

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i2.9626>

Reticuloide actínico como manifestación inicial de un paciente con infección por VIH

Actinic reticuloid as the initial manifestation in a patient with HIV infection.

Daniel Alejandro Ochoa De León,¹ Laura Vanessa Leal-Guevara,² Leticia Martínez Pérez³

Resumen

ANTECEDENTES: El reticuloide actínico es una fotodermatosis crónica propia de edades avanzadas que se distingue por pápulas y placas eritemato-edematosas que evolucionan a máculas pigmentadas residuales, localizadas al inicio en zonas fotoexpuestas y en relación con la exposición a la luz diurna.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 70 años, originario de Tampico, Tamaulipas, y residente de Ciudad Madero, Tamaulipas, México, con placas eritematoescamosas, pruriginosas que afectaban el 90% de la superficie corporal de 8 meses de evolución. Durante su abordaje diagnóstico se tomó una primera biopsia de las lesiones, que mostró datos compatibles con diagnóstico de reticuloide actínico: hiperplasia espongiótica de la epidermis con infiltrado linfocitario perivascular superficial y de aspecto liquenoide. Posteriormente se tomó una segunda biopsia que confirmó el diagnóstico de reticuloide actínico. Los estudios complementarios arrojaron serología positiva para VIH, así como anticuerpos contra *Treponema pallidum*. Se administró terapia antirretroviral con tenofovir, emtricitabina y efavirenz 300/200/600 mg en tabletas, una cada 24 horas; doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas durante 14 días y talidomida 100 mg cada 24 horas. Después de 2 meses de tratamiento el paciente mostró alivio de las lesiones con disminución del prurito y bioquímicamente con mejoría en el conteo linfocitario y disminución de la carga viral para VIH.

CONCLUSIONES: Este caso representa una descripción clínica e histopatológica del reticuloide actínico en un paciente con VIH y sífilis primaria.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis actínica; VIH; sífilis primaria.

Abstract

BACKGROUND: Actinic reticuloid is a chronic photodermatosis characterized by erythematous-edematous papules and plaques that evolve into residual pigmented macules, initially located in photoexposed areas and related to daylight exposure.

CLINICAL CASE: A 70-year-old male patient, originally from Tampico, Tamaulipas, and resident of Ciudad Madero, Tamaulipas, Mexico, with erythematous squamous, pruritic plaques affecting 90% of the body surface of 8 months of evolution. During his diagnostic approach, it was taken a first biopsy of the lesions, with data compatible with the diagnosis of actinic reticuloid: spongiotic hyperplasia of the epidermis with superficial perivascular lymphocytic infiltrate and lichenoid appearance. Subsequently, a second biopsy was taken confirming the diagnosis of actinic reticuloid. Complementary studies found HIV positive serology, as well as antibodies against *Treponema pallidum*. Antiretroviral therapy was administered with tenofovir, emtricitabine and efavirenz 300/200/600 mg in tablets 1 every 24 hours; doxycycline 100 mg orally every 12 hours for 14 days and thalidomide 100 mg every 24 hours. After 2 months of treatment the patient showed clinical and biochemical

¹ Residente de Medicina Interna.

² Dermatólogo adscrito al servicio de Dermatología.

³ Jefa del Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Regional Pemex, Ciudad Madero, Tamaulipas, México.

Recibido: febrero 2022

Aceptado: diciembre 2022

Correspondencia

Daniel Alejandro Ochoa De León
ochoadeleonandaniel@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Ochoa-De León DA, Leal-Guevara LV, Martínez-Pérez L. Reticuloide actínico como manifestación inicial de un paciente con infección por VIH. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (2): 238-244.

relieve of the lesions, decrease of pruritus, improvement in lymphocyte count and decrease of viral load for HIV.

CONCLUSIONS: This case represents a clinical and histopathological description of actinic reticuloid in a patient with HIV and primary syphilis.

KEYWORDS: Actinic dermatitis; HIV; Primary syphilis.

ANTECEDENTES

El reticuloide actínico es una enfermedad cutánea de naturaleza inflamatoria condicionada por una extrema hipersensibilidad a la luz ultravioleta, se considera la expresión más intensa de la dermatitis actínica crónica descrita así por Iwe y Magnus en 1969.¹ Esta enfermedad se incluye entre los pseudolinfomas, ya que clínica e histopatológicamente simulan linfomas de células T.²

En 1979 Hawk y Magnus introdujeron el término dermatitis actínica crónica para definir tres enfermedades: reticuloide actínico, reactividad a la luz persistente y eccema fotosensible.³

Se trata de una fotodermatosis crónica propia de edades avanzadas que se caracteriza por pápulas y placas eritemato-escamosas que evolucionan a máculas pigmentadas residuales, localizadas al inicio en zonas fotoexpuestas, como la cara, el cuello y las manos, aunque otras regiones anatómicas pueden estar afectadas y llegar, incluso, a la eritrodermia.⁴

Se comunica el caso de un paciente con lesiones clínicas e histopatológicas compatibles con esta dermatosis.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 70 años, con antecedente de infección por hepatitis B reportado en 2004 con cuadro de hiperbilirrubinemia, elevación de transaminasas, deshidrogenasa láctica (DHL), fosfatasa alcalina y serología positiva para hepatitis B; se proporcionó tratamiento con rivabirina 400 mg tres veces al día durante 20 días; además, tenía diagnóstico de neurofibromatosis, que fue confirmada en la institución de los autores con biopsia de una de las lesiones y por manifestaciones clínicas.

Inició su padecimiento actual 8 meses antes de la consulta con dermatosis en la cara; se acompañaba de prurito intenso, inicialmente recibió el diagnóstico de dermatitis atópica y se indicó tratamiento con deflazacort, clobetasol y talidomida, con lo cual mostró mejoría parcial. A la exploración física se observó una dermatosis que abarcaba casi el 90% de la superficie corporal (cara, tronco, brazos, dorso y la región proximal de ambas extremidades inferiores; **Figura 1**), generalizada, con tendencia a la simetría, constituida por placas eccematosas. En el estudio histopatológico se observó hiperplasia de la epidermis con espongirosis; ligero epidermotropismo de linfocitos de tamaño medio. En la dermis había infiltrado linfocitario perivascular



Figura 1. Dermatitis generalizada con placas infiltradas y liquenificadas, con pápulas y nódulos.

superficial y liquenoide, así como fibroblastos de aspecto estelar. En la dermis papilar se observaron vasos sanguíneos dilatados y congestivos (**Figura 2**); estos hallazgos fueron compatibles con el diagnóstico de reticuloide actínico.

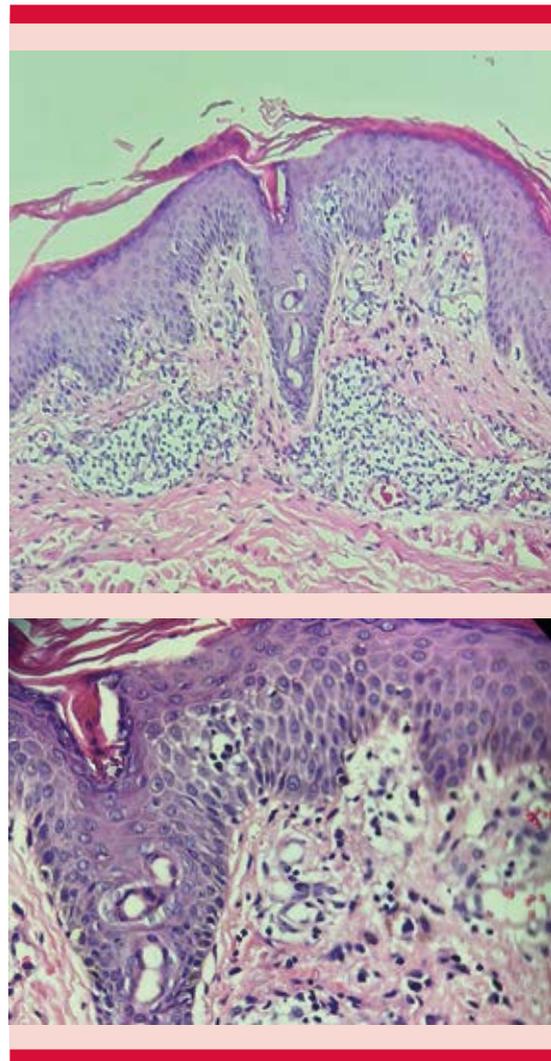


Figura 2. Estudio histopatológico de piel del brazo derecho. H&E, 40X. Hiperplasia de la epidermis con espongiosis; discreto epidermotropismo de linfocitos de tamaño medio. En la dermis se observa infiltrado linfocitario perivascular superficial y liquenoide, así como fibroblastos de aspecto estelar. En la dermis papilar se observan vasos sanguíneos dilatados y congestivos.

Durante su internamiento se realizaron pruebas serológicas para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y *Treponema pallidum*, que resultaron positivas, por lo que se inició tratamiento con tenofovir-emtricitabina-efavirenz 300-

200-600 mg en tabletas, una cada 24 horas; doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas durante 14 días; talidomida 100 mg y fotoprotección, con respuesta favorable y disminución progresiva de las lesiones dos meses después de iniciado el tratamiento. **Figura 3**

DISCUSIÓN

El reticuloide actínico es una fotodermatosis idiopática adquirida poco estudiada y muy poco frecuente y suele confundirse con otras dermatosis.² Si bien no se sabe con certeza su frecuencia, acarrea importantes morbilidades para el paciente, especialmente en aquéllos con exposición solar ocupacional. Afecta preferentemente a varones de mediana y tercera

edad, con una relación hombre/mujer de 1.5/1. También se ha descrito en pacientes jóvenes atópicos y no muestra agrupación familiar.^{3,5} Más de la mitad de los casos reportados tienen antecedente de dermatitis alérgica por contacto u otras afecciones alérgicas endógenas (por ejemplo, dermatitis atópica, dermatitis seborreica, etc.).⁵

La actividad laboral al aire libre es uno de los factores predisponentes más importantes en estos pacientes: los trabajadores de la construcción, jardineros, conductores, agricultores, ganaderos, pescadores, vendedores ambulantes y deportistas son los grupos afectados con más frecuencia.^{3,4} El caso comunicado tenía el antecedente de exposición crónica a la luz solar, ya que se de-



Figura 3. Evolución clínica a dos meses de tratamiento con terapia antirretroviral, talidomida y fotoprotección.

dicaba a realizar trabajos de construcción desde su juventud.

El reticuloide actínico puede ser una manifestación de la infección por VIH en estadios avanzados y suele preceder al SIDA. La aparición en pacientes más jóvenes con factores de riesgo de VIH obliga a descartar esta infección.³ En el caso comunicado pudo confirmarse la asociación entre el reticuloide actínico y la infección por el VIH, con lo que, al identificarlo, se logró evitar la progresión natural de la enfermedad y sus complicaciones.

Los rayos ultravioleta y la radiación visible son responsables de las respuestas anormales a la luz, entre las que se encuentran las fotodermatosis idiopáticas adquiridas. Se reconocen cinco afecciones, todas ellas afectan zonas fotoexpuestas y cada una tiene características clínicas propias, entre las que destacan la erupción polimorfa lumínica, el prurigo actínico, el hidrao vacciniiforme, la urticaria solar y la dermatitis actínica crónica que, a su vez, se subdivide en reacción persistente a la luz, eccema fotosensible y reticuloide actínico.³ **Cuadro 1**

A pesar de la inclusión del eccema fotosensible, la reacción persistente a la luz y el reticuloide actínico dentro del término dermatitis actínica crónica, cada una de estas afecciones difieren entre sí por sus aspectos clínicos, histológicos y evolutivos. En la actualidad la mayoría de los autores consideran al reticuloide actínico la última etapa de la dermatitis actínica crónica.^{3,4}

Cuadro 1. Fotodermatosis idiopáticas adquiridas

- Erupción polimorfa lumínica
- Prurigo actínico
- Hidrao vacciniiforme
- Dermatitis actínica crónica
 - Reacción persistente a la luz
 - Eccema fotosensible
 - Reticuloide actínico
- Urticaria solar

La exagerada susceptibilidad de los pacientes con reticuloide actínico a la luz ultravioleta se calcula por medio de la dosis de eritema mínima a través de lámparas artificiales, ya sea de onda media (UVB) o de onda larga (UVA) y ocasionalmente de luz visible en la práctica clínica. Estos pacientes característicamente exhiben una dosis de eritema mínima muy baja.¹

Esta enfermedad representa una reacción de hipersensibilidad tipo IV ante un antígeno aún desconocido.^{1,3,5,6}

El diagnóstico se establece a partir de criterios clínicos, fotobiológicos e histológicos. Toonstra propuso tres criterios clínicos y fotobiológicos para el diagnóstico de reticuloide actínico:^{1,3,5,6,7}

1. Pápulas o placas en zonas fotoexpuestas, a veces con extensión a otras no fotoexpuestas, o eritrodermia.
2. Fototest con disminución de la dosis mínima de eritema a rayos UVA, UVB y, a veces, luz visible persistente durante más de un año.
3. Infiltrado inflamatorio de linfocitos T en la dermis, algunos de los cuales pueden ser atípicos.

En el paciente de este caso se tuvo la sospecha y confirmación diagnóstica por la existencia de placas eritematoescamosas y eritrodermia en zonas fotoexpuestas, además de que tenía el antecedente de exposición crónica a la luz solar y los datos histopatológicos compatibles con reticuloide actínico.

Las manifestaciones clínicas habitualmente muestran un curso evolutivo: el primer estadio se manifiesta con eritema y edema en áreas fotoexpuestas: cara, pabellones auriculares, dorso del cuello, "V" del escote, tronco superior, dorso de los antebrazos y manos. El paciente parece eritrodérmico, pero al quitarse la ropa, las zonas cubiertas están indemnes, lo que podría descri-

birse como el signo de la eritrodermia vestida. Con el tiempo, aparecen placas infiltradas y liquenificadas, con pápulas y nódulos que se extienden más allá de las zonas fotoexpuestas y la piel cabelluda. El daño palmoplantar es frecuente. Suele acompañarse de prurito severo, linfadenopatías generalizadas, oncodistrofia y alopecia difusa secundaria al rascado. La infiltración puede llevar a la acentuación de los pliegues cutáneos de la cara, lo que confiere en algunos casos una facies leonina; en ocasiones, los pacientes manifiestan la eritrodermia como último estadio y muchas veces es difícil de diferenciar de un síndrome de Sézary o de una micosis fungoide eritrodérmica. Las exacerbaciones se relacionan con la exposición solar independientemente de las estaciones del año.^{1,3,5,6,8}

Además de los cambios epidérmicos, en términos histológicos, el tipo de infiltrado dérmico es el de mayor relevancia: se observan linfocitos, plasmocitos, eosinófilos y fibroblastos de aspecto estelar embebidos en zonas de fibroplasia de la dermis reticular (**Figura 2**). Un dato relevante es la existencia de dendrocitos dérmicos que reaccionan con factor XIIIa cuando son mononucleares, pero no así cuando son multinucleados, estos últimos se consideran un dato relevante y característico del reticuloide actínico.^{1,5,6} Con lo mencionado y por los datos histopatológicos reportados se estableció el diagnóstico final de RA en el caso comunicado.

No obstante, al ser una enfermedad inflamatoria, con frecuencia sus cambios histopatológicos son tan llamativos que pueden sesgar al patólogo y llevar al error diagnóstico por simular un linfoma cutáneo de células T, particularmente la micosis fungoide.¹

Se han propuesto varios esquemas terapéuticos contra el reticuloide actínico: evitar la luz solar, el uso de protectores solares y emolientes y la administración de corticosteroides tópicos;

asimismo, hay reportes de casos con respuesta parcial al tratamiento con cloroquina e hidroxiclороquina por vía oral y, pocos casos de administración de talidomida y terapia sistémica con corticosteroides e inmunosupresores, como la ciclosporina, hidroxiurea y azatioprina. Debe evitarse la fototerapia ordinaria con UVA y UVB. Si se prescribe, las dosis deben ser inferiores a las pautas terapéuticas habituales contra las dermatosis inflamatorias.^{1,8}

El pimecrolimus ofrece una alternativa terapéutica como monoterapia o como coadyuvante cuando otros tratamientos han fallado. Además, los resultados obtenidos apoyan las teorías de fotoalergia de la dermatitis actínica crónica al observarse remisión del cuadro al administrar este inmunomodulador tópico.⁵

El paciente del caso comunicado tenía criterios clínicos e histológicos compatibles con reticuloide actínico, entre ellos, el antecedente de exposición solar crónica, placas y eritrodermia en regiones fotoexpuestas, así como datos histopatológicos compatibles con infiltrado inflamatorio en la dermis; sin embargo, no cumplía el criterio fotobiológico, ya que en la institución no se cuenta con dicha herramienta diagnóstica.

CONCLUSIONES

La importancia de publicar este artículo es que en la actualidad hay muy pocos casos comunicados en todo el mundo acerca de esta dermatosis, sobre todo en asociación con infección por VIH, por lo que es importante considerarlo en la práctica clínica para indicar medidas preventivas y, sobre todo, proporcionar el tratamiento de manera oportuna.

REFERENCIAS

1. Magaña M, Magaña P, Fernandez-Diez J. Reticuloide actínico. *Patología Rev Latinoam* 2015; 53: 199-203.

2. Marinero Escobedo S, Poza O, Dorado M, Sánchez Yus E. Reticulode actínico. *Actas Dermosifilogr* 2000; 91: 425-431.
3. Tassi, F. Dermatitis actínica crónica: reticuloide Actínico. *Dermatol Argent* 2014; 20 (2): 84-93.
4. Ruiz Villaverde R, Blasco Melguizo J, Pérez B. Reticuloide actínico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36: 293-296. doi: 10.1016/s0211-139x(01)74739-7.
5. Gomez Flores M, Lozano OW, Ruelas M. Pimecrolimus. Alternativa terapéutica en reticuloide actínico. *Act Terap Dermatol* 2004; 27-120.
6. Sidiropoulos M, Deonizio J, Martinez-Escala ME, Gerami P, et al. Chronic actinic dermatitis/actinic reticuloid: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 37 cases. *Am J Dermatopathol* 2014; 36 (11): 875-881. doi: 10.1097/DAD.000000000000076-7.
7. Toonstra J. Actinic reticuloid. *Semin Diagn Pathol* 1991; 2: 109-16.
8. Pacheco D, Fraga A, Travassos AR, Antunes J, Freitas J, et al. Actinic reticuloid imitating Sézary syndrome. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat* 2012; 21 (3): 55-57. doi: 10.2478/v10162-012-0016-1.

