



# Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

## Reporte de Caso

### Infección por VIH asociado a linfoma y herpes zóster: Reporte de caso

HIV infection associated with lymphoma and herpes zoster: Case report

Marlen A. Floriano<sup>1</sup>, José M. García<sup>1</sup>, Josué P. Eustaquio<sup>1</sup>, Gino F. Flores<sup>1</sup>, Bryan A. Guevara<sup>1</sup>, Miguel A. Gutiérrez<sup>1</sup>, Alexis O. Guzmán<sup>1</sup>, Camilo Peña<sup>2,3</sup>

1. Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú 2. Profesor contratado, Sección Medicina I, Departamento de Medicina - Medicina UNT 3. Médico internista, Hospital Regional Docente de Trujillo

Correspondencia: Marlen Adrian  
Alfredo Floriano Leiva

Numero de teléfono: 939117877

adrianfloriano@hotmail.com

Dirección: calle wichanza  
sector 4 Mz. 13 Lt. II - La  
Esperanza - Trujillo

Recibido: 26/02/21

Aceptado: 02/07/21

#### RESUMEN

La infección por VIH se caracteriza por tres fases: aguda, asintomática y avanzada; esta última caracterizada por inmunodeficiencia severa, lo que expone al paciente a contraer infecciones oportunistas o cáncer. Presentamos un paciente varón de 52 años que acude por dolor en la región retromandibular izquierda, con múltiples ampollas de color rojizo, aspecto descamativo, a predominio de dermatomas cervicales C4 - C5 y lumbares L1 - L5, se le realiza examen anatomopatológico del ganglio cervical encontrando hallazgos sugestivos de neoplasia linfóide maligna. Los linfomas no Hodgkin (LNH) surgen de los linfocitos B, linfocitos T y linfocitos NK. Estas neoplasias se desarrollan en los ganglios linfáticos, pero puede ocurrir en cualquier tejido. Los LNH afectan frecuentemente la cabeza y el cuello. La inmunosupresión generada por el VIH produce la reactivación del virus de varicela-zóster y es una condición de susceptibilidad para el desarrollo de linfomas.

Palabras clave: VIH (DeCS), Herpes Zóster (DeCS), Linfoma (DeCS)

#### SUMMARY

HIV infection is characterized by three phases: acute, asymptomatic and advanced; this latter characterized by severe immunodeficiency, which exposes the patient to get opportunistic infections or cancer. We report a 52-year-old male patient who came for pain in the left retromandibular region, with multiple reddish blisters, scaly appearance, with a predominance of cervical dermatomes C4 - C5 and lumbar L1 - L5, a pathological examination of the cervical ganglion suggests findings of malignant lymphoid neoplasia. Non-Hodgkin lymphomas (NHL) arise from B lymphocytes, T lymphocytes, and NK lymphocytes. These neoplasms develop in the lymph nodes, but can occur in any tissue. NHLs frequently affect the head and neck. The immunosuppression generated by HIV produces the reactivation of the varicella-zoster virus and is a condition of susceptibility for the development of lymphomas.

Keywords: HIV (MeSH), Herpes Zoster (MeSH), Lymphoma (MeSH)

## Introducción

La infección por VIH es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, estimando una prevalencia de 37,9 millones de personas infectadas en el año 2018 (1). En el Perú, se notificaron 7 296 casos de VIH en el año 2019, atribuyendo 396 casos a la región La Libertad con una razón hombre: mujer de 3:1 (2).

Esta infección se caracteriza por presentar tres fases según la progresión de la enfermedad: fase aguda, fase asintomática y fase avanzada. La fase avanzada se caracteriza por una inmunodeficiencia severa y la consecuente susceptibilidad de contraer infecciones oportunistas o desarrollar diversos tipos de cáncer (3). Sin embargo, la etiología del cáncer en un paciente con VIH no solo incluye aspectos únicos de la infección, como la inmunosupresión y la desregulación inmune, sino también factores asociados con la coinfección de virus oncógenos, como el virus del herpes humano 8 con el sarcoma de Kaposi, el linfoma de efusión primaria y el linfoma plasmablastico; el virus de Epstein-Barr con el linfoma del sistema nervioso central, el linfoma de Burkitt, el linfoma difuso de células B grandes y el linfoma de efusión primaria; y el virus del papiloma humano con el cáncer de cuello uterino (4).

Así, según la clasificación del Centro de Control de Enfermedades (CDC), las neoplasias consideradas definitivas de SIDA son el sarcoma de Kaposi, el cáncer de cuello uterino y algunos linfomas no Hodgkin (LNH) (4). El LNH se considera como el segundo tipo de cáncer más común en pacientes con VIH (5), debido a que estos pacientes presentan un riesgo de 25 a 150 veces mayor de desarrollarlo, manteniendo un riesgo de 11 a 17 veces mayor si reciben terapia antirretroviral (6); y es el tumor de cabeza y cuello más común representando aproximadamente el 75% de los tumores de esta región anatómica en los pacientes con VIH (7).

No obstante, en los últimos cinco años solo ha habido 1 reporte de linfoma en paciente con VIH en el Perú, por lo que el presente trabajo tiene por objetivo informar un caso de linfoma y herpes zóster en paciente con VIH.

## Presentación del caso

Varón de 52 años de edad, procedente de Trujillo que trabajaba como personal de limpieza. Acude al centro de salud debido a dolor en la región retromandibular izquierda, con un año de evolución, que va progresando hasta imposibilitar el sueño, el habla y la alimentación. Presenta antecedente de contusión en región retromandibular izquierda hace un año, sin antecedentes patológicos de importancia y con conducta sexual de riesgo.

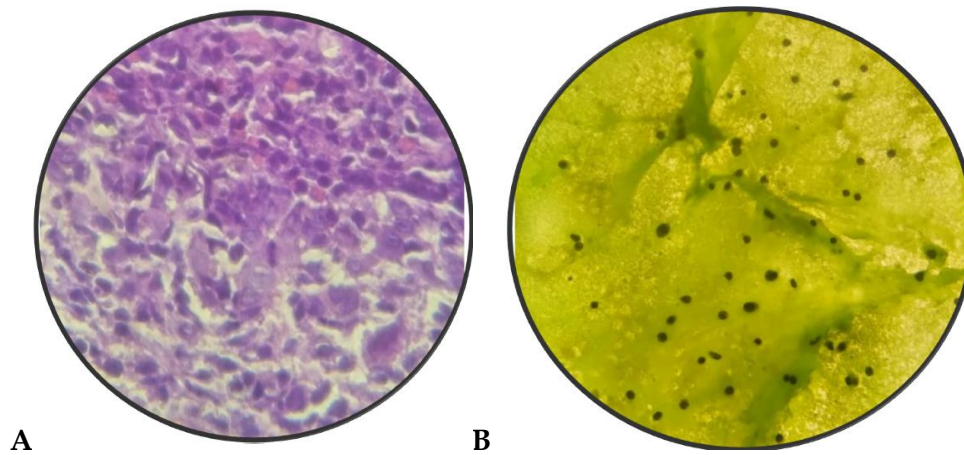
Al examen físico se encontraron signos vitales normales. Presentó múltiples ampollas de color rojizo y forma ovalada, aspecto descamativo, bordes delimitados, de tamaño variable y no exudativos a predominio de los dermatomas cervicales C4 - C5 y lumbares L1 - L5 (Figura 1A y 1B). Además, se observó manchas de color rojo violáceo, simétricas, aspecto pruriginoso, forma redondeada, bordes bien delimitados, tamaño variable, ligeramente elevadas y no exudativas en boca, cuello, brazos y manos. El examen del resto de sistemas no mostró hallazgos significativos.

Se le pide hemograma completo el cual reveló trombocitopenia y leucopenia con neutrofilia relativa, también se le realizó ELISA HIV Ag/Ac obteniéndose resultado positivo. Se le diagnosticó herpes zóster y se inició manejo con Aciclovir, Pregabalina y Cefadroxilo. Se sospecha que la lesión cervical puede ser escrófula por lo que luego de dos días, se le realiza muestra de esputo BAAR, la cual resultó negativa y se le realizó ecografía cervical observándose imágenes ovoideas de baja ecogenicidad más largas que anchas que refieren proceso inflamatorio no diagnóstico.

Luego de 2 semanas de medicación, se le realiza biopsia quirúrgica con examen histopatológico a muestras tomadas del ganglio cervical que miden entre 0,1 - 0,3 cm con hematoxilina-eosina (H-E) y extendido celular coloreado con la técnica de Papanicolau (PAP) encontrando hallazgos sugestivos de neoplasia linfoide maligna (Figura 2A y 2B)



**Figura 1:** Ampollas de color rojizo y forma ovalada de aspecto descamativo en los dermatomas A. lumbares L1 - L5. B. cervicales C4 - C5



**Figura 2:** Examen histopatológico de ganglio cervical. Linfocitos atípicos, pleomórficos de núcleos grandes, hiper cromáticos y de bordes irregulares. A. Coloración Hematoxilina-eosina 40x. B. Coloración Papanicolau 40x.

## Discusión

La infección por VIH se caracteriza por una disminución progresiva de los linfocitos T CD4. Un recuento  $< 350$  células/mm<sup>3</sup>, es decir, a partir del estado clínico 3 de la fase de infección, incrementa la susceptibilidad del individuo a ciertos patógenos, tales como, el virus varicela-zóster (VVZ) (8,9). El VVZ, a medida que disminuye el recuento de linfocitos T CD4 en pacientes con VIH (8,10), produce una aparición temprana de erupciones vesiculares unilaterales con distribución dermatómica debido a la reactivación del VVZ en estado de latencia que se ubica en los ganglios de la raíz dorsal (10,11). A pesar de que el uso de una terapia antirretroviral disminuye la incidencia de reactivación del VVZ; las tasas aún son altas en los pacientes VIH positivos en comparación con la población general (12). Por ello, la reactivación de este virus es un marcador sensible de infección por VIH en pacientes jóvenes (8).

El estado clínico 4 o SIDA, que implica un recuento linfocitario T CD4  $< 200$  células/mm<sup>3</sup>, se manifiesta con el desarrollo de infecciones oportunistas y malignidades relacionadas al VIH <sup>8,9</sup>. Mientras que el recuento  $< 100$  células/mm<sup>3</sup> se ha relacionado con la diseminación sistémica de las infecciones y la presencia de neoplasias definitorias de SIDA, como el LNH (7,9,13).

Los linfomas no Hodgkin (LNH) involucran un grupo diversos de cánceres, de los cuales entre 85 a 90% surgen de los linfocitos B; el resto procede de linfocitos T y linfocitos NK. Este grupo variado de neoplasias por lo general se desarrolla en los ganglios linfáticos; no obstante, puede ocurrir casi en cualquier tejido. Puede presentarse como el linfoma folicular, más indolente; hasta incluso, el linfoma de células B grandes y de Burkitt, más agresivos y de desarrollo difuso (14). Si bien es cierto, el riesgo de desarrollar esta neoplasia está fuertemente asociado a la inmunosupresión severa, puede ser detectada cuando el recuento de linfocitos T CD4 permanece  $> 200$  células/mm<sup>3</sup> (7). Los LNH afectan frecuentemente la cabeza y el cuello (15,16). Storck K et al. identificaron que el linfoma difuso de linfocitos B grandes fue el LNH que afecta con mayor frecuencia esta región, y la linfadenopatía cervical fue la localización más común <sup>15</sup>. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Alli N et al. quienes identificaron a los linfocitos B como origen más frecuente del LNH y la región intraoral como el sitio anatómico más común (16).

En nuestro paciente, debido a la evolución de los signos y síntomas, no fue fácil llegar tempranamente al diagnóstico. A ello se añade que en el Perú existe una alta prevalencia de tuberculosis, por lo que las neoplasias en estadios avanzados suelen confundirse, sobretodo, con tuberculosis extrapulmonar. Dicha confusión se debe a la inespecificidad clínica, por ejemplo, la presencia de lesiones sólidas como es el caso de los granulomas tuberculosos.

Estos factores sumados a la infección por VIH del paciente, nos permiten concluir que los estudios de laboratorio y las biopsias, ayudan a tener un diagnóstico certero en pacientes con cuadro clínico probable de tuberculosis (17).

## Conclusión

La inmunosupresión generada por el VIH produce la reactivación de virus latentes como el virus de varicela-zóster y es una condición de susceptibilidad para el desarrollo de neoplasias como linfomas.

## Referencias bibliográficas

1. Ramos M, Secchin P, Trope B. The life-threatening eruption in HIV and immunosuppression. *Clinics in Dermatology*. 2020; 38: 52–62. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738081X19301907>
2. Ortiz PA. Situación epidemiológica de la epidemia de VIH/SIDA en el Perú a la SE S2- 2019. *Boletín Epidemiológico del Perú*. 2019; 28(52). 1324-1328
3. Saha M, Bhattacharya S. A Brief Overview on HIV Infection, Diagnosis and Treatment. *Current Topics in Medicinal Chemistry*. 2020; 19(30): 2739–2741. doi:10.2174/156802661930200103091335. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31908209/>
4. Ji Y, Lu H. Malignancies in HIV-Infected and AIDS Patients. *Infectious Agents Associated Cancers: Epidemiology and Molecular Biology*. 2017; 167–179. doi: 10.1007/978-981-10-5765-6\_10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29052137/>
5. Yarchoan R, Uldrick TS. HIV-Associated Cancers and Related Diseases. *N Engl J Med*. 2018; 378(11): 1029-1041. doi:10.1056/NEJMra1615896. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6890231/>
6. Noy A. HIV Lymphoma and Burkitts Lymphoma. *Cancer J*. 2020; 26: 260-268. doi: 10.1097/PPO.0000000000000448. Disponible en:

[https://journals.lww.com/journalppo/Abstract/2020/05000/HIV\\_Lymphoma\\_and\\_Burkitts\\_Lymphoma.10.aspx](https://journals.lww.com/journalppo/Abstract/2020/05000/HIV_Lymphoma_and_Burkitts_Lymphoma.10.aspx)

7. Oishi N, Bagán JV, Javier K, Zapater E. Head and Neck Lymphomas in HIV Patients: a Clinical Perspective. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2017; 21(4): 399-407. doi: 10.1055/s-0036-1597825. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/iao/a/HTPpxfCHjtwvLLDwpNqqCpw/?lang=en>

8. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). MINSA. 2018.

9. Melhuish A, Lewthwaite P. Natural history of HIV and AIDS. *Medicine.* 2018; 46(6): 356 – 361. doi: 10.1016/j.mpmed.2018.03.010. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1357303918300744>

10. Gershon A, Breuer J, Cohen J, Cohrs R, Gershon M, Gilden D, et al. Varicella zoster virus infection. *Nature Reviews Disease Primers.* 2015; 1(15016): 1 – 18. doi: 10.1038/nrdp.2015.16. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5381807/>

11. Munawwar A, Singh S. Human Herpesviruses as Copathogens of HIV Infection Their Role in HIV Transmission, and Disease Progression. *Journal of Laboratory Physicians.* 2016; 8(1): 5 – 18. doi: 10.4103/0974-2727.176228. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4785766/>

12. Pomerantz H, Xu X, White J, Sunil T, Deiss R, Ganesan A, et al. Association between quantitative varicella-zoster virus antibody levels and zoster reactivation in HIV-infected persons. *AIDS Res Ther.* 2018; 15(25): 1 – 5. doi: 10.1186/s12981-018-

0212-0. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6288959/>

13. Re A, Cattaneo C, Rossi G. Hiv and Lymphoma: from Epidemiology to Clinical Management. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2019; 11(1): 1 – 17. doi: 10.4084/MJHID.2019.004. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6328036/>

14. Chiu B, Hou N. Epidemiology and Etiology of Non-Hodgkin Lymphoma. *Cancer Treatment and Research.* 2015; 165(1): 1 – 25. doi: 10.1007/978-3-319-13150-4\_1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25655604/>

15. Storck K, Brandstetter M, Keller U, Knopf A. Clinical presentation and characteristics of lymphoma in the head and neck region. *Head Face Med.* 2019; 15(1): 1 – 8. doi: 10.1186/s13005-018-0186-0. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30606206/>

16. Alli N, Meer S. Head and neck lymphomas: A 20-year review in an Oral Pathology Unit, Johannesburg, South Africa, a country with the highest global incidence of HIV/AIDS. *Oral Oncol.* 2017; 67: 17 – 23. doi: 10.1016/j.oraloncology.2017.01.011. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1368837517300192>

17. Villena R, Vicente W, Taxa L, Cuéllar L. Tuberculosis que imita cáncer: casos derivados al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú. *Rev. perú. med. exp. salud pública.* 2018; 35 (1): 77 - 83. doi: 10.17843/rpmesp.2018.351.3602. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342018000100013&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000100013&lng=es).

Citar como: Floriano MA, García JM, Eustaquio JP, Flores GF, Guevara BA, Gutiérrez MA, Guzmán AO, Peña C. Infección por VIH asociado a linfoma y herpes zóster: Reporte de caso. *Rev méd Trujillo* 2021;16(3):228-233