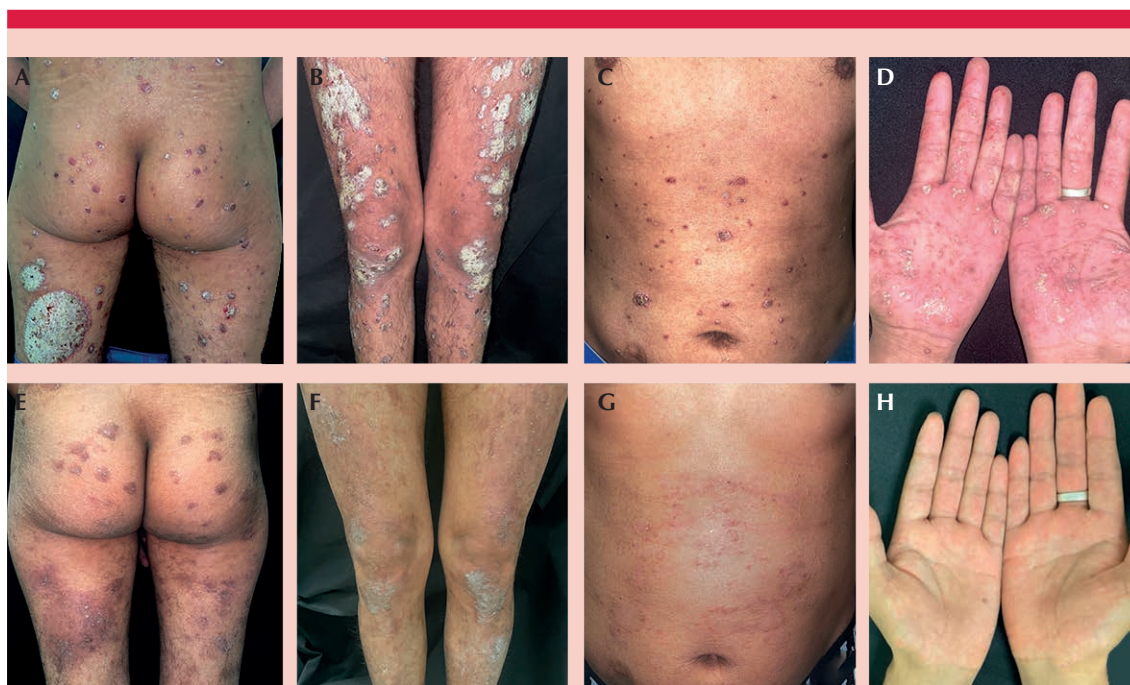


Figura 1. Paciente con psoriasis y VIH-SIDA. **A-D.** Dermatitis diseminada al tronco, las extremidades superiores e inferiores, las palmas y las plantas, caracterizada por múltiples placas eritematoescamosas, con escamas gruesas y blanquecinas, de diferentes tamaños con tendencia a confluir. Se obtuvo un PASI de 28 puntos. **E-H.** Alivio clínico de la dermatosis, con PASI de 5 puntos, un mes después de iniciar la terapia antirretroviral con bictegravir, emtricitabina y tenofovir alafenamida.

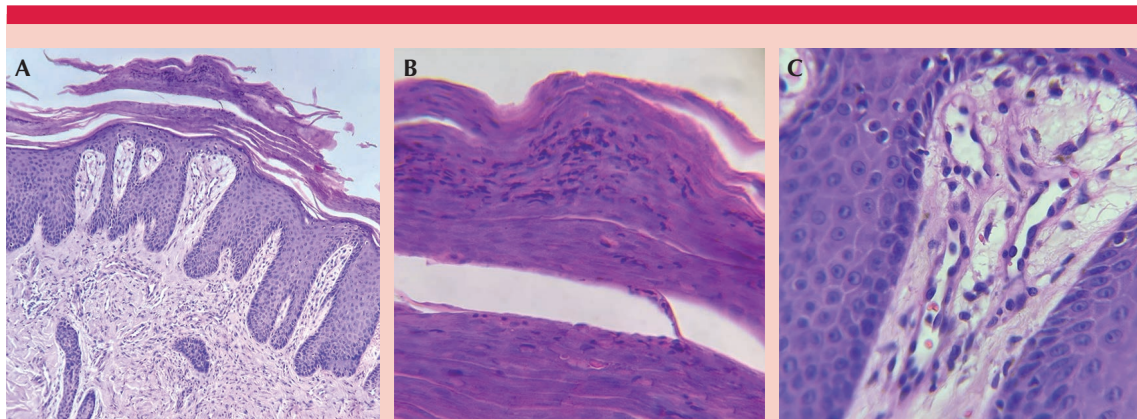


Figura 1. Estudio histopatológico compatible con psoriasis. **A.** Acanthosis psoriasiforme y paraqueratosis (H&E, aumento original 10x). **B.** Neutrófilos presentes en el estrato córneo (microabscesos de Munro) [H&E, aumento original 20x]. **C.** Infiltrado perivascular superficial compuesto por linfocitos y vasos superficiales dilatados (H&E, aumento original 20x)

mediante la terapia antirretroviral puede generar la remisión de las manifestaciones clínicas,^{11,12,13} como en el caso comunicado.

Hasta el momento, no existen ensayos clínicos que evalúen la eficacia de los tratamientos de la psoriasis en sujetos con VIH-SIDA. Las guías de tratamiento se basan en las opiniones de expertos y en estudios con nivel de evidencia limitado. La Fundación Nacional de Psoriasis (*National Psoriasis Foundation*) de Estados Unidos revisó los tratamientos documentados en 29 reportes de casos de psoriasis en personas con VIH. Recomendaron como primera línea el tratamiento tópico de la psoriasis leve. Por otro lado, la fototerapia y la terapia antirretroviral se consideraron de primera línea en psoriasis moderada-grave. Los retinoides orales se consideraron de segunda línea. En casos con inmunodeficiencia marcada, como el caso del paciente, la monoterapia con antirretroviral representa la primera opción de tratamiento que puede lograr una buena respuesta.⁷

Papp y colaboradores elaboraron una guía de tratamiento basada en recomendaciones de

expertos. Estas recomendaciones fueron determinadas por un panel de 11 dermatólogos, 3 especialistas en VIH y 1 infectólogo. Esta guía aconseja enfocarse en la terapia antirretroviral en casos de psoriasis en sujetos con VIH no controlado. También sugieren prescribir un tratamiento convencional contra la psoriasis en los pacientes con VIH que tengan un conteo de linfocitos T CD4 mayor de 500 células/ μ L y una carga viral indetectable.¹⁴

Nakamura y colaboradores hicieron una revisión sistemática de los diferentes tratamientos inmunosupresores prescritos contra la psoriasis en personas con VIH. Evaluaron 25 reportes de casos resistentes a tratamiento convencional con tratamiento tópico, terapia antirretroviral, fototerapia y retinoides orales. Los tratamientos evaluados fueron: metotrexato, ciclosporina, inhibidores del TNF- α (etanercept, adalimumab, infliximab) y ustekinumab. Sólo 15 casos tenían conteo de linfocitos T CD4 y carga viral en parámetros normales. Con el tratamiento con agentes biológicos se obtuvieron mejores resultados, por lo que se concluyó que los inhibidores del

TNF- α y ustekinumab pueden ser buenas opciones como tratamientos de tercera línea en casos resistentes con psoriasis grave y VIH.¹⁵

En un caso con psoriasis y VIH la prioridad es enfocarse en el control virológico. En los pacientes con manifestaciones clínicas de psoriasis y una infección por VIH controlada con terapia antirretroviral que tengan un conteo superior a 500 células/ μ L, el tratamiento de la psoriasis puede ser de manera similar al de la población general.¹⁴ Pueden prescribirse retinoides orales como tratamiento de segunda línea antes de considerar los inmunosupresores sistémicos, que son de tercera línea, como el metotrexato, ciclosporina, inhibidores del TNF- α y ustekinumab.

En caso de tener mal control virológico, la administración de inmunosupresores es controvertida porque sus efectos adversos pueden ser graves. Por tanto, la terapia antirretroviral, acompañada o no de fototerapia, se considera la modalidad de elección.^{7,14,15,16} En el caso comunicado, el paciente tenía conteos bajos de linfocitos T CD4 y carga viral elevada, por lo que se consideró la terapia antirretroviral como monoterapia, con lo que logró un excelente resultado clínico de las manifestaciones de psoriasis.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la psoriasis en pacientes con VIH puede ser complicado debido a la inmunodeficiencia ocasionada por el virus y a la posibilidad de complicaciones graves relacionadas con la administración de agentes inmunosupresores para el tratamiento de la psoriasis, en particular en pacientes en etapa de SIDA. Los antirretrovirales se consideran el tratamiento de primera línea en casos moderados a graves de psoriasis. La carga viral elevada del VIH puede contribuir a la aparición y exacerbación de la psoriasis, pero la supresión viral puede llevar a la remisión del cuadro clínico de la psoriasis.

REFERENCIAS

1. Liang Y, Sarkar MK, Tsoi LC, Gudjonsson JE. Psoriasis: a mixed autoimmune and autoinflammatory disease. *Curr Opin Immunol* 2017; 49: 1-8. doi: 10.1016/j.coi.2017.07.007
2. Di Meglio P, Villanova F, Navarini AA, Mylonas A, et al. Targeting CD8⁺ T cells prevents psoriasis development. *J Allergy Clin Immunol* 2016; 138 (1): 274-276.e6. doi: 10.1016/j.jaci.2015.10.046
3. Morar N, Willis-Owen SA, Maurer T, Bunker CB. HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical features, and management. *Lancet Infect Dis* 2010; 10 (7): 470-478. doi: 10.1016/S1473-3099(10)70101-8
4. Parker SRS. The skin and HIV: No superficial matter. *Top Antivir Med* 2014; 22 (4): 680-684.
5. Altman K, Vanness E, Westergaard RP. Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus: A clinical update. *Curr Infect Dis Rep* 2015; 17 (3): 9. doi: 10.1007/s11908-015-0464-y
6. Fernandes S, Pinto GM, Cardoso J. Particular clinical presentations of psoriasis in HIV patients. *Int J STD AIDS* 2011; 22 (11): 653-654. doi: 10.1258/ijsa.2011.010525
7. Menon K, Van Voorhees AS, Bebo Jr. BF, Gladman DD, et al. Psoriasis in patients with HIV infection: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62 (2): 291-299. doi: 10.1016/j.jaad.2009.03.047
8. Queirós N, Torres T. HIV-associated psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2018; 109 (4):303-311. doi: 10.1016/j.ad.2017.09.014
9. Ceccarelli M, Venanzi Rullo E, Vaccaro M, Facciola A, et al. HIV-associated psoriasis: Epidemiology, pathogenesis, and management. *Dermatol Ther* 2019; 32 (2). doi: 10.1111/dth.12806
10. Alpalhão M, Borges-Costa J, Filipe P. Psoriasis in HIV infection: an update. *Int J STD AIDS* 2019; 30 (6): 596-604. doi: 10.1177/0956462419827673
11. De Socio GVL, Simonetti S, Stagni G. Clinical improvement of psoriasis in an AIDS patient effectively treated with combination antiretroviral therapy. *Scand J Infect Dis* 2006; 38 (1): 74-75. doi: 10.1080/00365540500322296
12. Chiricozzi A, Saraceno R, Cannizzaro MV, Nisticò SP, et al. Complete resolution of erythrodermic psoriasis in an HIV and HCV patient unresponsive to antipsoriatic treatments after highly active antiretroviral therapy (ritonavir, atazanavir, emtricitabine, tenofovir). *Dermatology* 2013; 225 (4): 333-337. doi: 10.1159/000345762
13. Amorin Ruiz MDF, Gaburri D, Paes De Almeida JR, Oyafuso LK. Regression of psoriasis in HIV patient after antiretroviral therapy. *An Bras Dermatol* 2003; 78 (6): 729-733. doi: 10.1590/s0365-05962003000600009
14. Papp KA, Beecker J, Cooper C, Kirchhof MG, et al. Use of systemic therapies for treatment of psoriasis in people liv-

- ing with controlled HIV: Inference-based guidance from a multidisciplinary expert panel. *Dermatol Ther* 2022; 12 (5): 1073-1089. doi: 10.1007/s13555-022-00722-0
15. Nakamura M, Abrouk M, Farahnik B, Zhu TH, Bhutani T. Psoriasis treatment in HIV-positive patients: a systematic review of systemic immunosuppressive therapies. *Cutis* 2018; 101 (1): 38-56.
16. Montes-Torres A, Aparicio G, Rivera R, Vilarrasa E, et al. Safety and effectiveness of conventional systemic therapy and biological drugs in patients with moderate to severe psoriasis and HIV infection: a retrospective multicenter study. *J Dermatol Treat* 2019; 30 (5): 461-465. doi: 10.1080/09546634.2018.1535690

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

