

## **MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LA HEPATITIS C**

*Dra Doraiquis Lázara Acosta Medina<sup>1</sup>, Dr. Israel Alfonso Trujillo<sup>2</sup>, Lic. Maira Caridad Grillo Fernández<sup>3</sup>, Lic. Gloria María Acosta Medina<sup>4</sup>.*

1. Especialista de I grado en MGI y Dermatología. Master en Bioenergética y Medicina Natural. Profesor Instructor
2. Especialista de II grado en Dermatología. Master en Enfermedades Infecciosas.
3. Licenciada en Biología. Profesor Asistente.
4. Licenciada en Tecnología de la Salud. Profesor Instructor

### **RESUMEN**

El virus de la hepatitis C, es una causa muy importante de hepatitis tanto aguda como crónica y es un gran problema de salud, ya que puede evolucionar a la cirrosis y al carcinoma hepatocelular. La mayoría de los pacientes con infección tanto aguda como crónica son asintomáticos y son las manifestaciones extrahepáticas, a menudo las primeras pistas de esta infección. Teniendo en cuenta estos aspectos se realiza una revisión bibliográfica acerca de las manifestaciones cutáneas de la hepatitis C, consultando para ello, la bibliografía disponible en nuestros centros de salud, así como la encontrada en la biblioteca virtual de salud.

Palabras clave: Hepatitis C, Fibrosis

Descriptores DeCS: **HEPATITIS C; FIBROSIS; CARCINOMA HEPATOCELULAR**

### **INTRODUCCIÓN**

La distribución del virus de la hepatitis C es mundial, se ha observado que la infección se presenta indistintamente en uno y otro sexo, sin distinción de razas, manifestándose mayormente en el grupo de 30-49 años. <sup>1-4</sup>

En relación con la posible vía de adquisición de la infección, además del factor de riesgo fundamental que constituye la transfusión de sangre, lo es también, una intervención quirúrgica; es sabido que cualquier proceder parenteral, operación, etc., donde se utilice algún instrumental contaminado puede ser la fuente de infección.<sup>5</sup>

Otra vía de transmisión es la sexual. Un estudio realizado por Thomas y otros demostró que es más importante la transmisión del virus de la hepatitis C del hombre hacia la pareja femenina (10 %), que viceversa (3 %); esto supone que la mayor reserva viral está en este sexo, y que ocurra la transmisión durante las relaciones sexuales.<sup>1,6,7</sup> mientras que otros plantean que esta vía es poco eficaz<sup>8</sup>

La hemodiálisis es considerada otra ruta iatrogénica de transmisión

Los tatuajes, perforaciones, escarificaciones y acupuntura han sido señaladas como posibles factores de riesgo, por el uso de equipos o instrumentales contaminados. Esta vía de transmisión es rara<sup>9</sup>

La hepatitis C se distingue por su persistencia, con evolución a formas crónicas de la enfermedad en más del 80% de los casos<sup>10</sup>

La mayoría de las hepatitis C son asintomáticas y son las manifestaciones extrahepáticas, a menudo las primeras pistas de esta infección<sup>11</sup>

Entre estas manifestaciones tenemos las dermatológicas, neurológicas, las complicaciones renales y reumatológicas.<sup>1,12</sup>

Teniendo en cuenta que el virus de la hepatitis C es un problema de salud pública muy importante porque causa la hepatitis crónica, la cirrosis, y el carcinoma hepatocelular, nos disponemos a revisar las diferentes manifestaciones dermatológicas causadas por el virus de la hepatitis C, con el fin de poder identificarlas para el diagnóstico de esta patología

## **DESARROLLO**

Las manifestaciones cutáneas del virus de la hepatitis C son numerosas y las causas de ellas se relacionan con la naturaleza del virus, la forma de infección y las respuestas del huésped contra él, entre estas manifestaciones tenemos:

**Ictero:** es la coloración amarilla de piel y mucosas, producidas por la retención de pigmentos biliares, bilirrubina y sus conjugados. El íctero se presenta en menos del 25 % de los casos.<sup>7</sup>

**Prurito:** Es una sensación desagradable en la piel, que provoca el deseo de rascarse, en estos pacientes aparece en manos y pies y posteriormente se extiende a cualquier zona<sup>13-15</sup>

Eritema palmar: Coloración rosada, a veces rosado violáceo, de las palmas, tiene dos variedades clínicas una en la que afecta toda la palma, dorso de las manos o dedos y otra en la que se encuentra bien delimitado a la eminencia hipotenar<sup>15</sup>

Liquen plano: Es una enfermedad inflamatoria de la piel y membranas mucosas, caracterizadas por pápulas poligonales, aplanadas, brillantes, que pueden inicialmente ser de color rojizo y posteriormente se van haciendo violáceas y en su superficie aparecen las estrías de Wickham, son de tamaño variable pueden confluir formando placas, tienen predilección por las superficies flexoras y el tronco, de forma bilateral y simétrica

En el 50 al 60 % de los pacientes aparecen lesiones mucosas dadas por un fino reticulado blanco grisáceo o pápulas blancas, las que son afectadas con mayor frecuencia son la mucosa bucal y genital

Su causa es desconocida, pero se han propuesto diversas teorías como la infección viral, dentro de los que se menciona el virus de la hepatitis C o la infección bacteriana, como posibles agentes desencadenantes y la influencia de factores neurógenos, alteraciones de la respuesta inmune mediada por células y factores genéticos<sup>16-20</sup>

Crioglobulinemia: se ha planteado una asociación entre el virus de la hepatitis C y la crioglobulinemia y se considera que el propio virus C y las inmunoglobulinas producidas en respuesta al mismo son los constituyentes principales de las crioglobulinas. Sin embargo, no se ha podido demostrar que esos inmunocomplejos circulantes desempeñen un papel patogénico en la crioglobulinemia, ya que ni en las lesiones renales ni en las vasculares características de esta entidad se ha encontrado el antígeno viral

La crioglobulinemia que se asocia a la hepatitis C es la mixta de tipo II y III, sus principales hallazgos clínicos son: la púrpura palpable a nivel distal, la poliartralgias, la enfermedad renal, la úlcera en miembros inferiores y la neuropatía periférica. <sup>12</sup>

Urticaria vasculitis: se manifiesta en forma de áreas eritematosas, bien definida y en ocasiones induradas, otras manifestaciones incluyen angioedema, eritema macular, focos de púrpura en las ronchas, livedo reticular, nódulos y ampollas, las lesiones pueden desaparecer antes de las 24 horas pero pueden persistir de 3 a 5 días, estas lesiones son pruriginosas y se asocian a sensación de ardor o dolor, por lo general remiten sin dejar secuelas, aunque en algunos casos dejan áreas de hiperpigmentación <sup>21</sup>

Eritema nudoso: Es una reacción de hipersensibilidad a diferentes causas como infecciones, enfermedades sistémicas, medicamentos, y se habla de casos idiopáticos.

Comienza como nódulos rojos, tensos y dolorosos, que duran de forma individual

aproximadamente 2 semanas, pero ocasionalmente, nuevas lesiones continúan apareciendo entre 3 y 6 semanas, las lesiones cambian el color en la segunda semana del rojo brillante a un color azulado o lívido y posteriormente a un color amarillento, característicamente, las lesiones se localizan en la región anterior de la pierna.

Se acompaña de artralgia en más del 50 % de los pacientes y empieza durante la fase de eruptiva o precede a la erupción. Los tobillos, rodillas, y muñeca son afectados más comúnmente.<sup>22</sup>

Eritema multiforme: La lesión inicial es una de mácula o pápula urticarial roja crece ligeramente hasta alcanzar un tamaño máximo de 2 centímetros. En el centro, una pápula pequeña, vesícula, o bulla se desarrolla, se aplanan, y luego podrían aclararse. El centro se aclara y la periferia cambia gradualmente para hacerse cianótica o violáceo, formando la típica lesión en diana.

Las lesiones aparecen en las superficies de extensión de las extremidades, con localización acral, y simétricas, predominantemente y se extienden centripetalmente.

Las palmas, el cuello y la cara están frecuentemente involucrados.

La participación de las mucosas está presente en no menos del 70 % de pacientes con eritema multiforme. Las lesiones orales son las más comunes aunque también pueden participar los ojos y áreas genitales, y curan sin dejar secuelas generalmente.

La participación de mucosas con pocas o ningunas lesiones de piel también puede ser vista.<sup>23,24</sup>

Síndrome de Behcet: Los síntomas constituyen los criterios con los cuales se realiza el diagnóstico de este desorden.

Criterios para el diagnóstico del síndrome de Behcet (comité japonés 1982).

Criterios mayores:

- Aftas orales
- Lesión cutánea
- Lesión ocular
- Úlceras genitales

Criterios menores:

- Artritis
- Lesiones gastrointestinales
- Epididimitis
- Lesión vascular

## Lesión del sistema nervioso central

Se exigen la presencia de los 4 criterios mayores en algún momento de la evolución para el diagnóstico del síndrome completo y de 3 mayores o 2 mayores y 3 menores para el diagnóstico incompleto de la enfermedad.

Las aftas pueden ser o no poco profundas y tener una base necrótica central y amarillenta que curan sin dejar cicatrices.

Los sitios más comunes en los que aparecen son la lengua, los labios, mucosa bucal, y gingival, las amígdalas y el paladar son sitios menos comunes.

Las úlceras genitales se parecen a sus homólogas orales pero podrían ser más grande y dejar una cicatriz. En varones las úlceras ocurren sobre el escroto generalmente, pene e ingle.

En mujeres, ocurren sobre la vulva, vagina, ingle y cuello del útero.

Las úlceras también han sido encontradas en el orificio de uretral y el área de perianal.

## Manifestaciones Cutáneas del Síndrome de Behcet

Gran variedad de lesiones en piel podrían aparecer en estos pacientes incluyendo lo siguiente: eritema nudoso, las erupciones papulopustulares, eritema multiforme, tromboflebitis, vasculitis necrotizante, pioderma gangrenoso y la presencia de patergia <sup>25</sup>

Porfiria cutánea tarda (PCT): La exposición a virus de la hepatitis, A, B, o C ha sido relacionado con PCT. La hepatitis C parece ser la infección viral más comúnmente asociada.<sup>26</sup>

El signo más común de la porfiria cutánea tarda es la fragilidad de la piel, después de traumas mecánicos, aparecen erosiones y bulas típicamente sobre manos y antebrazos y ocasionalmente sobre cara o pies. La cicatrización puede dejar quistes de milium, manchas hiperpigmentadas, y cicatrices atróficas hipopigmentadas.

La hipertrichosis se observa a menudo en áreas temporales y malares, también podrían involucrar brazos y piernas.

También placas induradas y amarillentas esclerodermiformes pueden desarrollarse sobre el pecho y la espalda, pero son más prominentes en la región preauricular.<sup>27</sup>

Granuloma Anular generalizado: Es una afección asintomática con la formación de cientos incluso miles de pápulas dérmicas de 1 a 2mm, del color de la piel en cualquier localización cutánea, pueden agruparse y formar pequeñas placas anulares.<sup>28</sup>

Poroqueratosis : El tipo superficial diseminado, ha sido relacionado con la infección por el virus de la hepatitis C, la lesión se presenta como una placa irregular, pero bien demarcada con un centro levemente atrófico y pigmentado, un hecho característico es la presencia del borde con una discreta inclinación en el lado interno, en las formas superficiales diseminadas las lesiones pueden aparecer tanto en áreas expuestas como no expuestas.<sup>29;30</sup>

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que por ser casi siempre asintomática la infección por el virus de la hepatitis C, y manifestarse en numerosas ocasiones por cuadros extrahepáticos, es necesario conocer las manifestaciones cutáneas relacionadas con esta enfermedad, para su diagnóstico oportuno

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés Moreno J, Rodríguez del Rey Piña OG, Cardellá Rosales L. Hepatitis C II: principales vías de transmisión e influencia de la edad y el sexo en la infección por el virus de la hepatitis C en 160 pacientes seropositivos. Rev Cubana Invest Biomed (periódica en línea). 2004; 23 (4). Acceso: 22/4/2008 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403002004000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002004000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Alter MJ, Kruszon-Moran D, Nainan OV, McQuillan GM, Gao F, Moyer LA, et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994. N Engl J Med 1999; 341 (8):556-62.
3. Nakashima K, Ikematsu H, Hayashi J, Kishihara Y, Mutsutake A, Kashiwagi S. Intrafamilial transmission of hepatitis-C virus among the population of an endemic area of Japan. JAMA. 1995; 274 (18):1459-61.
4. Osella AR, Misciagna G, Leone A, Di Leo A, Fiore G. Epidemiology of hepatitis C virus infection in an area of Southern Italy. J Hepatol 1997; 27 (1):30-5.
5. Neninger Vinageras E, Velbes Marquetti P, Castillo Carrillo C del. Incidencia de infección por el virus de la hepatitis B y C. Rev Cubana Med (periódica en línea). 2001; 40 (1). Acceso: 22/4/2008. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol40\\_1\\_01/med04101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol40_1_01/med04101.htm)
6. Thomas DL, Factor SH. Viral hepatitis in health care personnel at the Johns Hopkins Hospital. Arch Intern Med 1993; 153:1705-12.
7. Arús Soler E, Rivera Reimón L, Infante Velázquez M, Pérez Lorenzo M, Soto Arguelles G, Gira Oramas B, et al. Tratamiento de la hepatitis viral aguda c con interferón alfa 2b recombinante: ensayo clínico. Rev Cubana Med (periódica en línea). 2000; 39 (1). Acceso: 22/4/2008 Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39\\_1\\_00/med04100.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39_1_00/med04100.htm)
8. Memon MI, Memon MA. Hepatitis C: an epidemiological review. J Viral Hepat 2002; 9: 84-100.

9. Coates S, Choo Q, Kuog G. Hepatitis C. En: Cuadros CA de. Prevención de enfermedades y protección de salud. Washington, DC: OPS; 2004.p. 164-70 (Publicación Científica No. 596).
10. *Rodríguez Gardón I.* Hepatitis C: estructura viral y epidemiología. Revista de Ciencias Médicas La Habana (periódica en línea). 2005; 11 (1). Acceso: 22/4/2008. Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol11\\_1\\_05/hab07105.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol11_1_05/hab07105.htm)
11. Sterling RK, Bralow S. Extrahepatic manifestations of hepatitis C virus. *Curr Gastroenterol Rep* 2006; 8(1):53-9.
12. Rousseau G, Collazo L, García W. Perfil inmunológico de pacientes portadores de hepatitis C: estudio preliminar. *Rev Cubana Med* (periódica en línea). 2000; 39 (2): 101-5.
13. Cacoub P, Poynard T, Ghillani P, Charlotte F, Olivi M, Piette JC, et al. Extrahepatic manifestations of chronic hepatitis C. *Arthritis Rheum* 1999; 42(10):2204-12.
14. Yosipovitch MD. Diagnóstico y tratamiento del prurito idiopático generalizado. *Dermatología y Dermatocósmética*. 2000; 38: 82-8.
15. Tolic A, Orlandi C, Anci X. Hígado y piel. Series clínicas. 1988; 2: 131-42.
16. Alfonso S. Capítulo 5 Liquen plano, urticaria y enfermedades por medicamentos. En: Manzur J. *Dermatología*. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p.84-94.
17. Nagao Y, Sata M, Kage M, Kameyama T, Ueno T. Histopathological and immunohistochemical study of oral lichen planus-associated HCV infection. *Eur J Intern Med* 2000; 11(5):277-282.
18. Nagao Y, Sata M, Fukuizumi K, Ryu F, Ueno T. High incidence of oral lichen planus in an HCV hyperendemic area. *Gastroenterology*. 2000; 119 (3): 882-3.
19. Mignogna MD, Lo Muzio L, Lo Russo L, Fedele S, Ruoppo E, Bucci E. Oral lichen planus: different clinical features in HCV-positive and HCV-negative patients. *Int J Dermatol* 2000; 39 (2):134-9.
20. Maticic M. Lichen planus in hepatitis C virus infection: an early marker that may save lives. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* 2007; 16 (1):3-6.
21. Hamid S, Cruz PD JR, Lee WM. Urticarial vasculitis caused by hepatitis C virus infection: response to interferon alfa therapy. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39 (2 Pt 1):278-80.
22. Ryan TJ, Wilkinson DS. Vasculitis cutaneas: angeitis. En: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL. *Tratado de dermatología*. Barcelona: Doyma; 1989.p.1265-74.
23. Ritsch PO, Ruiz Maldonado R, Erythema multiforme Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. En: Freedberg IM, Irwin M, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, et al, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 6 ed. New York: McGraw-Hill; 2003.p. 543-57.
24. Eston W, Orchard D. Erythema multiforme Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis. En: Schachner LA, Hansen RC, Happle R, Krafchik BR, Lucky AW, Paller AS, et al, editors. *Pediatric dermatology*. 3 ed. Edinburgh: Mosby; 2003.p. 809-14.
25. Lavallo Montalvo C. *Reumatología clínica*. México, DF: Limusa; 1990.
26. Linde Y, Harper P, Floderus Y, Ros AM. The prevalence of hepatitis C in patients with porphyria cutanea tarda in Stockholm, Sweden. *Acta Derm Venereol* 2005; 85 (2):164-6.

27. Epstein JH, Tuffanelli DL, Epstein WL. Cutaneous changes in the porphyrias. A microscopic study. Arch Dermatol 1973; 107 (5): 689-98.
28. Granel B, Serratrice J, Rey J, Bouvier C, Weiller-Merli C, Disdier P, et al. Chronic hepatitis C virus infection associated with a generalized granuloma annulare. J Am Acad Dermatol 2000; 43 (5 Pt 2): 918-9.
29. LLancapi P, Aguilera M, Palva M. Poroqueratosis. Rev Chilena de Dermatol .1999; 15 (2): 75-9.
30. Kono T, Kobayashi H, Ishii M, Nishiguchi S, Taniguchi S. Synchronous development of disseminated superficial porokeratosis and hepatitis C virus-related hepatocellular carcinoma. J Am Acad Dermatol 2000; 43 (5 Pt 2):966-8.

## **SUMMARY**

The Hepatitis C virus is a major cause of both acute and chronic hepatitis and is a major health problem because it can evolve to cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Most patients with both acute and chronic infection are asymptomatic and extrahepatic manifestations are often the first clues of this infection. Considering these aspects a literature review of the cutaneous manifestations of hepatitis C is carried out, referring to this, the literature available in our health centers as well as that found in the Virtual Health Library

Subjects Headings: **HEPATITIS C; FIBROSIS; CARCINOMA, HEPATOCELLULAR**

Dra Doraiquis Lázara Acosta Medina

E-mail: [dacosta@infomed.sld.cu](mailto:dacosta@infomed.sld.cu)