

# Psoríase e infecção pelo VIH

## *Psoriasis and HIV infection*

A primeira publicação referente à ligação entre a psoríase e o vírus da imunodeficiência humana (VIH) remonta a 1985<sup>1</sup>. Desde então, a prática clínica mostrou-nos que as doenças cutâneas estão entre as manifestações mais comuns da infecção pelo VIH. Com uma prevalência semelhante à população geral, a psoríase associada ao VIH pode ter uma apresentação extensa e agressiva que se relaciona inversamente com o número de células T CD4+ e directamente com as células T CD8+, dada a sua relativa expansão na doença avançada<sup>2</sup>. Visto as terapias sistémicas da psoríase se basearem na imunossupressão, o tratamento desta associação torna-se um desafio.

Apresentamos o caso de um homem, 42 anos, natural da Guiné-Bissau, que recorre ao Serviço de Urgência em Maio de 2008 por apresentar lesões papulosas, bem circunscritas, descamativas, envolvendo as regiões cervico-occipital e inguinal, cotovelos, joelhos, palmas, plantas e face anterior das pernas, com 3 meses de evolução. Referenciado à Consulta de Dermatologia é realizado o diagnóstico histológico de psoríase e, posteriormente, de infecção pelo VIH1. Inicia emolientes e corticóides tópicos, sendo encaminhado para a Consulta de Imunodeficiência onde o estudo revela défice imune muito marcado (CD4+ de 10/mm<sup>3</sup>) e virémia VIH1 muito baixa (9707 cópias/ml). É instituída terapêutica anti-retrovírica (TARV) com NVP+TDF/FTC e verifica-se adesão insatisfatória. Em Janeiro de 2011, após abandono da consulta e TARV há 6 meses, surge com quadro de astenia, anorexia, febre e lesões psoriáticas exuberantes e disseminadas por todo o tegumento (Figuras 1 e 2), sendo internado no Serviço de Infecçologia. No internamento reinicia TARV e, simultaneamente, emolientes e corticóides tópicos e retinóides orais, tendo alta com melhoria significativa do quadro dermatológico (Figura 3). O doente manteve seguimento regular em consulta de Imunodeficiência e Dermatologia, com cumprimento terapêutico satisfatório, melhoria imunológica progressiva e lesões psoriáticas residuais (Figura 4).

Perante indicação formal para início de TARV<sup>3</sup>, esta mostra-se por vezes suficiente para a resolução de manifestações psoriáticas ligeiras. No entanto, em casos de psoríase severa em contexto de imunossupressão, a fototerapia (UVB, PUVA) ou os retinóides orais devem ser iniciados concomitantemente com a TARV, sendo os imunossupressores sistémicos (ciclosporina, metotrexato, anti-TNF e hidroxiureia) reservados para quadros refractários<sup>4</sup>. A apresentação deste caso realça a necessidade imperiosa de suspeição de infecção

Figura 1. Psoríase extensa das mãos e couro cabeludo, após abandono da terapêutica há 6 meses, em contexto de imunossupressão severa



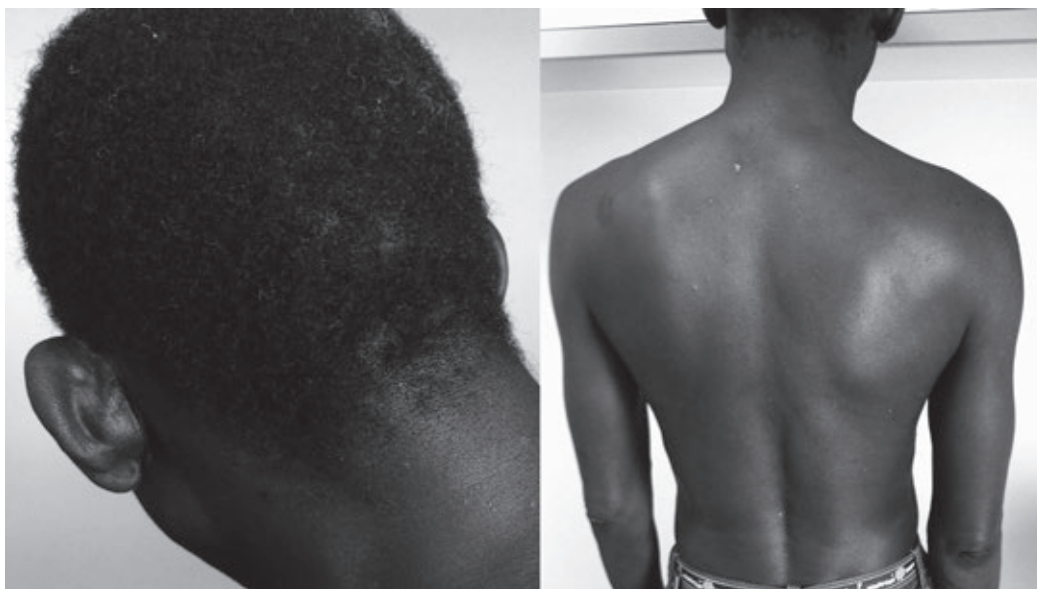
Figura 2. Psoríase extensa dos membros inferiores, após abandono da terapêutica há 6 meses, em contexto de imunossupressão severa



Figura 3. Lesões psoriáticas residuais após 20 dias de TARV, acitretina 25mg/dia, emolientes e corticóides tópicos



Figura 4. Psoríase controlada após 6 meses de TARV e aplicação pontual de anti-psoriáticos tópicos



pelo VIH em qualquer doente com psoríase refractária, exacerbação súbita ou apresentação severa de psoríase inflamatória grave e/ou extensa. Por outro lado, dado o impacto considerável da psoríase na qualidade de vida dos doentes, um tratamento alicerçado na relação risco/benefício dos anti-psoriáticos utilizados e um cumprimento terapêutico exemplar de toda a medicação envolvida revelam-se primordiais no controlo da doença.

### Bibliografia

1. Antunes, F. Manual sobre SIDA, 4ª Edição; Permanyer Portugal; 2011.
2. Nilesch, M. et al. HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical features, and management. *Lancet Infect Dis*, 2010 Jul; 10(7): 470-8.
3. European AIDS Clinical Society Guidelines, Version 7.1, November 2014. [www.eacsociety.org/Guidelines.aspx](http://www.eacsociety.org/Guidelines.aspx) (acedido em Dezembro de 2014).
4. Psoriasis in patients with HIV infection: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*, 2010 Feb; 62(2): 291-9.

### Diagnóstico:

### Psoríase e infecção pelo VIH

Nuno Gatta, Jorge Velez

*Serviço de Infeciologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – Aveiro. Portugal*

Correspondência: [nuno.gatta@hotmail.com](mailto:nuno.gatta@hotmail.com)

Como citar este artigo: Gatta N, Velez J  
*Psoríase e infecção pelo VIH. Galicia Clin* 2015; 76 (1): 39-40

Recibido: 20/10/2014; Aceptado: 19/01/2015