

# SERÁ A ACANTHOSIS NIGRICANS UMA NOVA MANIFESTAÇÃO CUTÂNEA DE INFEÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA?

F. MALTEZ, T. MARTINS, A. MORGADO, R. PROENÇA  
Serviço de Medicina I. Hospital Curry Cabral. Lisboa

## RESUMO

Os autores apresentam um caso clínico de SIDA revelado por três infecções oportunistas simultâneas (candidíase esofágica, tuberculose e micobacteriose atípica) e com uma manifestação dermatológica - a *Acanthosis nigricans* - não referida na literatura médica como acompanhando qualquer daquelas entidades. A exclusão das causas possíveis de *Acanthosis nigricans* e a sua regressão com a terapêutica instituída para aquelas infecções sugere que ela se comporta na SIDA como uma síndrome paraneoplásica, havendo que despistar a infecção pelo VIH sempre que estiver presente.

## SUMMARY

### Is *Acanthosis Nigricans* a New Cutaneous Manifestation of HIV Infection?

The authors describe a clinical case of AIDS presented by three opportunistic infections (esophageal candidiasis, tuberculosis and atypical mycobacteriosis) and a dermatological manifestation - *Acanthosis nigricans* - not described in medical literature as accompanying those entities. The exclusion of most common etiologies of *Acanthosis nigricans* and its regression following treatment for those infections suggests that with AIDS it behaves like a paraneoplastic syndrome. Screening for HIV antibodies should be the rule whenever this dermatological manifestation is present.

## INTRODUÇÃO

A *Acanthosis nigricans* surge habitualmente como uma hiperpigmentação castanha aveludada do pescoço, axilas e virilhas, numa base familiar, acompanhando a obesidade ou endocrinopatias, ou a acompanhar adenocarcinomas ou linfomas, particularmente acima dos 40 anos. Tem sido observada a sua regressão após o tratamento do tumor e reaparecimento com a reactivação do mesmo, sugerindo que o tumor secreta alguma substância ainda não identificada<sup>1</sup>. Apresenta-se um caso clínico de *Acanthosis nigricans* e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, com regressão quase completa das alterações cutâneas após o tratamento antiretroviral com

AZT e das infecções oportunistas presentes.

Todas as causas conhecidas de *Acanthosis nigricans* foram excluídas, sendo aparente uma associação entre esta entidade e a SIDA. Não encontramos referências bibliográficas a casos semelhantes.

## CASO CLÍNICO

I.L., raça caucasiana, 49 anos, sexo masculino, bissexual, com hábitos etanólicos de  $\pm$  180 g/dia, referia sintomas constitucionais nos últimos 6 meses, nomeadamente emagrecimento de 15 Kg.

À observação: razoável estado geral, mas fatigado. Peso - 62 Kg. Febril (38°C). Coloração acastanhada em



Fig. 1 - *Acanthosis Nigricans*, localização axilar

colar da região cervical, das axilas e virilhas (figura 1). Apresentava adenopatia cervical direita palpável de 1,5 cm de diâmetro, móvel, indolor, de consistência elástica, algumas aranhas vasculares no tronco e hepatomegalia de 3 cm abaixo do rebordo costal direito na linha médio-clavicular, de superfície lisa e bordo rombo. O restante exame era normal.

Os exames complementares efectuados (quadro I e II) permitiram excluir uma causa endócrina ou imunológica justificativa do quadro clínico, enquanto que a candidíase esofágica apontaria juntamente com os antecedentes epidemiológicos do doente, para o despiste de infecção pelo VIH. A biopsia hepática estava de acordo com os hábitos etanólicos referidos. A serologia para VIH (Elisa e Western Blot) confirmaria a suspeita num doente com acentuada imunodeficiência celular, iniciando-se tratamento com AZT e fluconazol.

**Quadro I - Exames Laboratoriais.**

Hemoglobina	11,8 g/dl
VGM	82 fl
Leucócitos	4900 cel/mm <sup>3</sup>
Plaquetas	230 x 10 <sup>3</sup> /ul
Ferro sérico	31 mg/dl
VS	89 mm/1 <sup>h</sup>
TGO	72 U/L
TGP	63 U/L
LDH	190 U/L
GGT	140 U/L
TP	82%
Fosfatase alcalina	122 U/L
PCR	4,5 mg/dl
VIH 1 (Elisa e W. Blot)	Positivo
VIH 2 (Elisa e W. Blot)	Negativo
Linfócitos CD4	104 células/mm <sup>3</sup>
Linfócitos CD8	1129 células/mm <sup>3</sup>
Índice	0,1

Restantes valores, incluindo ureia, creatinina, alfa fetoproteína, CEA, ANA, A-RNP, A-JO, VDRL, sedi-

mento urinário, Rx Torax, AgHbs, Ac AntiHCV, Lowenstein da expectoração, Mantoux, sangue oculo nas fezes, testes imunológicos e função endócrina, foram negativos ou normais

**Quadro II: Outros exames complementares.**

**Clister opaco e Ecografia prostática** - sem alterações  
**Esofagogastroduodenoscopia** - candidíase esofágica moderada  
**TAC torácica e abdominal** - moderada hepato e esplenomegalia homogêneas, pequenas adenomegalias das cadeias paratraqueal direita, mediastínica anterior, pré-carinal, aortocava e latero-aórticas.

O contexto clínico, a persistência da curva febril e o envolvimento ganglionar generalizado revelado pela TAC, fez-nos admitir a provável existência de tuberculose ganglionar e iniciar terapêutica com tuberculostáticos (quadro III). Ao 40º dia de tratamento persistiam a febre e restante sintomatologia, sendo os exames histológico e bacteriológico realizados no único gânglio palpável, reveladores do diagnóstico definitivo de infecção mista a *M. tuberculosis* e *M. avium-intracellulare* (quadro IV).

**Quadro III: Evolução e tratamento.**

AZT - 500 mg/dia  
 Fluconazol - 200 mg/dia (15 dias)

**Ao 30º dia**

Isoniazida - 300 mg/dia  
 Rifampicina - 600 mg/dia  
 Etambutol - 1200 mg/dia  
 Pirazinamida - 1500 mg/dia

**Ao 40º dia**

....mesma situação clínica.

**Quadro IV: Histologia.**

**Biópsia hepática** - moderada esteatose com fibrose portal e intra-lobular

**Biópsia esofágica** - candidíase

**Biópsia cutânea** - *Acanthosis nigricans*

**Biópsia ganglionar** - Linfadenite granulomatosa com extensa necrose, provavelmente por MAI. Bacilos ácido-resistentes (+) com o método de Fite e (-) com o método Ziehl-Neelsen.

**Exames bacteriológicos do gânglio linfático** - isolada uma estirpe de *M. tuberculosis* e uma estirpe de MAI. O TSA de ambas as estirpes não mostrou resistências.

Feito o acerto terapêutico, teve alta ao 50º dia de internamento assintomático (quadro V). Dez meses após a alta e sob tratamento, mantém-se assintomático com regressão quase completa das alterações cutâneas (figura 2).

*Quadro V: Evolução e tratamento.*

---

<b>Ao 41º dia</b>
INH + RMP + EMB + PZA
+
Ciprofloxacina - 750 mg po 12/12 h
Amicacina - 250 mg EV de 12/12 h
<b>Ao 50º dia</b>
Alta assintomático com a mesma terapêutica.

---



Fig. 2 - Acanthosis Nigricans, regressão quase completa após terapêutica

## COMENTÁRIO

Para além da curiosidade de se tratar de um caso de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida revelado por três infecções oportunistas simultâneas e da particularidade do isolamento num mesmo gânglio de 2 micobactérias diferentes com aparecimento duma micobactéria atípica com linfócitos T4 > 100 células/mm<sup>3</sup>, o realce vai para a descrição duma manifestação cutânea habitualmente não referida na literatura como acompanhando esta entidade<sup>2-5</sup>. Embora difícil de estabelecer uma relação causa-efeito entre infecção VIH e/ou Micobactérias e a Acanthosis nigricans, a excelente resposta à terapêutica e a boa evolução com regressão quase total das alterações cutâneas, faz admitir essa possibilidade e consequentemente a de paragem de produção de algum mediador indutor pelos agentes infectantes ou pelas células infectadas

Pensamos que a Acanthosis nigricans deve ser considerada como mais uma manifestação dermatológica na SIDA, comportando-se como uma síndrome paraneoplásica

## REFERÊNCIAS

1. PARKER F: Cutaneous manifestations of internal malignancy - in Cecil, Textbook of Medicine 19 th ed 1992; 1044-49.
2. DOVER, JS.MD, JOHNSON, RA.MD: Cutaneous manifestations of Human Immunodeficiency virus infection. Part I and II. Arch Dermatology 991; 127.
3. COSKERELLE CJ: Update on cutaneous manifestations of HIV infection - AIDS 92/93 - A Year in review.
4. P. LAMARÃO, T. ELISEU, F. MALTEZ et al: Patologia cutâneo-mucosa na infecção pelo VIH - Acta Méd. Port. 1994; 7;141-148.
5. PANKEY GA: Dermatologic manifestations of infectious diseases. Infectious Dis. Clin. N Am - Set/94.