

## GRANULOMA PERIUNGUEAL EN LOS PRIMEROS DEDOS DE LOS PIES EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

Dres. Alessandra B. Alió S., \* Allison Bell-Smythe\*, Solange Castro G., \* Ricardo Pérez-Alfonzo, Manuel Cortesía, \*\* Julio Castro, \*\* Carmen López, Margarita Oliver\*

Dres. Alessandra B. Alió S., Allison Bell-Smythe, Solange Castro G., Ricardo Pérez-Alfonzo, Manuel Cortesía, Julio Castro, Carmen López, Margarita Oliver. **Granuloma Periungueal en los primeros dedos de los pies en Pacientes bajo Tratamiento Antiretroviral.** Derm. Venez, 2000, 38: 69-71.

### RESUMEN

Presentamos tres casos de hombres con SIDA tratados con Zidovudine, Lamivudine e Indinavir. Estos pacientes desarrollaron granulomas periungueales en los dedos gordos de ambos pies. No encontramos datos específicos de valor etiológico en la histopatología ni en los cultivos para bacterias usuales, micobacterias ni hongos. Consideramos que estos hallazgos pueden considerarse como efectos colaterales del tratamiento antiretroviral.

**Palabras clave:** Granuloma periungueal, SIDA, Tratamiento antiretroviral.

Surgical Treatment of Vitiligo

### ABSTRACT

Authors analyze several methods of autografting for the surgical treatment of vitiligo. Main techniques employ respectively, suction bullae, punch grafts, dermatome grafts and use of hair follicles. Authors stress the latter and describe their techniques based on procedures originally employed for hair transplant.

**Key words:** Vitiligo, Surgical treatment, autologous Implant.

## REPORTE DE CASOS

### Caso N° 1.

Se trata de un hombre de 40 años de edad, con diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) desde 1987. Quien ha presentado complicaciones infecciosas como neumonía por *Pneumocystis carinii*, esofagitis por Citomegalovirus, sarcoma de Kaposi cutáneo, Amibiasis intestinal y otro tipo de complicaciones médicas como convulsiones (etiología desconocida) y nefrolitiasis. Ha sido tra-

tado con zidovudine y didanosine desde febrero de 1995, y actualmente se encuentra recibiendo zidovudine, indinavir y lamivudine desde abril de 1997.

Fue referido del Servicio de Enfermedades Infecciosas al Departamento de Dermatología por presentar lesión granulomatosa eritematosa localizada en el pliegue cutáneo laterodistal de la región periungueal del I er. dedo del pie izquierdo acompañado de edema y secreción seropurulenta de 5 meses de evolución (Fig. 1). Se descartó antecedentes de trauma crónico y/o problemas podológicos. En vista que no obtuvimos respuesta satisfactoria con antibioticoterapia tópica y/o sistémica, decidimos realizar tratamiento quirúrgico con matricectomía parcial y curetaje. No encontramos uña encarnada como hallazgo operatorio. Los cultivos micológicos y para micobacterias del granuloma periun

\* Departamento de Dermatología. Instituto de Biomedicina. Universidad Central de Venezuela.

\*\* Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Vargas de Caracas, Venezuela. Trabajo presentado en la XXXV Reunión Anual de la Sociedad Venezolana de Dermatología. Caracas, 11-14 Noviembre de 1999.

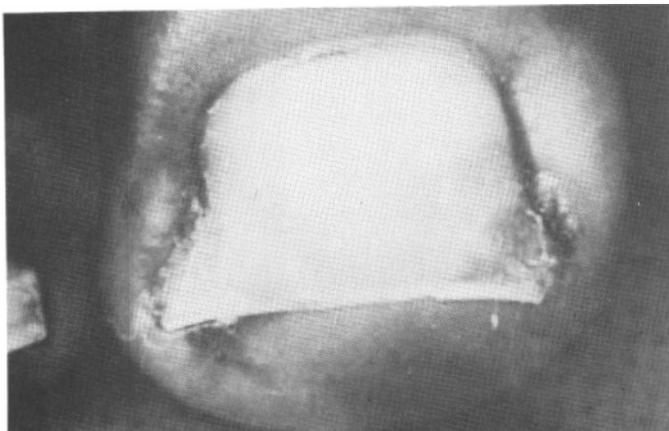


Fig. 1. Granuloma Periungueal en el pliegue cutáneo latero distal del del pie izquierdo.

gual, fueron negativos. El cultivo bacteriológico reportó *Staphylococcus aureus*, sensible a oxacilina. Tres semanas después, reapareció la lesión en el mismo sitio. Diez y nueve meses después, se observó la misma lesión clínica pero en el dedo homólogo del pie derecho (Fig. 2).

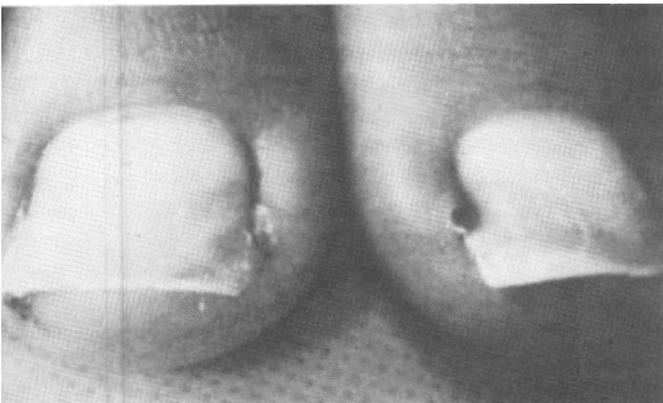


Fig. 2. Granuloma Periungueal en los 1ros. dedos de ambos pies.

El estudio histopatológico de piel reportó tejido de granulación (Fig. 3). Es de notar que el conteo actual de linfocitos CD4 del paciente, ha aumentado desde 1997, así como ha disminuido su carga viraj.

#### Caso N° 2:

Paciente masculino de 44 años de edad con diagnóstico de SIDA desde 1997. Ha presentado complicaciones infecciosas como Tuberculosis pulmonar, neumonía por *Pneumocystis carinii* y otro tipo de complicaciones médicas como neuropatía periférica con trastornos de la marcha y apoyo de los pies hacia el borde lateral y talón. Ha recibi-

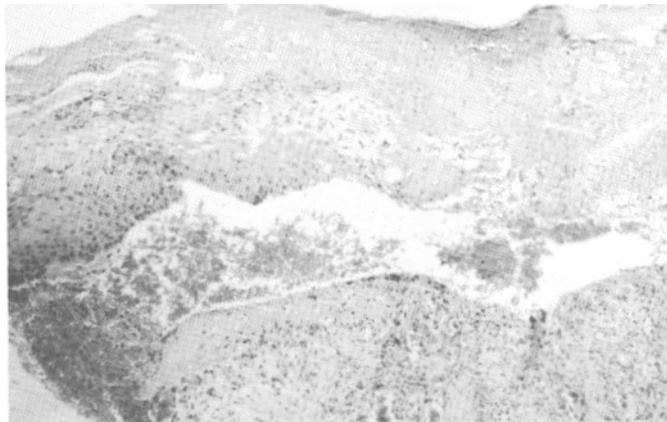


Fig. 3. Histopatología de la lesión: Hiperplasia epitelial irregular moderada, adyacente a una zona ulcerada; proliferación vascular densa y difusa con infiltración linfoplasmocitaria. Coloración Hematoxilina & Eosina, 40X.

do tratamiento con zidovudine, lamivudine e indinavir desde junio 1998. Seis meses después de haber iniciado tratamiento, comienza a presentar lesión de aspecto granulomatoso en ambos pliegues cutáneos latero distales de los primeros dedos de los pies, acompañado de secreción purulenta y dolor. En vista que el paciente cursaba con trastornos de la marcha, indicamos uso de calzado abierto, rehabilitación y antibioticoterapia tópica y sistémica. Al no obtener mejoría, procedimos a realizar matricectomía parcial, y curetaje. No hallamos uña encarnada. Los cultivos micológicos y para micobacterias, fueron negativos. El cultivo bacteriológico reportó *Staphylococcus aureus*, sensible a oxacilina. El estudio histopatológico reportó tejido de granulación. En vista que cursaba con persistencia sostenida de conteo bajo de CD4+ y carga viral alta, es cambiado el tratamiento a didanosine, nelfinavir y stavudine, desde hace 6 meses, con resolución completa de la lesión.

#### Caso N° 3:

Paciente masculino de 24 años de edad con diagnóstico de SIDA desde octubre de 1999. Ha presentado complicaciones infecciosas como Amibiasis intestinal, neumonía por *Pneumocystis carinii*, portador asintomático de Hepatitis B y Sífilis primaria. Ha recibido tratamiento antiretroviral con zidovudine, lamivudine e indinavir desde su diagnóstico de SIDA. Desde enero del 2000, comenzó a presentar lesiones granulomatosas en los pliegues cutáneos latero distales de los primeros dedos de ambos pies, doloroso y con secreción seropurulenta. No había alteraciones podológicas ni traumáticas. En vista de la falta de respuesta al tratamiento local y sistémico con antibioticoterapia, decidimos realizar matricectomía parcial y curetaje. Los cultivos para micobacterias y micológicos fueron negativos. El cultivo bacteriológico reportó *Staphylococcus aureus*, sensible a oxacilina. El estudio histopatológico reportó el diagnóstico

---

de granuloma periungueal. Su conteo de CD4+ ha aumentado desde su tratamiento y ha disminuido la carga viral.

## DISCUSIÓN

La formación de un granuloma periungueal es producto de la incrustación de espículas de queratina ungueal en el tejido blando alrededor de la uña. En nuestro paciente no encontramos anomalía en el crecimiento de la uña, ni causas infecciosas u otra patología cutánea que pudiera inducir granuloma periungueal. En dos de ellos no había historia de problemas podológicos ni historia de traumatismo. El granuloma periungueal ha sido descrito en pacientes con SIDA que están bajo tratamiento antiretroviral con lamivudine e indinavir.<sup>1,2</sup> Por otro lado, la nefrolitiasis es un efecto secundario sistémico conocido, relacionado al tratamiento antiretroviral, tal como fue presentado con anterioridad en uno de los pacientes. Igualmente, ha sido reportado el desarrollo de tejido de granulación en los pliegues cutáneos de las uñas en pacientes no portadores de SIDA y que han recibido tratamiento con retinoides, ciclosporina, 5-fluoracilo y metotrexate, como efecto secundario y sin ninguna evidencia de uña encarnada.<sup>1,4,1</sup>

El tiempo promedio de aparición del granuloma periungueal ha sido reportado desde 2 a 12 meses después de haber iniciado tratamiento antiretroviral. En nuestro paciente ocurrió al 5to., 9o. y 3er. mes respectivamente. No está bien establecido como estas drogas antiretrovirales pueden inducir esta patología.<sup>1,2,1</sup> Ha sido descrita la desaparición de

estas lesiones después de 9 a 12 meses de haberlas suspendido.<sup>1</sup> Se trata de un efecto secundario inusual aparentemente inducido por inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa como el lamivudine e inhibidor de las proteasas como el indinavir, tal como ha sido descrito en la literatura.<sup>2</sup> Así como ha sido descrito a la aparición del granuloma periungueal como una reacción inusual ante una infección fúngica o bacteriana local,<sup>2</sup> tal como fue descartado en nuestros pacientes. Alertamos al médico clínico de considerar al granuloma periungueal como efecto secundario al tratamiento antiretroviral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bouscarat F, Bouchard C. Paronychia and Pyogenic Granuloma of the Great Toes in Patients treated with Indinavir. *New Engl J Med* 1998;338:1776.
2. Tosti A, Piraccini BM, D'Antuono AD et al. Paronychia associated with antiretroviral therapy. *Br J Dermatol* 1999, 140: 1165-1168.
3. Blumental G. Paronychia and pyogenic granuloma-like lesions with isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1984, 10: 677-678.
4. Zerboni R, Angius AG, Cusini M et al. Lansivudine-induced paronychia. *The Lancet* 1998, 351:1256.
5. Sass JO, Jakob-Solder B, Heitger A et al. Paronychia with Pyogenic Granuloma in a Child Treated with Indinavir. *The Retinoid-Mediated Side Effect Theory Revisited. Dermatology* 2000; 200: 40-42.