

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i3.7782>

Dermatitis infecciosa, un enemigo latente

Infective dermatitis, a latent enemy.

María Claudia Pérez-Porras,¹ Lauren Vanessa Valdivia-Muñoz,² Jairo Victoria-Chaparro³

Resumen

ANTECEDENTES: La dermatitis infecciosa es una manifestación rara de la infección por el virus linfotrópico humano de células T tipo I (HTLV-1), afecta principalmente a niños y puede simular enfermedades comunes, como dermatitis atópica y dermatitis seborreica.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 11 años, con cuadro de eccema crónico asociado con prurito y adenopatía cervical, tratado inicialmente como dermatitis atópica sobreinfectada, recibió diversos tratamientos con escasa respuesta y múltiples recaídas. Se documentó infección por HTLV-1, se trató con antibióticos, con excelente respuesta.

CONCLUSIONES: La dermatitis infecciosa es una manifestación poco frecuente de la infección por HTLV-1, cuyo diagnóstico suele retrasarse pues es confundida con enfermedades cutáneas más comunes, por lo que se requiere alta sospecha clínica y respectiva confirmación serológica del virus, para proporcionar el manejo oportuno y seguimiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: HTLV-1; dermatitis atópica; leucemia/linfoma de células T del adulto.

Abstract

BACKGROUND: Infective dermatitis is a rare manifestation of human T-cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) infection, mainly affects children and can mimic common diseases such as atopic dermatitis and seborrheic dermatitis.

CLINICAL CASE: An 11-year-old male patient with chronic eczema associated with pruritus and cervical adenopathy, initially treated as superinfected atopic dermatitis, patient received various treatments with scarce response and multiple relapses. HTLV-1 infection was documented and managed with antibiotics, showing excellent response.

CONCLUSIONS: Infective dermatitis is a rare manifestation of HTLV-1 infection, in which diagnosis is usually delayed because it is often confused with more common skin diseases; so, it is required a high clinical suspicion and respective serological confirmation of the virus, to give timely management and proper follow-up.

KEYWORDS: HTLV-1; Atopic dermatitis; Adult T cell leukemia/lymphoma.

¹ Residente III año de Dermatología.

² Residente I año de Dermatología.
Universidad Libre seccional Cali, Colombia.

³ Dermatólogo pediatra, consulta privada, Clínica Farallones Cali, Colombia.

Recibido: junio 2021

Aceptado: julio 2021

Correspondencia

María Claudia Pérez Porras
mclaudiam_21@yahoo.com

Este artículo debe citarse como: Pérez-Porras MC, Valdivia-Muñoz LV, Victoria-Chaparro J. Dermatitis infecciosa, un enemigo latente. Dermatol Rev Mex 2022; 66 (3): 408-413.

ANTECEDENTES

El virus linfotrópico humano tipo 1 (HTLV-1) es un retrovirus endémico del Caribe, América Central, América del Sur (Brasil, Colombia y Perú), Japón, África ecuatorial e Irán.¹ Aproximadamente de 5 a 10 millones de personas en todo el mundo están infectadas con este virus.² La dermatitis infectiva es una de las manifestaciones clínicas dadas por la infección por HTLV-1, que afecta principalmente a niños, se adquiere vía transplacentaria (entre un 3 y 5% de hijos de madres infectadas), mediante la ingestión de linfocitos infectados que se encuentran en la leche materna (hasta 22% de riesgo si se amamanta hasta los 18 meses), transfusión sanguínea y el contacto sexual.^{3,4} Las secuelas no infecciosas de la infección por HTLV-1 están presentes en hasta el 10% de los afectados, e incluyen la mielopatía asociada con HTLV-1-paraparesia espástica tropical y leucemia-linfoma de células T del adulto.⁵

La patogénesis no está del todo aclarada, pero es multifactorial, la desregulación inmunitaria, susceptibilidad individual, superinfección bacteriana, estimulación antigénica crónica y la inflamación cutánea crónica participan en la dermatitis infectiva.⁶ La importancia de reconocer los casos de dermatitis infectiva radica en que sus manifestaciones simulan enfermedades comunes, como la dermatitis atópica, dermatitis seborreica, dermatitis de contacto alérgica e incluso micosis fungoide, lo que retrasa el diagnóstico y manejo oportuno de esta enfermedad.^{1,2}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 11 años de edad, procedente de Buenaventura, Colombia, quien desde los tres meses de edad padecía un cuadro de pápulas eritematosas en el cuero cabelludo, el cuello, la nuca, la región retroauricular, el tronco, las axilas, la espalda y los glúteos, se asociaban con descamación fina y prurito leve; el

paciente también reportaba adenopatías cervicales. Inicialmente se trató como una alergia, con múltiples manejos tópicos con corticosteroides de baja a mediana potencia y antihistamínicos, sin lograr controlar el cuadro. Posteriormente se diagnosticó como dermatitis atópica sobreinfectada, se trató con diferentes antibióticos orales e incluso hospitalizaciones, que en un principio controlaban el cuadro, pero al finalizar el tratamiento reaparecían los síntomas.

Entre los antecedentes personales, fue producto de un embarazo a término, recibió lactancia materna hasta aproximadamente dos meses de edad, su madre falleció cuando él tenía 5 años de edad, de una enfermedad "no conocida" y, según refería el padre, la madre había tenido un cuadro cutáneo similar en la infancia, que había desaparecido en la adultez dejando sólo cicatrices como secuelas.

Al examen físico se evidenció piel fototipo VI, xerosis marcada, múltiples pápulas y placas eritematodescamativas, ubicadas principalmente en el cuero cabelludo, el cuello (**Figura 1**), la región retroauricular, el tronco, las axilas (**Figura 2**), los pliegues antecubitales, poplíteos, la espalda y los glúteos (**Figura 3**). Además, se observaron adenopatías cervicales pequeñas (**Figura 4**) y algunas hipopigmentaciones residuales.

Con la sospecha de dermatitis infectiva se solicitó hemograma que evidenció: hemoglobina 12.3 g/dL, hematócrito 37.6%, VCM 85.5, leucocitos 5440/μL, linfocitos 55% (valor normal: 22-45%), plaquetas 375,000, VSG 22, anticuerpos para HTLV-1, que fueron positivos e IgE 490,700 UI/mL (valor normal: 0-100 UI/mL), con lo que se estableció el diagnóstico de dermatitis infectiva por HTLV-1, se inició tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) vía oral, descolonización con mupirocina tópica y crema humectante, con lo que se logró buena respuesta clínica.



Figura 1. Pápulas y placas eritematodescamativas, además de hipopigmentaciones residuales.

DISCUSIÓN

La dermatitis infectiva es una manifestación rara de infección por HTLV-1, generalmente en niños pequeños, con edad de inicio alrededor de los

18 meses.⁷ El HTLV-1 es un retrovirus complejo del género *Deltaretrovirus*, subfamilia *Orthoretrovirinae*, la posibilidad de transmisión viral depende de la eficiencia de la vía de transmisión, infectividad del donante, la susceptibilidad del receptor y el número de exposiciones.³ El HTLV-1 infecta de preferencia los linfocitos T CD4⁺.⁵

Los factores determinantes del resultado clínico en el contexto de infección por HTLV-1 no están del todo esclarecidos, pero los estudios enfocados a investigar el determinante viral de la patogenicidad del HTLV-1 han resaltado el potencial oncogénico de las proteínas no estructurales Tax y HBZ.⁸ La mayoría de los individuos infectados permanecen asintomáticos y sólo un escaso porcentaje (entre un 2 y un 5%) manifiesta una de las dos enfermedades principales después de un largo periodo de latencia (entre 40 y 60 años), como la mielopatía asociada con HTLV-1-paraparesia espástica tropical, enfermedad neurodegenerativa y la leucemia-linfoma de células T del adulto, que se caracteriza por una proliferación maligna de LTCD4⁺.⁹ El HTLV-1 se relaciona con otras afecciones, como la artropatía asociada con HTLV-1, uveítis asociada con HTLV-1, polimiositis y trastornos pulmonares crónicos.⁹ Por tanto, la dermatitis infectiva no



Figura 2. Placas descamativas, simétricas, con áreas de hiperpigmentación posinflamatoria.



Figura 3. Placas eritematodescamativas con áreas de hipopigmentación residual.

es sólo un marcador de infección por HTLV-1, sino también un posible predictor de trastornos más graves que aparecen incluso años después, relacionados con la infección por HTLV-1.⁷

En cuanto a la patogénesis de la dermatitis infectiva, no está del todo esclarecida, pero la genética parece tener un papel fundamental. La Grenade y Biggar y sus grupos demostraron que ciertas clases de antígenos leucocitarios humanos (HLA), como el HLA clase II DRB1* DQB1* (1101-0301), incrementan el riesgo de transmisión de madre a hijo.¹ Se cree que la inmunosupresión causada por el HTLV-1 es responsable, en parte, del desequilibrio del sistema inmunitario y la susceptibilidad a sobreinfección por *Staphylococcus aureus* (SA) y estreptococos beta-hemolítico (SBH).² Esta sobreinfección bacteriana conduce a una estimulación antigénica crónica y, por tanto, a un cuadro inflamatorio



Figura 4. Adenopatías cervicales.

persistente de la piel, que se manifiesta como dermatitis eccematosa resistente.² El estado proinflamatorio cutáneo en la dermatitis infectiva está dado principalmente por la proteína Tax (producto de la célula infectada), que provoca la proliferación de células T (CD4⁺ y CD8⁺), interleucina (IL)-1, IL-6 y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), los cuales prolongan la reacción inflamatoria, haciendo más difícil la remisión de la enfermedad.¹ Los pacientes infectados por HTLV-1 son más propensos a otras enfermedades cutáneas (hasta un 76%), como dermatitis seborreica, dermatofitosis e ictiosis adquirida.² Otros factores comunes entre los pacientes afectados por la dermatitis infectiva son la pobreza, desnutrición, anemia y concentraciones elevadas de IgE, se cree que estas últimas influyen en la

susceptibilidad aumentada a microorganismos, como *Staphylococcus aureus* y estreptococos beta-hemolítico.¹

Las manifestaciones clínicas de la dermatitis infecciosa inician en la infancia, alrededor de los 18 meses; hay escasos reportes de inicio de la enfermedad en lactantes menores de un año y medio, en nuestro caso el cuadro clínico inició desde los 3 meses de edad, lo cual es infrecuente.¹ Se encuentra clásicamente una dermatitis exudativa severa, descamativa, localizada preferentemente en el cuero cabelludo, las orejas, los párpados, la nariz, las axilas y las ingles, usualmente las lesiones se cubren con una costra melicérica, de distribución simétrica y en muchos casos fétida.^{1,3,7} Algunos pacientes pueden tener afectación de los pliegues antecubitales y de la fosa poplíteica, similar a la dermatitis atópica, pero en la dermatitis infecciosa, en lugar de liquenificación, se observan costras melicéricas. Cuando la descamación seca y costrosa se concentra en el cuero cabelludo, puede simular pseudotiña amiantácea.¹ El prurito está ausente en la mayoría de casos, si está presente es leve, lo que ayuda a diferenciar la dermatitis infecciosa de la dermatitis atópica, como en nuestro paciente.^{1,7} Se ha reportado que los pacientes con prurito severo en el cuero cabelludo pueden manifestar años después datos clínicos de mielopatía asociada con HTLV-1-paraparesia espástica tropical, por lo que es importante vigilar este síntoma.¹

El diagnóstico se basa en criterios clínicos y serología positiva para HTLV-1, en 1998 La Grenade y su grupo establecieron los criterios diagnósticos de la dermatitis infecciosa, éstos fueron modificados por Oliveira y colaboradores (**Cuadro 1**); de los cuatro criterios, se requieren tres, de los que son obligatorios los puntos 1, 3 y 4 (para cumplir con el criterio 1, los sitios afectados deben ser al menos tres, incluido el cuero cabelludo y el área retroauricular).^{1,10} El estudio histopatológico no es específico y es similar al de otros cuadros ec-

Cuadro 1. Criterios diagnósticos de dermatitis infecciosa asociada con infección por HTLV-1

1. Lesiones eritematodescamativas, exudativas y con costras en el cuero cabelludo, el área retroauricular, el cuello, las axilas, las ingles, la piel paranasal-perioral, las orejas, el tórax, el abdomen y otras localizaciones
2. Costras en las fosas nasales
3. Dermatitis crónica recidivante, con respuesta rápida a la terapia adecuada, pero que al suspender el antibiótico recurre
4. Diagnóstico de infección por HTLV-1 por serología o pruebas moleculares

De los 4 criterios, 3 son necesarios para el diagnóstico, con la inclusión obligatoria del 1, 3 y 4. Para cumplir con el criterio 1, se requiere afectación de tres o más áreas, incluido el cuero cabelludo y el área retroauricular.

Tomado de la referencia 10.

cematosos.^{2,6} Entre los diagnósticos diferenciales más frecuentes está la dermatitis atópica, de la que el prurito severo, el antecedente de atopia, la liquenificación y las áreas clásicamente afectadas ayudan a diferenciarla.⁷ La dermatitis seborreica es otro diferencial, pero la edad de aparición (neonatos o pubertad-adulthood) y la descamación untuosa en el cuero cabelludo, los pliegues nasolabiales y demás zonas seborreicas pueden guiar para descartar la dermatitis infecciosa, aunque hay que tener presente que pueden coexistir estas dos afecciones.^{2,7} Otros diagnósticos que deben descartarse son la dermatitis de contacto alérgica, psoriasis, reacción eccematosa a medicamentos, dermatofitosis generalizada y micosis fungoides.^{1,5}

El tratamiento en niños y adultos consiste en antibióticos dirigidos contra la sobreinfección por *Staphylococcus aureus* y estreptococos beta-hemolítico, como la cefalexina, eritromicina y TMP-SMX, este último prescrito en nuestro paciente con muy buena respuesta, éste se administra continuamente por 15 días y después se disminuye la dosis a la mitad hasta que se controle la enfermedad, la respuesta tiende a ser rápida.^{1,6} Por lo general, el tratamiento es de 3 a 12 meses, son frecuentes las recaídas al

suspender el manejo, en estos casos debe reiniciarse el antibiótico a dosis completa.^{6,7} Los niños con dermatitis infectiva tienden a mejorar en la adolescencia, mientras que en los adultos nunca desaparece el cuadro.¹

Debido a que la dermatitis infectiva es una manifestación de la infección por HTLV-1 y ésta puede asociarse posteriormente con la aparición de enfermedades más graves, es importante el diagnóstico oportuno, en muchos casos éste suele retrasarse debido a la similitud del cuadro con enfermedades cutáneas más frecuentes, por lo que el conocimiento de esta afección es decisivo para dar un manejo adecuado y seguimiento correspondiente.^{1,2} La aparición de leucemia-linfoma de células T del adulto se ha vinculado con un alta carga de ADN viral en células mononucleares de sangre periférica, esto último también se considera un factor de riesgo de mielopatía asociada con HTLV-1-paraparesia espástica tropical, especialmente cuando en el líquido cefalorraquídeo hay altas concentraciones virales en comparación con la sangre periférica.⁹

CONCLUSIONES

La dermatitis infectiva es una manifestación rara de la infección por HTLV-1, que inicia en la infancia y suele simular enfermedades dermatológicas más frecuentes, como la dermatitis atópica y la dermatitis seborreica, lo que en la mayoría de los casos retrasa el diagnóstico y manejo oportuno. El diagnóstico es clínico apoyado con la serología que identifica la presencia del virus. La importancia de conocer esta enfermedad y las implicaciones que tiene la infección por HTLV-1 radica en la posibilidad

de aparición a futuro de padecimientos graves e incluso fatales, como la leucemia-linfoma de células T del adulto y la mielopatía asociada con HTLV-1-paraparesia espástica tropical.

REFERENCIAS

1. Bravo FG. Infective dermatitis: A purely cutaneous manifestation of HTLV-1 infection. *Semin Diagn Pathol* 2020; 37 (2): 92-7. <https://doi.org/10.1053/j.semdp.2019.04.002>.
2. Weiler N, Mayer EF, Kazlouskaya V, Bamgbola OF, Bannietts N, Heilman E, et al. Infective dermatitis associated with HTLV-1 infection in a girl from Trinidad: Case report and review of literature. *Pediatr Dermatol* 2019; 36 (1): e12-6.
3. Martin F, Taylor GP, Jacobson S. Inflammatory manifestations of HTLV-1 and their therapeutic options. *Expert Rev Clin Immunol* 2014; 10 (11): 1531-46.
4. Menz F, Menz J, Wilson K, Turpin J, Bangham C, Einsiedel L. Infective dermatitis associated with human T-lymphotropic virus type 1 infection in Adelaide, South Australia. *Australas J Dermatol* 2018; 59 (2): 151-3.
5. Einsiedel L, Cassar O, Gordon L, Gessain A. Human T-Lymphotropic Virus type 1 infective dermatitis in central Australia. *J Clin Virol* 2013; 57 (4): 370-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcv.2013.04.022>
6. Oliveira L, Souza M, Guedes A, Araújo M. Case for diagnosis. Infective dermatitis associated with HTLV-1: differential diagnosis of atopic dermatitis. *An Bras Dermatol* 2017; 92 (4): 573-4.
7. Hlela C, Bittencourt A. Infective dermatitis associated with HTLV-1 mimics common eczemas in children and may be a prelude to severe systemic diseases. *Dermatol Clin* 2014; 32 (2): 237-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2013.11.006>.
8. Omsland M, Silic-Benussi M, Moles R, Sarkis S, Purcell DFJ, Yurick D, et al. Functional properties and sequence variation of HTLV-1 p13. *Retrovirology* 2020; 17 (1): 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12977-020-00517-1>.
9. Sarkis S, Galli V, Moles R, Yurick D, Khoury G, Purcell DFJ, et al. Role of HTLV-1 orf-I encoded proteins in viral transmission and persistence. *Retrovirology* 2019; 16 (1): 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12977-019-0502-1>.
10. De Oliveira MDFSP, Fatal PL, Primo JRL, Da Silva JLS, Batista EDS, Farré L, et al. Infective dermatitis associated with human T-cell lymphotropic virus type 1: Evaluation of 42 cases observed in Bahia, Brazil. *Clin Infect Dis* 2012; 54 (12): 1714-9.