

SARNA NORUEGA CON LINFOMA CUTÁNEO EN PACIENTE HTLV-1 POSITIVO

Norwegian scabies with cutaneous lymphoma in a HTLV-1 positive patient

Lizbeth Rengifo-Pinedo², Florencio Cortez-Franco¹, Eberth Quijano-Gomero¹, José Ontón-Reynaga², Armando Betanzos-Huatta².

RESUMEN

La asociación de infección por HTLV 1 y sarna noruega es actualmente aceptada, así como su relación causal con leucemia/linfoma de células T del adulto. Sin embargo, existen reportes relacionándola con micosis fungoide, planteando dificultades para el diagnóstico diferencial, por la marcada superposición entre estas entidades. El caso presentado corresponde a un varón de 54 años HTLV 1 positivo, con sarna noruega recidivante, más hallazgos clínicos e histopatológicos de micosis fungoide versus leucemia/linfoma de células T del adulto.

Palabras clave: HTLV 1, Sarna noruega, Linfoma Cutáneo.

Dermatol Peru 2007;17(1):48-51

ABSTRACT

The association of infection by HTLV-1 and Norway scabies is currently accepted, as well as its causal relation with adult T-cell leukemia lymphoma. Nevertheless there are reports relating it to mycosis fungoides, originating difficulties for the differential diagnosis by the noticeable superposition. The case presented corresponds to an HTLV-1 positive 54 year-old man with relapsing Norway scabies but with clinical and histological findings of mycosis fungoides versus adult T-cell leukemia lymphoma.

Key words: HTLV 1, Norway scabies, cutaneous lymphoma

INTRODUCCIÓN

El virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV-1) fue aislado en 1980, paralelamente en Estados Unidos y Japón. Perteneció a la familia *Retroviridae* y a la subfamilia *Oncovirinae*. Es un virus linfotrópico que compromete principalmente linfocitos CD4⁽¹⁾.

El HTLV 1 afecta a más de 25 millones de personas en todo el mundo, con una incidencia estimada de 0,025% en Estados Unidos, entre 3 y 6% en Trinidad, Jamaica y otras islas

caribeñas y 30% en Miyazaki, al sur de Japón. En Sudamérica, la prevalencia varía entre 2 y 5% en la población en general (Colombia, Brasil y Perú). Los estudios realizados entre trabajadoras sexuales de nuestro país muestran una prevalencia de 21% en el Callao, 13,4% en Cusco, 4,2% en Iquitos y 7% en Lima^(2,3).

La mayoría de individuos con esta infección permanece asintomático y solo 5% desarrolla manifestaciones clínicas^(1,2).

La transmisión de la enfermedad se produce a través de la lactancia materna, por contacto sexual o transmisión por productos sanguíneos.

Las manifestaciones de la infección retroviral se pueden distribuir en tres categorías: aquellas que expresan inmunosupresión, otras que expresan autoinmunidad y, por último, los desórdenes linfoproliferativos⁽²⁻⁴⁾, encontrándose entre ellas a la sarna noruega y el desarrollo de linfomas, como manifestaciones de esta infección.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 54 años, procedente del Callao, indigente. Antecedentes: tuberculosis pulmonar en dos ocasiones (1985 y 1995), sarna noruega (SN) en 1998

¹ Médico Asistente del Servicio de Dermatología del Hospital Daniel A. Carrión
² Médico Residente Servicio de Dermatología del Hospital Daniel A. Carrión

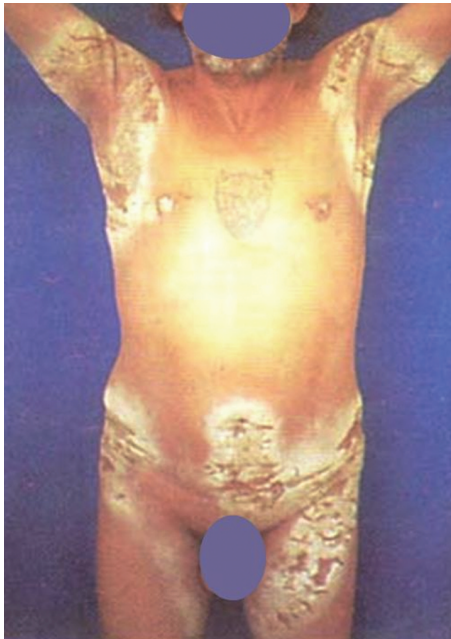


Figura 1. Episodio de sarna noruega, en 1998

(Figura 1), con un tiempo de enfermedad de 6 meses, de curso insidioso y progresivo, caracterizado por presentar placas hiperqueratósicas y cuernos cutáneos de 1 a 3 cm, con predominio en zonas acrales, poco pruriginosas (Figuras 2 y 3), además de placas eritematodescamativas infiltradas, de 3 a 5 cm, en espalda. Se diagnóstico SN y se trató con ivermectina, mostrando remisión de lesiones hiperqueratósicas.



Figura 2. Presenta placas hiperqueratósicas y cuernos cutáneos localizados en todo el cuerpo



Figura 3. Cuernos cutáneos en pies y manos

Cuatro meses después, las lesiones eritematodescamativas aumentaron en número y tamaño (Figura 4), añadiéndose lesión tumoral gigante (12 cm), ulcerada, con fondo necrótico, en muslo derecho (Figura 5). El resto de examen físico fue sin alteraciones significativas.



Figura 4.



Figura 6. Lesión tumoral ulcerada, en cara interna de muslo derecho.

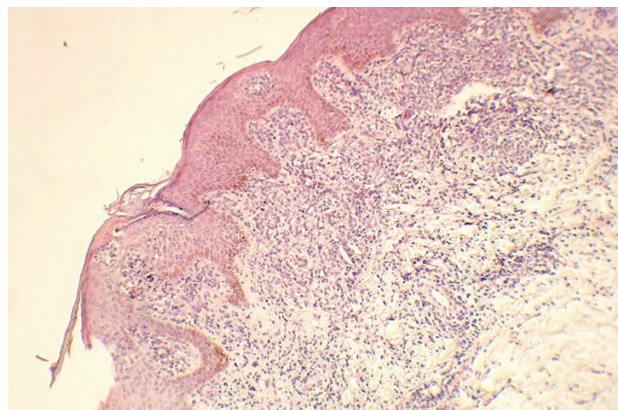


Figura 8. Infiltrado mononuclear en dermis papilar y reticular, con epidermotropismo y formación de microabscesos de Pautrier.

Exámenes de laboratorio: *Acarotest* (+) (Figura 7), HTLV 1 (+), VIH (-); hemograma, ecografía abdominal y radiografía de tórax normales. Biopsia de piel: infiltrado de células mononucleares en dermis papilar y reticular, con epidermotropismo y formación de microabscesos de Pautrier. Inmunohistoquímica: CD3 (+) y CD20 (-) (Figuras 8 y 9).

DISCUSIÓN

La sarna costrosa es una variante rara de la sarna común, caracterizada por una infestación masiva por *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. A consecuencia de ello, se producen placas costrosas verrucoides, poco pruriginosas, diseminadas, a predominio de palmas y plantas^(1,5-7).

La presencia del ácaro en la piel en pacientes inmunocompetentes ocasionaría una respuesta inmune de linfocitos CD4 de tipo TH2, que va a activar linfocitos B, para la producción de anticuerpos específicos, así como la activa-

ción de eosinófilos y la liberación de citoquinas de tipo IL4, IL10, que induciría la proliferación de mastocitos y liberación de aminas vasoactivas, responsables del prurito. En los pacientes inmunocomprometidos, la alteración en la inmunidad celular llevaría a una deficiencia de los mecanismos antes descritos, que explicaría la escasa sintomatología y permitiría al parásito una replicación masiva^(1,6).

Con referencia al caso presentado, existen comunicaciones de serie de casos de pacientes con sarna noruega infectados con HTLV-1, como una manifestación de inmunosupresión (Tabla 1) y algunos de ellos presentan concomitantemente leucemia linfoma de células T del adulto (LLTA)^(3,4,8-10).

Actualmente, es aceptada la relación causal de la infección por HTLV-1 con LLTA y, para el dermatólogo, la importancia radica en que hasta 77% de los casos de LLTA presenta infiltración cutánea con linfocitos T malignos, con un cuadro clínico e histológico similar a la micosis fungoide⁽⁸⁾.

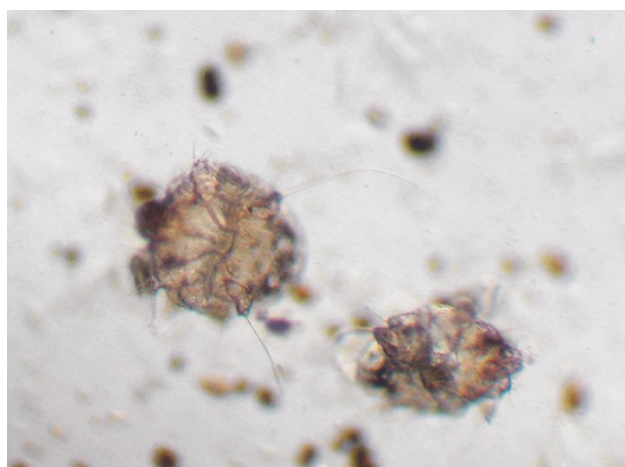


Figura 7. *Sarcoptes scabiei* de *Acarotest* practicado en paciente.

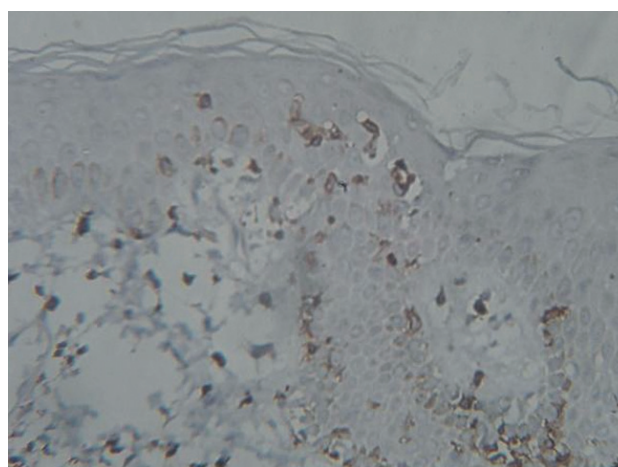


Figura 9. CD 3 positivo



Tabla 1. Manifestaciones clínicas de pacientes con infección por HTLV 1

- Manifestaciones por inmunosupresión
- Dermatitis infecciosa
- Sarna costrosa
- Estrongiloidiasis masiva
- Dermatocosis extensas
- Manifestaciones por autoinmunidad
- Uveítis
- Paraparesia espástica tropical
- Manifestaciones por desórdenes linfoproliferativos
- Leucemia linfoma de células T del adulto

Obtenida de Bravo F. Nuevas enfermedades dermatológicas inducidas por virus. Diagnóstico. Jul-set 2004;43(4).

Por otro lado, el rol patogénico del HTLV 1, en MF, ha sido sugerido en algunos informes, pero aún permanece controversial⁽⁸⁾. Algunos autores sugieren que no tiene relación etiológica, pero la inmunosupresión que produce podría ser predisponente para el desarrollo de este y otros tipos de linfomas⁽⁸⁻¹⁰⁾.

En el paciente motivo de la comunicación, existió una marcada 'superposición' en cuanto a datos histológicos e inmunofenotipo, que no permitieron diferenciar entre la LLTA y los otros linfomas cutáneos T, ya que la prueba definitiva es la demostración del retrovirus HTLV-I en las células neoplásicas, mediante análisis del ADN, que solo se hallaría presente en el LLTA⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

En nuestro medio y con la tecnología a la cual tenemos acceso, debemos concluir que el caso presentado corresponde a

un paciente varón HTLV 1 positivo con sarna noruega recidivante, más hallazgos clínicos e histopatológicos de micosis fungoide versus linfoma/leucemia de células T del adulto. Sugiriendo que, posteriores controles del caso posiblemente ayuden a esclarecer mejor el diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blas M, Bravo F, Castillo W y col. Sarna noruega y paraparesia espástica tropical en pacientes infectados con HTLV-1. Reporte de 3 casos y discusión de la literatura. *Rev Soc Per Med Inter.* 2003;16(3):25-9.
2. Bravo F. Nuevas enfermedades dermatológicas inducidas por virus. *Diagnóstico.* 2004;43(4):176-9.
3. Thompson D. Cutaneous manifestations of HTLV-1. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54(3)Sup1:AB156-AB160.
4. Ohshima K, Suzumiya J, Sato K, et al. Node T-cell lymphoma in an HTLV1 endemic area: Proviral HTLV1 DNA histological classification and clinical evaluation. *Br J Haematol.* 1998;101:703-11.
5. Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. *BMJ.* 2005;331:619-22.
6. Hernández B, Santana J, Martínez I y col. Sarna noruega. Evolución y Tratamiento. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000;16(3):261-4.
7. Barrón E, Gutiérrez Z, Castillo W y col. Sarna costrosa (sarna noruega): Reporte de 5 casos. *Dermatol Peru.* 1998;8(1):37-41
8. Ball E, Moreno Y, Tachon B y col. Leucemia/linfoma de células T del adulto asociado al virus linfotrópico humano tipo 1. *Dermatol Venez.* 2004;42(2):23-9.
9. Shohat M, Shohat B, Mimouni D, et al. Human T-cell lymphotropic virus type 1 provirus and phylogenetic analysis in patients with mycosis fungoides and their family relatives. *Br J Dermatol.* 2006;155(2):372-8.
10. Bangham C. HTLV-1 infections. *J Clin Pathol.* 2000;53:581-6.
11. Shohat M, Hodak E, Hanning H, et al. Evidence for the cofactor role of human T-cell lymphotropic virus type 1 in mycosis fungoides and Sezary syndrome. *Br J Dermatol.* 1999;141:44-9.
12. Sharquie, Kalifa E. Mycosis fungoides and serology for human T-cell lymphotropic virus, type 1. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47(1):159-66.
13. Matutes E, Dalglish AG, Weis RA, et al. "20" Studies in healthy human T-cell leukemia-lymphoma virus (HTLV-I) carriers from the Caribbean. *Inter J Cancer.* 1986;38:41-5.
14. Yamaguchi T, Oshima K, Karube K, et al. Clinicopathological features of cutaneous lesions of adult T-cell leukaemia/ lymphoma. *Br J Dermatol.* 2005;152:76-81.
15. Sakamoto FH, Colleoni GW, Teixeira SP, et al. Cutaneous T-cell lymphoma with HTLV-I infection: clinical overlap with adult T-cell leukemia/ lymphoma. *Int J Dermatol.* 2006;45:447-9.