

## Síndrome retroviral agudo

María Clara Marzari (1), Roxana Navarro (1), Carla Asseph (1), Paula Maina (1),  
Georgina Pasquali (1), Ximena De la Sota (1), Graciela Chaudl (1)

(1) Servicio de Dermatología, Hospital Misericordia, Córdoba, Argentina.

### RESUMEN

Se presenta un paciente varón de 20 años de edad, atendido en una institución de mediana complejidad por presentar exantema maculopapular generalizado, úlceras orales y genital asociado a odinofagia severa. El mismo fue tratado con penicilina, ceftriaxona y azitromicina sin respuesta.

Se deriva al servicio de clínica médica, que realiza interconsulta con el servicio de dermatología por lesiones en piel y mucosas, arribándose al diagnóstico de síndrome retroviral agudo.

**Palabras claves:** Síndrome Retroviral Agudo, Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Úlceras, Exantema.

### ABSTRACT

Male 20 years old, treated with penicillin, ceftriaxone and azithromycin in an institution of medium complexity by presenting generalized maculopapular rash and oral and genital ulcers associated with severe sore throat is presented.

He was send to the medical clinic service, who perform the interconsultation dermatology service by skin lesions and mucous membranes, getting to the diagnosis of acute Retroviral Syndrome.

**Key words:** Acute Retroviral Syndrome, Human Immunodeficiency Virus, Ulcers, Exanthema.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome retroviral agudo es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana, siendo el mismo de presentación heterogénea; aparece en un 50-70% de los individuos 3 a 6 semanas después de la infección primaria por el virus (1).

Los síntomas clínicos fueron descriptos en 1985 por

Cooper y colaboradores como similares a los de la mononucleosis infecciosa.

El interés de la comunicación es presentar un caso de síndrome retroviral agudo cuyo diagnóstico no fue sospechado en primera instancia.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 20 años de edad con antecedente de epilepsia, tabaquismo actual y policonsumo (cocaína y marihuana). Consultó por presentar odinofagia, lesiones orales y genitales, dolorosas, de una semana de evolución.

Al examen físico se encontraba en regular estado general, afebril, como datos positivos se palpaban adenomegalias cervicales, inguinales y axilares. Se observaban máculas y pápulas eritematosas de 0.3 a 0.4 cm de diámetro de bordes difusos, localizadas en cuello, tronco, miembros superiores e inferiores, palmas y plantas, asintomáticas (Fig 1).



Figura 1. Máculas y pápulas eritematosas en dorso

Recibido 18/09/2016 - Aceptado 13/11/2016

### Correspondencia:

María Clara Marzari  
Servicio de Dermatología  
Hospital Misericordia  
Gral. M Belgrano X5016L, Córdoba, Argentina MBRESUMEN  
Correo electrónico: marzariclara@gmail.com

En mucosa yugal presentaba ulceraciones de bordes netos, regulares de aproximadamente 0.4 cm de diámetro, rodeadas de halo eritematoso, fondo limpio, dolorosas (Fig 2). En glande una lesión de similares características de 1 cm de diámetro, dolorosa (Fig. 3).



Figura 2. Úlcera oral con halo eritematoso en paladar blando



Figura 3. Úlcera con halo eritematoso en glande, dolorosa

Dentro de los estudios complementarios realizados se destaca: leucocitos 10600/mm (neutrófilos en cayado 84%, monocitos 5%, linfocitos 11%), eritrosedimentación 22 mm.

Serología viral: Venereal Disease Reserch Laboratory (VDRL) no reactiva, hemaglutinación indirecta (HAI) para sífilis: no reactiva, prueba de absorción de Anticuerpos Treponémicos Fluorescente (FTA-Abs) no reactivo, IgM e IgG para citomegalovirus (CMV), Virus Epstein Barr (VEB), Virus Herpes Simple 1 y 2 (HVS 1 y 2): negativo. Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas (ELISA) de 4° generación

para HIV: reactivo.

Se realizó biopsia de lesión en dorso, el estudio anatomopatológico de la misma informó acantosis e hiperpigmentación de la capa basal en epidermis, células sin atipia, infiltrado linfomonocitario perivascular y leve fibrosis en dermis, resultando inespecífica.

## DISCUSIÓN

Nuestro paciente presentó un síndrome retroviral agudo. El diagnóstico de laboratorio se estableció en base a la detección simultánea del antígeno P24 y anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Además de las pruebas diagnósticas el paciente presentó manifestaciones clínicas inespecíficas como adenomegalias cervicales, inguinales y axilares, máculas y pápulas eritematosas y lesiones ulcerosas en mucosa yugal y glande; estas manifestaciones se describen en la infección por el VIH.

La incidencia del síndrome retroviral agudo no se conoce con precisión, las características clínicas son inespecíficas y variables, se describe fiebre en rango de 38-40 °c (80%), sumado a linfadenopatías cervicales, occipitales y axilares (70%), exantema macular o maculopapular generalizado asintomático (51%) que ocurre típicamente 48-72 hs después de la fiebre y persiste 5 a 8 días siendo las áreas mas afectadas la parte superior del tórax, cervical y facial. Una de las manifestaciones poco frecuentes pero mas distintivas es la aparición de úlceras dolorosas en mucosa vaginal, anal o peneana; siendo más común las úlceras orales. Otros síntomas y signos incluyen artralgias (54%), mialgias (49%), faringitis (44%), pérdida de masa corporal de aproximadamente 4% y meningitis aséptica. Ninguno de estos síntomas por si sólo hace el diagnóstico, es la combinación de ellos la que sugiere la posible infección aguda por el síndrome de la inmunodeficiencia humana.

El síndrome retroviral agudo se acompaña de diversos trastornos inmunitarios, al comienzo disminución del número total de linfocitos y todas las poblaciones de linfocitos T (CD4+ y CD8+). Al cabo de algunas semanas CD4+ y CD8+ aumentan siendo el crecimiento de CD8+ mayor que el de CD4+ por lo que la proporción CD4/CD8 se invierte permaneciendo así durante toda la enfermedad aguda.

Las biopsias cutáneas son inespecíficas con infiltrados linfocíticos perivasculares e infiltrado de células mononucleares en la dermis.

El diagnóstico diferencial se plantea principalmente con mononucleosis infecciosa, síndrome gripal, hepatitis viral, virus del herpes simple, infección por citomegalovirus y sífilis secundaria.

Se presenta en este artículo una situación clínica de desafío diagnóstico y terapéutico en una institución polivalente, donde la clínica, la interdisciplina y la observación debería guiar la praxis médica.

## CONCLUSIÓN

Aunque se estima que más del 50% de los pacientes con infección primaria por el Virus de la Inmunodeficiencia humana presentan un síndrome retroviral agudo, su diagnóstico

habitualmente pasa inadvertido. Es por ello que consideramos fundamental, realizar una anamnesis exhaustiva y cuidadosa para detección de factores de riesgo, remarcando la importancia de que el médico tenga en cuenta la sospecha de primoinfección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana como un diagnóstico presuntivo, teniendo en cuenta el franco aumento en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual en los últimos años. Así, el diagnóstico acertado tendría dos impactos: por un lado permitir al paciente iniciar el tratamiento adecuado y oportuno, y además, evitar la transmisión a sus contactos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Longo, Fauci, Kasper, Hauser, Jameson, Loscalzo. Síndrome retroviral agudo. En: Harrison Principios de Medicina Interna. volumen 2. 18° edición. España. Editorial Mc Graw Hill. 2012. Pag:1543-1544
2. Cortes E. VIH: Infección Aguda, Pesquisa y Manejo. Rev. Med. Clin. Condes [internet] 2014; 25: pag.419-424
3. Villegas M. La carga viral como determinante en la primoinfección por VIH, presentación de un caso; Gaceta Médica Boliviana [internet] 2015, 37. 2
4. Cortes E. VIH: Infección Aguda, Pesquisa y Manejo. Rev. Med. Clin. Condes [internet] 2014; 25: pag.419-424
5. Longo, Fauci, Kasper, Hauser, Jameson, Loscalzo. Síndrome retroviral agudo. En: Harrison Principios de Medicina Interna. volumen 2. 18° edición. España. Editorial Mc Graw Hill. 2012. Pag:1543-1544
6. Leoni F, Troyano Z, Bilbao D. Infección Aguda por HIV-1: manifestaciones inusuales de laboratorio; DST- J Bras Doencas Sex trams [internet] 2008; 20: pag. 45-51
7. Kassutto S, Rosenberg ES. Primary HIV type 1 infection. Clin Infect Dis 2004;38:1447-53.