

Diagnòstic i tractament de les afeccions mucocutànies més freqüents en pacients infectats per l'HIV

M.M. ALSINA I J.E. HERRERO

Les alteracions dermatològiques poden ser el primer i més evident signe de la infecció per l'HIV. Quan s'examinen aquests malalts s'ha de tenir en compte que el seu trastorn immunològic es tradueix en quadres atípics que trenquen amb facilitat els esquemes clàssics de les dermatosis que coneixem. I això, al mateix temps, es tradueix en una dificultat per realitzar el diagnòstic diferencial de les lesions que observem. Atès que la pell és un òrgan totalment accessible, si aprenem a "llegir" allò que ens mostra, podem arribar a detectar precoçment infeccions i processos neoplàstics sistèmics, i així, instaurar un tractament adequat.

INFECCIÓ AGUDA PER L'HIV

Segons diferents sèries, fins al 75% dels malalts amb primoinfecció simptomàtica per l'HIV presentaran un exantema acompanyat de febre, males-tar general i adenopaties.

L'exantema que es descriu és roseoliforme, amb elements de 0,5 a 2 cm de diàmetre, de vores ben definides i eritema central, que es localitza preferentment a la part superior del tronc i, en menor freqüència, a la cara i les extremitats. La localització palmar és rara, però si es presenta va seguida de descamació. Moltes vegades existeix un enantema difús amb o sense úlceres orofaríngies i genitals. Aquesta erupció s'autolimita en una o dues setmanes i no és patognomònica de la infecció per l'HIV, sinó que és molt similar a qualsevulla altra virasi, sobretot a la mononucleosi infecciosa.

LEUCOPLÀSIA PILOSA

La leucoplàsia pilosa era una de les manifestacions més característiques de la infecció per l'HIV, sobretot en malalts amb sida, malgrat que també s'ha diagnosticat en altres causes d'immunosupressió, com els malalts trasplantats. Està induïda pel virus d'Epstein-Barr.

Apareix en les fases tardanes de la malaltia, 5 o 10 anys després de la primoinfecció, quan ja existeix una davallada important de les defenses, essent, més d'una vegada, el primer signe clínic indicatiu de la infecció. En els primers anys de l'epidèmia de la sida es descrivia en el 50% dels barons homo/bisexuals, encara que també podia observar-se en malalts d'altres grups de contagi. Es caracteritza per l'aparició d'unes bandes paral·leles blanquinoses als marges linguals, de superfície verrucosa, que no desapareixen al fregar-les amb un depressor, la qual cosa ajuda al diagnòstic diferencial amb la candidiasi hipertròfica.

En l'època prèvia a la introducció del tractament antiretroviral d'alta eficàcia, les lesions tendien a romandre durant mesos, pràcticament asimptomàtiques. Dels múltiples tractaments que havíem provat, el més eficaç era els tocs de solució de podofilotoxina. Actualment, la leucoplàsia pilosa no es tracta, ja que millora espontàniament amb el tractament antiretroviral específic.

INFECCIONS BACTERIANES

Staphylococcus aureus

L'estafilococ auri és l'agent patògen que en major freqüència produeix infeccions cutànies als malalts infectats per l'HIV, sobretot en els drogaadictes, els quals són portadors nasals d'aquest germen en doble proporció que els controls sans.

No existeix un patró d'infecció estafilocòccica específica. Es pot presentar en una àmplia varietat de lesions: impetigen, ectima, fol·liculitis, pàpules, plaques, forunculosi, botriomicoma i cel·lulitis. És també fàcil de trobar-lo com a sobreinfecció d'altres dermatosis, com l'escabiosi, les úlceres herpètiques, el sarcoma de Kaposi, etc. Especial atenció mereixen les fol·liculitis per estafilococ auri. Es presenten com a múltiples petites pústules pruriginoses, amb freqüència fol·liculars, disseminades pel tronc, cara i extremitats.

El diagnòstic diferencial en el cas de les fol·liculitis s'ha de fer bàsicament amb la fol·liculitis per *Pityrosporum ovale* i la fol·liculitis eosinofílica. El diagnòstic ens ve confirmat per l'aïllament microbiològic i/o l'estudi anatomopatològic.

Treponema pallidum

Els índexs de la incidència global de la sífilis han disminuït en la segona meitat del segle xx, havent passat d'11 casos per 100.000 habitants l'any 1983 a 1,3 casos per 100.000 habitants el 1995. En aquests últims anys sembla haver-hi un lleu augment del nombre de casos.

El diagnòstic de la lesió primària es fa per examen del camp fosc, mentre que en la sífilis secundària el diagnòstic recau en les serologies reagíniques (VDRL) i treponèmiques (FTA-ABS i TPHA). L'existència prèvia de la infecció per l'HIV pot alterar el curs natural de la sífilis, però no les manifestacions dermatològiques. S'ha vist que els malalts seropositius presenten xancres més persistents, i que aquests es poden mantenir fins a l'estadi secundari de la malaltia. Paradoxalment, la sífilis secundària és la forma més freqüent de presentació en aquests malalts.

Per altra banda, ens podem trobar que les serologies siguin inusualment elevades o baixes, o fins i tot falsament negatives, i també que els títols fluctuïn de manera anòmla. Malgrat això, la major part dels malalts presenten tests serològics fiables per al diagnòstic i seguiment de la malaltia. Les manifestacions clíniques poden ser més intenses, amb una evolució ràpida de la malaltia, podent desenvolupar una sífilis terciària en pocs anys, quan clàssicament es reconeixien períodes de fins a 30 anys per al seu desenvolupament. També s'ha descrit la manca de resposta a la penicil·lina i les recaigudes sense reinfecció aparent, malgrat haver realitzat el tractament correcte.

Un cas a part és el maneig de l'afecció neurològica. L'examen de l'LCR és recomanable en aquells malalts amb sífilis primària o secundària en què el tractament no aconsegueix disminuir els títols serològics i en tots aquells malalts diagnosticats de sífilis latent. No hi ha cap test serològic a LCR totalment fiable, encara que ens és útil trobar alteracions del recompte de proteïnes, leucòcits i un VDRL elevat a LCR. Per altra banda, un FTA negatiu a LCR ens descarta el diagnòstic.

El tractament recomanat continua essent la penicil·lina G parenteral. Per a la sífilis primària i secundària s'utilitza la penicil·lina G benzatina a dosis de $2,4 \times 10^6$ UI per via intramuscular, encara que hi ha qui recomana l'aplicació d'una dosi setmanal durant 3 setmanes, igual que amb la sífilis tardana. L'afectació del sistema nerviós es tracta amb penicil·lina G endovenosa a raó de $18-24 \times 10^6$ UI/d \times 10-14 dies, o penicil·lina procaïna intramuscular $2,4 \times 10^6$ UI/d més probenecid oral 500 mg/6 h durant 10-14 dies ambdós.

Rhochalimaea henselae

La *R. henselae* és el bacil que produeix l'angiomasosi bacil·lar. Aquesta malaltia es caracteritza per l'aparició de neoformacions vasculares que recorden el granuloma piogènic o el sarcoma de Kaposi. Les lesions poden ser petites o bé d'uns quants centímetres, i ocasionalment erosives i doloroses. Es localitzen a nivell dèrmic i, a vegades, hipodèrmic.

Apareix en malalts amb un grau moderat o intens d'immunodepressió, si bé en alguns casos s'ha descrit com a primer signe de la malaltia. En el nostre medi, aquesta malaltia és una raresa. El diagnòstic es realitza mitjançant l'estudi anatomopatològic i el cultiu microbiològic. El tractament indicat és l'eritromicina.

Micosis

Les micosis que observem amb major freqüència a la pell dels malalts infectats per l'HIV són les produïdes pels dermatòfits, la *C. albicans*, el *P. ovale*, el *Criptococcus neoformans* i l'*Histoplasma capsulatum*.

Dermatofitosis

Les dermatofitosis són les infeccions de les estructures queratinitzades, és a dir, estrat corni, ungles i cabell. Els malalts seropositius no presenten una major incidència d'infecció per dermatòfits, a causa possiblement del fet que són tractats amb relativa freqüència amb antifúngics per altres patologies. Malgrat això, quan apareixen, acostumen a recidivar més fàcilment, i encara que les característiques clíniques de les lesions no difereixen gaire de les observades en els malalts immunocompetents, sí que presenten una major expressivitat i variació clínica.

Habitualment, s'afecten els plecs inguinal i intergluti, essent també molt habitual la *tinea pedis*.

El diagnòstic diferencial s'ha de realitzar amb algunes dermatosis inflamatòries també freqüents en aquests malalts, tal com la dermatitis seborreica i la psoriasi. El diagnòstic, a part de la clínica, es realitza mitjançant l'examen directe i el cultiu micològic.

El tractament indicat són els antifúngics imidazòlics, especialment l'itraconazole (*Sporanox*[®], *Hongoseri*[®], *Canadio*[®]) a dosis de 100 mg/12 h durant 14 dies en cas d'afectació cutània, o fins a 6 mesos en cas d'afectació unguial. També és útil la terbinafina (*Lamisil*[®]) a dosis de 250 mg/dia durant els mateixos temps.

Candida albicans

La candidiasi orofaríngia, amb o sense afectació esofàgica, era potser la manifestació cutaneomucosa més prevalent en la sida. La presentaven pràcticament tots els pacients durant el curs de la malaltia, i podia constituir el primer signe clínic de la infecció per l'HIV. El seu diagnòstic era com un marcador predictiu de l'adquisició d'alguna infecció oportunista en un futur proper. En les dones, la manifestació habitual és la vulvovaginitis candidiàsica.

Encara que l'hem vista en la primoinfecció i en les fases asimptomàtiques, la seva incidència augmenta a mesura que avança la immunodepressió, sobretot en malalts amb disminució moderada o greu del recompte de limfòcits CD4.

Generalment és asimptomàtica, encara que pot produir-se la sensació de dolor lleu o cremor. El diagnòstic és bàsicament clínic. L'aïllament del fong mitjançant els cultius de frotis orals o vaginals no és diagnòstic ja que la càndida és un llevat habitual d'aquestes cavitats.

Els tractaments indicats són l'itraconazole (*Hongoseril*[®], *Sporanox*[®], *Canadiol*[®]) 100 mg/12 h durant 14 dies o el diflucan fluconazole (*Diflucan*[®]) (*Fluconazol*[®]) 50 mg (afectació oral) i 150 mg (afectació esofàgica i/o vulva vaginal).

Pityrosporum ovale

És un comensal habitual a la pell en el 90% dels individus. És el fong causant de la pitiriasi versicolor. En els malalts HIV, a més d'aquesta patologia, el *P. ovale* està relacionat amb la presència de fol·liculitis, especialment localitzada al tronc. El diagnòstic diferencial es realitza amb altres tipus de fol·liculitis, i és útil la realització de l'examen directe o l'estudi anatomopatològic.

El tractament varia segons els autors consultats. Són útils els rentats amb derivats imidazòlics del tipus del ketoconazole (*Fungarest*[®], *Panfungol*[®], *Ketoisdin*[®]) durant 3-4 setmanes, i en els casos rebels, la teràpia oral amb itraconazole (*Hongoseril*[®], *Sporanox*[®], *Canadiol*[®]) 100 mg/12 h × 14 dies. La terbinafina no és eficaç.

Cryptococcus neoformans

La criptococosi, produïda pel *C. neoformans*, és una infecció micòtica sistèmica que en els períodes previs al tractament antiretroviral d'alta activitat afectava entre el 3% i el 7% dels malalts HIV, la major part addictes a drogues per via parenteral.

Entre el 10% i el 20% dels casos de criptococosi disseminada presenten lesions cutànies. Aquestes lesions són poliformes, havent-se descrit pústules, cel·lulitis, úlceres, panniculitis, localitzades preferentment a cara, part superior de tronc i extremitats. Les formes més característiques recorden als *molluscum contagiosum*, pel qual en un malalt amb una erupció sobtada de lesions del tipus *molluscum contagiosum*, sobretot si s'acompanya de febrícula i cefalàlgia, és aconsellable realitzar curetatge d'alguna de les lesions per al seu estudi anatomopatològic, ja que la imatge histològica és diagnòstica.

Histoplasma capsulatum

És un fong molt freqüent a les regions centrals dels EUA i Amèrica Central. La malaltia, la histoplasmosi, es produeix per la inhalació del fong, essent, habitualment, de caràcter benigne, autolimitada i sovint asimptomàtica. En els malalts immunodeprimits, de la mateixa manera que succeeix amb la tuberculosi, la infecció pot reactivar-se. El quadre clínic s'acompanya de febre, hepatoesplenomegàlia, anèmia i, en els casos observats per nosaltres, lesions acneïformes a la cara i la part superior del tronc.

El diagnòstic es realitza per estudi anatomopatològic.

INFECCIONS VÍRIQUES

Les infeccions víriques que observem habitualment en els malalts infectats per l'HIV són l'herpes zòster, la infecció pel virus de l'herpes simple i pel virus del papil·loma humà i el *molluscum contagiosum*. El citomegalovirus s'ha descrit també com a agent infecció amb manifestacions a

nivell cutani. Malgrat això, la tendència actual és creure que la seva detecció en les diferents lesions cutànies es deu més a una colonització secundària a la virèmia i no al fet que sigui realment l'inductor de dermatosis.

Virus herpes simple

La prevalença de la infecció pel virus de l'herpes simple és molt elevada en la població general. No existeixen estadístiques exactes, però es calcula que el 96% de la població espanyola de més de 26 anys té serologies positives enfront del virus herpes simple tipus 1, i que un 50% la tenen enfront del virus herpes simple tipus 2. En els malalts immunocompetents, després de la infecció primera, el virus roman estable amb reactivacions transitòries periòdiques. En els malalts amb HIV, la immunodeficiència predispesa a la seva reactivació. La història natural de la infecció pel virus de l'herpes simple es modifica amb la immunodepressió, podent provocar una alta morbiditat. Les àrees orolabial, genital i perianal continuen essent les més freqüentment afectades, però hem observat lesions en localitzacions poc habituals, com són els dits, el palmell de la mà o cuir cabellut. En els casos d'immunodepressió greu, les lesions s'ulceren i tendeixen a la cronificació, i també, a la sobreinfecció.

Com a norma, es diu que una lesió ulcerosa de més d'un mes d'evolució en un malalt seropositiu és produïda pel virus de l'herpes simple mentre no es demostrï el contrari; i que un malalt diagnosticat d'una úlcera herpètica mucocutània crònica, serà un malalt seropositiu per l'HIV fins que no es demostrï el contrari.

El diagnòstic de l'herpes simple es realitza per clínica, encara que són de molta ajuda la citologia, els cultius vírics i l'estudi anatomopatològic. El tractament indicat és l'aciclovir (*Aciclovir*[®], *Zovirax*[®]) i, sobretot, els seus derivats, el valaciclovir (*Valtrex*[®], *Valpridol*[®], *Valherpes*[®], etc.) i el famciclovir (*Famvir*[®]). Les dosis habituals d'aciclovir oral són de 400 mg 5 vegades al dia, encara que en casos greus pot ser necessari administrar-lo per via endovenosa a raó de 4 mg/kg cada 8 hores. El famciclovir es dona a dosis de 500 mg cada 12 hores. Les dosis de valaciclovir reco-

manades són les mateixes per als malalts immunocompetents, encara que en els casos de malalts amb immunodepressió moderada o greu, s'aconseïa augmentar la dosi a 1 g cada 8 o 12 hores. El tractament és aconsellable mantenir-lo fins a la curació, encara que en casos greus hi ha autors que recomanen mantenir el tractament fins a 2 setmanes després de la curació clínica de les lesions.

Virus varicel·la zòster

La incidència de casos d'herpes zòster en malalts seropositius s'havia calculat que era de prop de 30 casos per cada 1000 persones i any, mentre que en els malalts seronegatius la incidència era de 2 casos per cada 1000 persones i any. Anteriorment, l'herpes zòster era considerat com una de les manifestacions més precoces de la malaltia. Actualment se sap que tant pot presentar-se en els estadis inicials com en els tardans, no considerant-se ja com un marcador de progressió. A diferència de la població immunocompetent, l'herpes zòster en els malalts seropositius té una major tendència a la recidiva, essent d'un 5% a un 23% abans de la introducció del tractament antiretroviral d'alta activitat.

Les lesions en aquests malalts són més inflamatòries, hemorràgiques i necròtiques, i tendeixen a ulcerar-se. En malalts molt immunodeprimits poden observar-se lesions verrucoses cronificades, a vegades de difícil diagnòstic.

El tractament indicat són l'aciclovir (*Aciclovir*[®], *Zovirax*[®]) i els seus derivats: valaciclovir (*Valtrex*[®], *Valpridol*[®], *Valherpes*[®], etc.) a dosis d'1 g cada 8 hores, i el famciclovir (*Famvir*[®]) a dosis de 750 mg cada dia, com a mínim durant una setmana.

Molluscum contagiosum

El *M. contagiosum* és produït per un poxvirus. És freqüent en els nens menors de 5 anys. En els adults es considera una malaltia de transmissió sexual, observant-se les lesions a l'àrea genital. S'havia calculat que

entre un 10% i un 20% dels malalts amb sida patien la infecció, essent més freqüent entre els homosexuals, sobretot malalts immunodeprimits amb xifres de limfòcits CD4 menors a 200/mm³. Es tracta de lesions de mida petita, blanquinoses, papuloses, de superfície llisa i centre deprimat, que es poden presentar aïllades o agrupades en diferents zones, sobretot en la part superior del tronc, la cara i la cintura pelviana. En els malalts immunodeprimits es poden veure lesions més grans, de vegades pseudotumorals. El diagnòstic diferencial es realitza principalment amb la criptococosi, i també amb quists de *miliium* o fol·liculitis.

El tractament indicat és el curretatge. Quan es tracta de moltes lesions o lesions grans, també és útil la crioteràpia. Aquest procediment té com a efecte secundari la cicatrització, de vegades antiestètica, i la hipopigmentació residual. S'ha comprovat que el cidofovir a l'1% o 2% en crema és altament eficaç. Aquest medicament és de dispensació hospitalària i no està autoritzat el seu ús en el tractament del *molluscum contagiosum*, per la qual cosa s'ha de demanar per la via d'ús compassiu.

Virus del papil·loma humà

El virus del papil·loma humà és un virus ubic i que té una alta prevalença entre els malalts HIV, sobretot els homosexuals. Les zones de major afectació, a part de la palmar o la plantar, són les àrees genital i perianal. Els malalts immunodeprimits no responen tan bé als tractaments com els malalts immunocompetents, essent molt freqüents les recidives. S'ha de tenir en compte que en les dones, la presència de condilomatosi genital ens ha de portar a fer un estudi citològic i una colposcòpia per tal de descartar l'existència d'un carcinoma *in situ* cervical.

El tractament va dirigit a destruir la lesió i, per això, s'han utilitzat diferents tractaments. Els més còmodes són els que poden ser aplicats pel mateix malalt en els casos de lesions accessibles de l'àrea genital, tal com la podofilotoxina (*Wartec*[®] solució) o l'imiquimod (*Aldara*[®] crema). Aquest últim té l'avantatge que és més eficaç contra les recidives, però té l'inconvenient del seu elevat cost. Per altra banda, es poden emprar altres tècni-

ques de destrucció, com la crioteràpia, l'electrofulguració i el làser. Aquests dos últims són recomanables en cas d'afectació del canal anal.

Per a les lesions al palmell i a la planta s'utilitzen compostos queratolítics (*Antiverrugas Isdin*[®], *Verufil*[®], *Verrupatch*[®], etc.), la crioteràpia amb nitrogen líquid o l'electrocoagulació.

MISCEL·LÀNIA

Fol·liculitis eosinofílica

Un dels símptomes més estressants per a alguns malalts seropositius és la pruija. Una de les patologies més pruriginoses característica d'aquesta malaltia és la fol·liculitis eosinofílica. Aquesta és una dermatosi idiopàtica que es presenta com un exantema papulós fol·licular, localitzat preferentment a la cara i a la part superior del tronc. Encara que en un 25% dels casos es troben bacteris, fongs o *Demodex folliculorum* a l'estudi histològic, aquests no es consideren patògens rellevants. Afecta generalment als barons, sobretot en estat d'immunodepressió avançada amb xifres de limfòcits CD4 inferiors a 300/mm³.

S'han proposat múltiples tractaments, però cap és totalment satisfactori: antihistamínics orals, corticoides tòpics i orals, metronidazole oral, indometacina tòpica, itraconazole oral i radiació ultravioleta A o B.

Sarcoptes scabiei

L'escabiosi o sarna és una infestació produïda pel *S. scabiei*. Clínicament es manifesta per pruija, de predomini nocturn i ocasionalment familiar, amb aparició de lesions puntiformes localitzades a zones de pell fina, com ara canells, plecs interdigitals, zones mamàries i àrea genital, així com l'aparició de nòduls a glutis i genitals. Els malalts immunodeprimits tenen major tendència a patir la forma anomenada sarna noruega, quadre on s'observa una hiperqueratosi palmoplantar, amb eritema i descamació en grans àrees de tronc i extremitats.

El diagnòstic és clínic, essent de gran ajuda la visualització per microscòpia òptica del *Sarcoptes* en l'examen directe de les lesions.

El tractament de l'escabiosi és igual que el que es realitza en malalts seronegatius: permetrina 5% en crema (*Sarcop*®) en una sola aplicació. Ateses les resistències que s'han observat a aquest tractament, també pot estar indicat el lindane 1% (*Kife*®) també en una sola aplicació o les locions preparades amb sofre del 6% al 10% cada dia durant 3 dies seguits. És recomanable repetir les aplicacions al cap d'una setmana i tractar tots els possibles contagis. Actualment, també s'utilitza la ivermectina a dosis de 200 µg/kg en una sola presa. La ivermectina està considerada com a medicació estrangera, per la qual cosa es pot aconseguir via hospitalària o bé per formulació. En tots els casos s'ha de tenir cura de rentar la roba de vestir i la de llit a alta temperatura, i en cas de peces de fibra o llana, deixar-les a la intempèrie entre 3 i 5 dies després de rentades.

Xerosi

Els malalts seropositius, i sobretot aquells amb terreny atòpic, tenen una major tendència a patir xerosi o pell seca. Aquesta tendència es veu accentuada en aquells malalts que prenen inhibidors de les proteases, sobretot, l'indinavir. Les manifestacions clíniques que s'observen són la descamació lleu, principalment de la cara externa de les extremitats superiors, acompanyada de plaques eritematoses petites, que poden ser bastant pruriginoses.

En els casos intensos el diagnòstic diferencial ha de realitzar-se amb la *tinea corporis*. L'estudi micològic ajuda a establir el diagnòstic.

El tractament va encaminat a millorar les condicions ambientals de la pell afectada. Així, és convenient hidratar la pell amb cremes, evitar l'excés de neteja o l'ús de sabons massa delipimiants, els ambients massa secs i la roba de fibra o llana.

REACCIONS MEDICAMENTOSSES

És coneguda des del principi de l'epidèmia de la sida, la major tendència que tenen els malalts seropositius a reaccionar a diferents famílies de fàr-

macs, des de les sulfamides fins a diversos antiretrovirals. Les manifestacions més habituals són els exanemes pruriginosos, acompanyats ocasionalment de fotosensibilitat i alteració de l'estat general, juntament amb febre i citolisi hepàtica.

L'enfocament terapèutic d'aquests pacients es basa en evitar el fàrmac causant de la dermatosi. Atès el gran nombre de medicaments que prenen aquests malalts, moltes vegades es fa difícil detectar l'agent causant. És per això que es recomana eliminar el fàrmac que s'hagi introduït en darrer lloc, i en cas que això no doni resultat o no sigui possible, caldrà suspendre tota la medicació que no sigui estrictament necessària. A més, és útil administrar antihistamínics del tipus de la loratadine (*Clarityne*®), que no té reaccions creuades amb els antiretrovirals, i en cas que el procés no es controli, serà necessari afegir corticoides orals a raó de mig mil·ligram/kg de pes. Quan la reacció hagi remès, es recomana reintroduir la medicació de manera progressiva.

SARCOMA DE KAPOSI

El sarcoma de Kaposi és la tumoració més representativa de la sida. Els avenços en el maneig de la infecció per l'HIV gràcies a la introducció del tractament antiretroviral d'alta eficàcia han comportat una reducció dels nous casos de sarcoma. El sarcoma de Kaposi associat a l'HIV no es considerava una veritable neoplàsia, sinó més aviat una tumoració reactiva multifocal. Es pot presentar en qualsevol moment de l'evolució de la infecció per l'HIV, encara que la seva freqüència augmenta amb el deteriorament de la immunitat cel·lular. La seva presència no és predictiva de l'evolució de la malaltia, i ja en l'època prèvia al tractament antiretroviral d'alta activitat, la mortalitat per aquest tumor només era del 4% al 8%.

Clínicament, a la pell es presenta com a màcules o pàpules angiomatoses, de 0,5 a 2 cm, ovalades, distribuïdes seguint les línies de civatge cutànies, que poden augmentar progressivament de mida i formar plaques més grans per coalescència. Es poden observar a qualsevulla

localització, encara que són més freqüents a l'hemicòs superior i a les extremitats inferiors. És habitual l'afectació concomitant de la mucosa oral, sobretot paladar i genives. En els casos disseminats es poden afectar el tracte gastrointestinal, el pulmó, els ganglis i, en menor freqüència, el fetge, la melsa i el pàncrees. L'evolució de la malaltia està relacionada amb l'estat immunitari del malalt, bàsicament amb el nombre de limfòcits CD4. Clàssicament els malalts amb una xifra de limfòcits inferior a 150/mm³ són considerats com a malalts amb mal pronòstic, mentre que malalts amb xifres superiors són considerats com a malalts amb bon pronòstic.

El diagnòstic en la major part dels casos és clínic, encara que sempre és aconsellable la confirmació histològica, sobretot quan s'ha de realitzar algun tractament més agressiu.

L'enfocament terapèutic del sarcoma de Kaposi ha canviat radicalment en els darrers anys. A l'inici de l'epidèmia de la sida es van proposar un gran nombre de tractaments, tant tòpics com sistèmics. En els darrers quatre anys s'han publicat diferents estudis on es descriu la millora i, fins i tot, la desaparició del sarcoma en malalts amb tractament antiretroviral d'alta activitat. Aquesta millora es produeix ja des del primer mes de la medicació. Actualment, a la pràctica, si el malalt presenta escasses lesions i aquestes són de lenta evolució, tendim a esperar l'efecte del tractament antiretroviral específic amb controls clínics mensuals. Si l'evolució és satisfactòria, el malalt segueix en observació fins que es fa evident la resolució del sarcoma. En casos de lesions localitzades en zones visibles, com és la cara, o en zones que puguin produir molèsties o dolor, com la regió orofaríngia o els peus, respectivament, s'utilitza la radioteràpia. Aquest és l'únic tractament tòpic que efectuem actualment. El sarcoma de Kaposi és un tumor molt radiosensible i els resultats de la radioteràpia són molt satisfactoris. Dosis de 8 Gy en una sola fracció són moltes vegades suficients per al control de les lesions cutànies. En casos de lesions múltiples, més agressives, de ràpida evolució o afectació visceral, es planteja el tractament sistèmic amb citostàtics. Actualment el tractament de primera línia per al sarcoma de Kaposi són les antraciclins en liposomes. N'hi ha dues d'aprovades, la doxorubicina liposomal (*Caelyx*®)

a dosis de 20 mg/m³ endovenosa cada tres setmanes i la daunorubicina liposomal (*DaunoXome*[®]) a dosis de 40 mg/m² endovenosa cada dues setmanes. El tractament es manté fins al control de la malaltia.

BIBLIOGRAFIA

- Center for Disease Control and Prevention. *1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases*. MMWR 1998.
- Gatell, J.M., Clotet, B., Podzamczar, D., Miró, J.M. *Guía Práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. 6a ed. Masson, Barcelona 2000.