



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina

Año 2021

Trabajo Final de Carrera

La importancia del conocimiento de las manifestaciones cutáneas prevalentes en pacientes VIH positivo para el diagnóstico temprano de la enfermedad.

The importance of knowledge of the cutaneous manifestations prevalent in HIV positive patients for early diagnosis of the disease.

Alumno:

Guerrero Poscai, Nathalia

Nathalia.guerrerosposcai@alumnos.uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

Tutor:

Laube, Gerardo E.

Gerardo.laube@uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

La importancia del conocimiento de las manifestaciones cutáneas prevalentes en pacientes VIH positivo para el diagnóstico temprano de la enfermedad.

The importance of knowledge of the cutaneous manifestations prevalent in HIV positive patients for early diagnosis of the disease.

Autores: Guerrero Poscai, Nathalia; Laube, Gerardo E.

Resumen

Introducción: Se reconoce que las manifestaciones cutáneas en pacientes infectados por VIH/SIDA es muy frecuente a lo largo de la enfermedad, se estima que 90% de estos pacientes presentarán algún tipo de manifestaciones en la piel. Por lo tanto, es de suma importancia su conocimiento. En la presente revisión se estudiarán las manifestaciones cutáneas precoces prevalentes que suelen afectar a pacientes infectados por VIH, en donde se puede observar patologías exclusivas de la enfermedad o dermatopatías comunes. Estas manifestaciones deben de ser reconocidas por los médicos y personal de la salud, ya que son importantes para el control y manejo de la enfermedad, así como su repercusión en la calidad de vida del paciente, su relación con el estadio de la infección por el virus, el grado de inmunodeficiencia del paciente, y su resistencia a los tratamientos habituales. Con el objetivo de analizar todas estas variables, como factores de riesgo, estadios de la enfermedad, presencia de tratamiento antirretroviral, antecedentes y profilaxis, además de describir las afecciones dermatológicas presentes en esta población que para mejor estudio y comprensión, se clasificará dichas entidades dermatológicas en infecciosas, neoplásicas y no infecciosas. **Material y métodos:** Mediante búsquedas sistemáticas de la literatura en la base de datos de Pubmed, se seleccionó 9 estudios entre enero de 1989 y diciembre de 2020, sin distinción de idiomas. Se realizó una síntesis de los resultados encontrados, identificando las manifestaciones dermatológicas infecciosas, no infecciosas y neoplásicas prevalentes en pacientes con el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida. **Resultados:** El VIH presenta inúmeras manifestaciones dermatológicas incluyendo piel, mucosas y anexos, aproximadamente 90% de los pacientes infectados van a presentar dos o más manifestaciones cutáneas, estas lesiones pueden ser debido a la enfermedad del paciente, considerando su inmunodeficiencia. **Conclusión:** Tener conocimiento de la prevalencia e incidencia de cada enfermedad que puede manifestarse en la piel es de suma importancia, una vez que puede ayudar en el diagnóstico precoz y tratamiento.

Palabras claves: Síndrome Inmunodeficiencia adquirida; HIV infección; Infecciones oportunistas, enfermedades de la piel, manifestaciones cutáneas; Aids – relatos de infecciones oportunistas.

Abstract

Background: It is recognizable that the cutaneous manifestations in patients infected with HIV/AIDS are very common during the disease. It is estimated that between 80-90% of these patients already had some type of this manifestation on the skin. Therefore, the knowledge is of utmost importance. In this review we will study the prevalent early cutaneous manifestations that can affect HIV-infected patients, where it is possible to observe exclusive pathologies of the disease or common skin disorders. These manifestations must be known by doctors and health agents, since they are important for the control and management of the disease as well as the impact on the patient's quality of life, its relationship with the stage of the virus infection, the degree of immunodeficiency of the patient and their resistance to the usual treatments. In order to analyze all these variables, such as risk factors, disease stages, presence of antiretroviral treatment, background and prophylaxis, in addition to describing the dermatological disorders present in this population, which for better study and understanding, these dermatological entities will be classified in infectious, neoplasia and non-infectious. **Material and methods:** Through systematic searches of the literature in the database of pubmed, 9 studies between January 1989 and December 2020 were selected, without distinction between languages. A synthesis of the results found

were carried out identifying the dermatological manifestation as infectious, non-infectious and neoplasia prevalent in patients with the immunodeficiency virus acquired from humans. **Results:** HIV has countless dermatological manifestations including skin, mucous membranes and annexes, approximately 90% of infected patients will have two or more skin manifestations, these lesions may be due to the patient's disease, considering their immunodeficiency.

Conclusion: Being aware of the prevalence and incidence of each disease that can develop on the skin is of paramount importance once it can aid in early diagnosis and treatment.

Keywords: Acquired immunodeficiency syndrome; Hiv infections; Opportunistic infections; Skin diseases; Cutaneous manifestations; Aids – related opportunistic infections.

INTRODUCCIÓN

El SIDA es una enfermedad infectocontagiosa, producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), de evolución crónica y de comienzo agudo con o sin manifestaciones clínicas (primoinfección), que genera un deterioro progresivo e irreversible de la inmunidad celular, que predispone a padecer infecciones oportunistas y tumores. Es un virus de la familia de los retrovirus, subfamilia de los lentivirus, compuestos por ARN de cadena positiva, con envoltura.

Se conoce dos subtipos: el VIH-1, que es el más común y de distribución mundial, y es el que fue designado como el virus de la inmunodeficiencia humana por el Comité Internacional de Taxonomía Viral HIV. A su vez, el VIH-2 es una variante menos virulenta y endémica en África Occidental y Central (1).

Las vías de contagio de estos retrovirus incluyen relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas, la adicción a drogas por vía intravenosa compartiendo agujas y jeringas contaminadas, la transfusión de hemoderivados contaminados y la transmisión vertical de la madre infectada al feto.

Según datos de la OMS, al cierre de 2017, 36,7 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, y solo 53% de este número estaba recibiendo tratamiento con antirretrovirales. En Argentina, según la Secretaría de Gobierno de Salud, se estiman 139 mil personas infectadas por VIH en 2018, en el cual 59 mil personas se encontraban en tratamiento con antirretrovirales en el subsistema público de salud hasta diciembre de 2019.

Las manifestaciones dermatológicas no ocurren solamente debido a la disminución de los Linfocitos T CD4, sino que también a una disminución marcada en el número de células de Langerhans, células dendríticas dérmicas, LTCD4 de memoria, células NK, monocitos y macrófagos (1). Mientras que el cambio de las citoquinas de T helper 1 (Th1) a Th2 puede explicar la aparición de formas atípicas, exacerbadas y resistentes de distintas enfermedades, a medida

que el número de células Th1 disminuye por debajo de 250 células/mm³, hay un aumento en la incidencia de infecciones oportunistas. Además, el aumento de las citoquinas como el IFN y el IFN α y la disminución de las IL-1 y 2. Todos los órganos linfoides y los sistemas macrofágicos celulares son alcanzados por el HIV desde los primeros estadios de la infección (1), eso hace con que dichos órganos se transforman en grandes reservorios del virus en el organismo, incluyendo a los SALT que son tejidos linfoides asociados a piel. Por lo tanto, se considera que la debilidad del sistema inmune cutáneo, que puede estar presente en fases precoces de la enfermedad, es responsable de la frecuente aparición de afecciones dermatológicas infecciosas y no infecciosas, incluso antes de establecerse la inmunodeficiencia general.

Las manifestaciones dermatológicas constituyen los primeros signos de muchas enfermedades sistémicas y nos ayudan a evaluar la progresión de la inmunodeficiencia, además de generalmente ser los primeros signos de alarma que el paciente presente síndrome de la inmunodeficiencia humana (SIDA).

La motivación para escribir a este artículo fue el interés particular en conocer y estudiar la dermatología en conjunto con la infectología. Teniendo en cuenta, que aún en los días actuales, el VIH es un problema de salud pública, debido a los altos números de personas infectadas, su diagnóstico tardío y el bajo número de personas recibiendo tratamiento y seguimiento correcto de la enfermedad (menos de 50%), se establece que sea de suma importancia que el profesional de salud tenga conocimiento de la prevalencia e incidencia de las principales manifestaciones de la enfermedad en la piel, ya que con eso sería posible sospechar ante cualquier duda de una serología positiva, y de esta manera pedir los estudios correspondientes para realizar un diagnóstico temprano y el tratamiento de manera adecuada.

MATERIALES Y MÉTODOS

La pesquisa tratase de una revisión sistemática de la literatura, de carácter cualitativo, con técnicas descriptivas y análisis de datos, realizada en la plataforma *Pubmed* durante el año de 2020. Fueron seleccionados 33 artículos entre el 1 de enero de 1989 y 31 de diciembre de 2020 (últimos 31 años), sin restricción de idioma, teniendo como objetivo identificar y describir a las lesiones prevalentes que afectan la piel en los pacientes VIH descritas en los artículos publicados hasta la actualidad, para que sea posible demostrar la importancia del conocimiento de dichas manifestaciones en el ámbito clínico, además de determinar cuándo puede ser necesario la sospecha de una inmunodeficiencia y solicitar los estudios que corresponden.

Los términos MeSH relacionados al tema para la pesquisa fueron Acquired immunodeficiency syndrome; Hiv infections; Opportunistic infections; Skin diseases; Cutaneous manifestations; Aids – related opportunistic infections, utilizando el operador lógico o término booleano ``AND``. Además, se buscó informaciones relevantes en documentos de la Secretaria de Gobierno de Salud de Argentina y de la OMS.

Una vez evaluados los 33 artículos disponibles, se seleccionó a los de mayor interés y relevancia para la realización de esta pesquisa. Según los criterios de inclusión, fueron incluidos textos completos, en inglés, español y portugués, que relacionan pacientes VIH con sus manifestaciones dermatológicas más prevalentes y la evaluación de las diferencias de prevalencias según el valor de Linfocitos T CD4 que presente el paciente. Fueron excluidos a los artículos que no hacían la correlación entre lesiones cutáneas y VIH, los estudios realizados en una determinada región geográfica en específico y también a los pacientes pediátricos. ***La tabla-1 a seguir, muestra con más detalles a los artículos seleccionados.***

Referencia	Título	Autor	País	Año del estudio	Objetivo
PMID: 25860154	Dermatologic manifestations associated with HIV/AIDS	Navarrete-Dechent C	Chile	2015	Las manifestaciones cutáneas ocurren en cerca de 95% de los pacientes con VIH, en el cual deben ser reconocidas por profesionales de la salud responsables por el tratamiento y seguimientos de los pacientes
PMID: 1434871.	Dermatologic manifestations of human immunodeficiency virus infection.	Zalla MJ	EUA	1992	Las manifestaciones cutáneas aparecen en cerca de 92% de los pacientes. El conocimiento de dichas manifestaciones facilita el diagnóstico temprano y potencializa el tratamiento de los pacientes infectados por el VIH.
PMID: 8422108.	Cutaneous manifestations of histoplasmosis in the acquired immune deficiency syndrome.	Eidbo J	EUA	1993	Clínica, patogenia e histología de las manifestaciones cutáneas causadas por Histoplasma
PMID: 8179447.	Disseminated cutaneous cryptococcosis. Comparison of clinical manifestations in the pre-AIDS and AIDS eras.	Pema K	EUA	1994	Revisión sistemática de la literatura que habla a respecto de las manifestaciones cutáneas de la criptococosis en pacientes con AIDS en comparación a lesiones de Molusco Contagiosos y Sarcoma de Kaposi.
PMID: 2212140.	Cutaneous lesions of disseminated histoplasmosis in human immunodeficiency virus-infected patients.	Cohen PR	EUA	1990	Características cutáneas de la histoplasmosis diseminada asociada al VIH.
PMID: 14700213	Cutaneous histoplasmosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome	Rosenberg JD	EUA	2003	Comprender como se manifiesta, como diagnosticar y tratar a la histoplasmosis en pacientes VIH positivo. Reporte de caso.
PMID: 8305299	Cutaneous manifestations of mycobacterial infection in patients with AIDS	Inwald D	GBR	1994	Reporte de 3 casos de manifestaciones cutáneas causadas por micobacterias.
PMID: 9927827	Disseminated cutaneous sporotrichosis as the initial manifestation of acquired immunodeficiency syndrome--case report	Neto Rda J	Brasil	1999	Reporte de caso de paciente VIH-positivo infectado por Sporothrix schenckii.
PMID: 1448503	Primary cutaneous cryptococcosis as the presenting manifestation of AIDS.	Song IC	EUA	1992	Reporte de caso de lesiones cutánea causadas por C.neoformans en paciente VIH positivo. Clínica, diagnóstico y tratamiento.

Para una mejor comprensión, se seleccionó las enfermedades prevalentes y de mayor expresión, dividiéndolas en manifestaciones infecciosas, que a su vez está dividida según su etiología (bacteriana, viral, parasitaria y micótica) y no-infecciosas, divididas en inflamatorias y neoplásicas. **La tabla-2 a seguir muestra con más detalles a las enfermedades seleccionadas, prevalentes en pacientes VIH.**

Manifestaciones cutáneas prevalentes em pacientes VIH.	
Infecciosas	
Bacterianas: Staphylococcus aureus	
Mycobacteria	
Sífilis	
Micóticas: Candidiasis	
Sistémicas - cryptococosis, histoplasmosis, esporotricosis	
Virales: Herpes simples virus	
Varicela zoster	
Molusco contagioso	
Parasitarias: Leishmaniosis cutánea	
Escabiosis	
No-infecciosas	
Inflamatorias: Dermatitis seborréica	
Prurito	
Neoplásicas: Sarcoma de Kaposi	
Linfomas	

RESULTADOS

Tras analizar a los títulos y resúmenes de cada artículo, y eliminar a los artículos que no eran relacionados al tema. Se seleccionó 9 artículos. De los artículos seleccionados, sólo 2 artículos (1,2) hablaron de las manifestaciones cutáneas infecciosas y no infecciosas, mientras que en los 8 artículos restantes fueron abordados solamente temas de manifestaciones infecciosas (3,4,5,6,7,8,9).

Como resultado, las manifestaciones infecciosas que más afectan a los pacientes VIH-positivo y que pueden presentarse como manifestación inicial para la síndrome de la inmunodeficiencia adquirida son las infecciones causadas por S.aureus, Micobacterias, Sífilis, Candidiasis, Sistémicas (Esporitricosis, Criptococosis, Histoplasmosis), HSV, VVZ, Molusco contagioso, Leishmaniosis, Escabiosis. Mientras, las manifestaciones no-infecciosas prevalentes fueron la Dermatitis seborreica, Prurito, Sarcoma de Kaposi y Linfomas. Tener conocimiento de las manifestaciones más frecuentes es de suma importancia para orientar al profesional de salud a un diagnóstico temprano del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, como también al tratamiento oportuno de la enfermedad.

Según demuestra los estudios, lesiones cutáneas causadas por **S.aureus** fueron encontradas en 8,2% de los pacientes, con un índice de recidiva de hasta 45%. Ya Zalla MJ, concluyó que hasta 50% de los pacientes VIH positivos pueden presentar lesiones causadas por la misma bacteria, se manifestando de distintas formas como impétigo, foliculitis, celulitis, ectimia, abscesos y úlceras.

De las manifestaciones causadas por **Micobacterias**, Navarrete-Dechent C concluyó que 1-3% de los pacientes presentaron TBC cutánea, mientras que según Zalla MJ, aproximadamente 10% de los pacientes VIH-positivo presentaron lesiones cutáneas.

Zalla MJ, también concluyó que es común la asociación del VIH con la **Sífilis**, y Navarrete-Dechent C cuantificó esta asociación como 25% de estos pacientes manifestaron algún tipo de lesión cutánea.

Candidiasis fue la manifestación dermatológica más frecuente, apareciendo en 90% de los pacientes según Navarrete-Dechent C, y 50% de los pacientes según Zalla MJ.

Las manifestaciones cutáneas causadas por **micosis sistémicas** aparecieron en más artículos, fueron 10 en el total (1,2,3,4,5,6,7,9). Navarrete-Dechent C concluyó que 10% de los pacientes con criptococosis y 5% con histoplasmosis y VIH presentaron lesiones cutáneas, en zonas endémicas de la enfermedad pueden afectar hasta 27% de los pacientes. Zalla MJ, dijo que, de los pacientes con VIH positivo, 10-15% infectados por criptococosis van a presentar manifestaciones cutáneas, 11% por histoplasmosis, mientras que las manifestaciones dermatológicas causadas en la esporotricosis con raras. Pema K comparó la llamada Era-Pré AIDS, concluyendo que 10-20% de los pacientes seropositivos manifestaron lesiones cutáneas causadas por criptococosis, mientras que en la Era-AIDS, 1,9-9% de los pacientes manifestaron lesiones en la piel. En los estudios de Rosenberg JD, 11% de los pacientes VIH positivo presentaron algún tipo de lesión cutánea causada por histoplasmosis. Neto Rda J, observó lesiones atípicas y exacerbadas causadas por esporotricosis en pacientes seropositivas, sin embargo, son lesiones incommunes.

unes. En los estudios de Song IC, concluyó que 10-15% de los pacientes VIH infectados por C.neoformans van a presentar lesiones cutáneas.

En los pacientes VIH, las lesiones por **Herpes Simple Virus** fueron exacerbadas, atípicas y resistentes a los tratamientos comunes (1). Según los estudios de Zalla MJ, 27% de los pacientes con VIH presentaron lesiones cutáneas por el HSV.

Varicela Zoster estuvo presente en 2 de los artículos seleccionados, afectando 3-4% de los pacientes según Zalla MJ, mientras que Navarrete-Dechent C concluyó que los episodios de reactivación del VVZ ocurrió cerca de 10% más en comparación a los pacientes VIH negativos.

Molusco contagioso afectó aproximadamente 10-20% de los pacientes según Navarrete-Dechent C, mientras que Zalla MJ concluyó que puede afectar cerca de 8-15% de los pacientes con VIH.

El **exantema agudo** causado por el VIH fue descrito en el artículo de Zalla MJ y se encontró presente en cerca de 2/3 de la población como manifestación de un síndrome retroviral aguda, cerca de 30-50% de los pacientes.

Manifestaciones cutáneas causadas por **Leishmaniosis** estuvo presente en 2/3 de los pacientes según Navarrete-Dechent C.

La **escabiosis** se presentó de forma de grave y generalizada en los artículos de Zalla MJ y Navarrete-Dechent C, siendo la forma norueguesa la más común que afecta a los pacientes VIH positivos.

La **dermatitis seborreica** fue la manifestación no-infecciosa más frecuente que afecta a los pacientes VIH, afectando cerca de 20-80% según Zalla MJ y 85% según Navarrete-Dechent C.

El **prurito** sin causa determinada también es una afección muy frecuente en los pacientes VIH (1), afectando cerca de 79% de los pacientes según Zalla MJ.

De las manifestaciones neoplásicas, el **Sarcoma de Kaposi** afectó cerca de 10% de los pacientes según estudios (1,2). Mientras que **linfomas** fue la segunda neoplasia más frecuente en los pacientes inmunosuprimidos, afectando cerca de 4-10% según Zalla MJ.

DISCUSIÓN

Como la inmunodeficiencia de una persona infectada por HIV empieza en la piel a través de la interacción de las células LTCD4 infectadas con las células de Langerhans y células dendríticas de la piel (2), es de suma importancia conocer dichas manifestaciones cutáneas prevalentes desde el inicio precoz de la enfermedad, ya que su exacerbación, formas atípicas y resistentes es común de observar en estos pacientes. Además, pacientes en tratamiento con antirretrovirales suelen padecer de reacciones adversas, que en la gran mayoría manifiestan se en la piel. Las manifestaciones dermatológicas constituyen los primeros signos de muchas enfermedades sistémicas y nos ayudan a evaluar la progresión de la inmunodeficiencia, además de generalmente ser los

primeros signos de alarma que el paciente tenga síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El VIH presenta inúmeras manifestaciones dermatológicas, incluyendo piel, mucosas y anexos, por lo menos 90-95% de los pacientes infectados van a presentar dos o más manifestaciones cutáneas (1,2).

Manifestaciones infecciosas

Las manifestaciones infecciosas asociadas a VIH son una causa frecuente de manifestación mucocutánea (1), su tasa de infecciones y recurrencia disminuye con la disminución de la carga viral y pueden subdividirse en, según su etiología, en bacterianas, fúngicas, parasitarias y virales, siendo la mayoría de las infecciones causadas por hongos y virus (2).

Dentro de las **infecciones bacterianas**, la bacteria que comúnmente acomete a estos pacientes son las Grampositivas, principalmente el **Staphylococcus aureus**, pudiendo ser meticilino resistentes (SARM), que puede llegar a un 8,2% comparado con 3% en la población sin VIH y con los mismos factores de riesgos (1). La recurrencia de las piodermias es alta, pudiendo ser recidivas en 41% de los casos en hasta 4 meses (1). Las manifestaciones más comunes son la foliculitis afectando 19% de los casos, el impétigo y la celulitis, sin embargo, también puede manifestarse como ectima, forúnculo, ántrax y abscesos (2). Suelen ser localmente agresivo, pero puede llegar a cuadros de sepsis y bacteriemia.

Existe una asociación epidemiológica entre el VIH y la **sífilis** de hasta 25% de los pacientes (1), ya que el chancro duro de la sífilis favorece la transmisión del VIH, y a su vez, la inmunodebilidad favorece la transmisión del *Treponema pallidum*. A incidencia de sífilis en pacientes VIH es relativamente alta, en estos pacientes puede tener un curso atípico y más agresivo. La sífilis primaria y secundaria puede ocurrir al mismo tiempo o progredir de una sífilis primaria rápidamente a una terciaria, con grave acometimiento del sistema nervioso central.

La **tuberculosis** es una infección oportunista común en la enfermedad por VIH. La tuberculosis cutánea representa 1-3% de los casos de TBC (1), y puede ocurrir por una inoculación primaria o por diseminación sistémica. La manifestación clínica es diversa, puede ser de tipo acneiforme con pápulas semejante a la foliculitis, úlceras que no cicatrizan, placas costrosas y abscesos que aparecen en locales de perforación intravenosa (6). La bacteria más común que acomete es la *Mycobacterium tuberculosis* y *Mycobacterium avium* (2). Se debe sospechar de TBC cutánea en cualquier paciente que presente múltiples lesiones nodulares profundas.

Las **manifestaciones micóticas** se consideran las de mayor frecuencia, siendo la candidiasis (principalmente oral) la patología más prevalente (1,2). La **candidiasis oral y esofágica** es un signo importante de manifestación de la inmunosupresión (2) y la forma más frecuente de presentación de esta micosis, pero también puede ser encontrado con frecuencia en la región axilar e inguinal. Estudios apuntan que 50-90% de los pacientes infectados por VIH van a presentar alguna infección por Cándida en lo largo de la enfermedad (1,2).

Las **micosis sistémicas** son comunes en los pacientes con debilidad en el sistema inmune, y las lesiones en la piel puede ser el primer indicio de una infección sistémica, y puede estar presente en aproximadamente 10-15% de los pacientes (1). Los principales agentes causales son el *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum* y *Sporothrix schenckii*. La **esporotricosis** es una enfermedad de tipo granulomatosa que es transmitida pelo agente *Sporothrix schenckii* a través de su inoculación, que puede ser por medio de espinas, astillas o mordeduras de roedores y reptiles, además, en los pacientes inmunodeprimidos el contagio por vía respiratoria también puede afectar piel, tejido subcutáneo, huesos y pulmones. En la piel es incomún que se manifieste según apuntan estudios (2,8), pero cuando se manifiestan tienden a presentarse de forma atípica y exacerbada (8). La **histoplasmosis** comúnmente afecta a los pulmones, sin embargo, en pacientes con acometimiento inmunológico puede presentarse de forma diseminada afectando el hígado, bazo, ganglios, piel, boca (3). Puede llegar a afectar hasta 5% de los pacientes VIH positivos en zonas no-endémicas y hasta 27% en zonas endémicas según Navarrete-Dechent C, mientras que según Rosenberg JD puede estar presente en 11% de los pacientes infectados por el VIH. Suelen ser frecuentes su manifestación como enfermedad marcadora del SIDA (3). La **criptococcosis** es la infección que más afecta a estos pacientes y está presente en 10% de esta población (1,2,4 11), siendo que 20% de ellos van a presentar una lesión de piel, que en la mayoría de los casos es una lesión semejante al molusco contagioso o de tipo herpetiforme (4), puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero generalmente surge en el cuello. Es una micosis oportunista que suele ser una enfermedad marcadora de SIDA, su transmisión es por vía inhalatoria y puede diseminarse a piel, huesos, ojo, corazón y SNC.

El **acometimiento viral** también es frecuente, lesiones causadas por el Herpes Simple tipo I o II, Herpes Zoster tienen alta incidencia, además del exantema de la primoinfección por VIH.

El **Herpes Virus Simple** está compuesto por virus de dos familias, el HSV-1 y el HSV-2. Los pacientes con VIH suelen presentar recurrencia de herpes en las

regiones genital, perianal y labial, son lesiones vesiculosas, de pared delgada, agrupadas, sobre una base eritematosa localizada a nivel intraepidérmico, acompañada de dolor. En los pacientes infectados por el VIH, las lesiones causadas por el HSV pueden ser extensas, exacerbadas y atípicas (1), estimase que su prevalencia sea de aproximadamente 27% (2).

El **Herpes Zoster** es el resultado de una reactivación del virus Varicela Zoster que persiste en los ganglios sensitivos del sistema nervioso central, suelen estar asociado a la inmunosupresión del paciente, y muchas veces es la manifestación inicial del SIDA. Su reactivación está presenta 10 veces más en los pacientes VIH (1), pudiendo afectar entre 3-4% (2). Puede presentarse en distintas localizaciones siendo la localización más frecuente la toracoabdominal.

El **molusco contagioso** es causado por un Poxvirus, y es relativamente común en el paciente VIH, cerca de 10-20 % de los pacientes van a presentar (1). Es un indicativo de progresión de la enfermedad. Son micropápulas rosadas con una umbilicación central que suelen afectar la cara, pero también puede estar presente en tronco, cuero cabelludo y región perianal. Pueden estar presente en regiones atípicas, con tamaño de más de 1cm o ser diseminada en los pacientes con bajo recuento de LTCD4 (2). Puede ser confundida con carcinoma basocelular.

Este **exantema agudo** hace parte de un síndrome retroagudo viral que se asemeja a un síndrome mononucleósico, *acompañado* de fiebre, linfadenopatías, mialgia, artralgia, gastroenterocolitis y faringitis no exudativa, ocurre de 1-3 semanas después que el virus ingresa en el organismo. Debido a la escasa especificidad de estos hallazgos clínicos, resulta muy importante la sospecha diagnóstica (2). El exantema es maculopapular que compromete tronco y cara y a veces la raíz de los miembros, que desaparece en aproximadamente 2-4 semanas, puede estar presente en aproximadamente 2/3 de las personas infectadas por el virus, cerca de 30-50% (2).

La afección por **parásitos** también es frecuente. Se encuentra en mayor riesgo de contraer **Leishmaniasis**, 2/3 en su forma cutánea, mucocutánea y 1/3 visceral (1), pueden presentar formas diseminadas y difusas con mayor frecuencia. La **escabiosis** suele presentar de forma atípica, diseminada e hiperqueratósica como se observa en la Sarna Noruega, suelen presentarse de forma grave (2).

Manifestaciones No-infecciosas.

Las manifestaciones No-infecciosas son frecuentes e incluyen afecciones inflamatorias y neoplásicas. Las primeras manifestaciones del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida pelo VIH generalmente son cutáneas y suelen ser inversamente proporcional

a la cantidad de células TCD4. Á medida que los LT CD4 caen por debajo de 250 células/mm³ las erupciones cutáneas y lesiones malignas empiezan a aparecer

La **dermatitis seborreica** es una de las afecciones dermatológica más común en los pacientes VIH de origen inflamatoria. Esta condición inflamatoria está presente en 3% de la población general y cerca de 85% en los pacientes inmunosuprimidos (1,2). La DS atípica y extensa con formas diseminadas y eritrodermicas con compromiso de face, esternón, dorso, axila e inguinales que no responda al tratamiento convencional puede ser indicio de VIH y hay que sospechar.

El **prurito** también es un síntoma prevalente en los pacientes infectados por VIH. Puede ser sin causa aparente, y siempre hay que sospechar de una infección por VIH (1), está presente en cerca de 79% de los pacientes según estudios (2). Deben de ser muy bien estudiados para intentar buscar la causa, ya que muchas veces puede causar infecciones secundarias debido a las escoriaciones. Puede aparecer en áreas comunes, sin afecciones previas, o estar asociado a la ictericia y xerosis de la piel.

Las **manifestaciones malignas** también son frecuentes y suelen ser marcadores de enfermedad avanzada.

El **Sarcoma de Kaposi** es una enfermedad oportunista que está relacionado o con el Herpes Virus tipo 8 y es la manifestación neoplásica más común que los pacientes infectados por VIH presentan. Su variante epidérmica es la más frecuente. La incidencia de esta manifestación en los pacientes VIH llegó a ser de 30-40%, pudiendo llegar a 10% en los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral (1). Se presentan como máculas, placas o nódulos eritematovioláceos, asintomáticos, clásicamente distribuidos en las líneas de Langer o líneas de tensión de la piel, y puede afectar al paladar duro.

Puede presentarse como una neoplasia sistémica, afectando a órganos duros como pulmones y tracto gastrointestinal. En estos casos, está asociado a una baja tasa de supervivencia.

La etapa precoz de la enfermedad se define como una lesión limitada a la piel con poco compromiso de mucosa oral, CD4>200 mm³, sin infecciones oportunistas. A su vez, la etapa tardía de la enfermedad se define como lesiones diseminadas en

pulmones y sistema gastrointestinal, compromiso oral excesivo, ulceraciones tumorales, CD4<200mm³, presencia de otras infecciones oportunistas (2).

Los **linfomas** son la segunda neoplasia más frecuente que afecta a los pacientes VIH positivo, cerca de 4-10% (2). Los pacientes infectados por VIH, principalmente cuando presentan CD4<250mm³, presentan un riesgo aumentado de desarrollar linfomas Hodgkin, linfomas no-Hodgkin, linfomas de Burkitt. La manifestación en la piel suele ser por infiltración, generalmente encontrado secundariamente, acompañado de otra enfermedad oportunista.

CONCLUSIÓN

Luego de revisarnos a los materiales disponibles en base de datos referente a la incidencia de manifestaciones cutáneas en pacientes VIH, se observó que las lesiones dermatológicas están presentes en gran parte de la población VIH positivos (cerca de 90%). Por lo tanto, la gran mayoría de los pacientes de esta población van a presentar alguna lesión en la piel decurrente de su inmunosupresión a lo largo de la enfermedad, y es debido a eso que se torna extremadamente importante el conocimiento clínico de dichas enfermedades prevalentes que puedan insinuar y hacer con que el profesional de salud sospeche de forma temprana a un Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

Una vez que se sospeche de una inmunosupresión por parte del paciente, poder hacer el diagnóstico temprano y correcto de la enfermedad, lleva a un tratamiento correcto no sólo de la manifestación dermatológica, pero también de su debilidad inmunológica. Además, si es un paciente que ya tiene conocimiento de su enfermedad, las infecciones oportunistas y su correlación con los niveles de LTCD4 pueden ser útiles para su seguimiento.

LIMITACIONES

Esta pesquisa presenta como limitación la falta de artículos relacionados al tema, que mismo expandiendo la búsqueda para los últimos 30 años, no se pudo encontrar estudios recientes.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarrete-Dechent C, Ortega R, Fich F, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección

- por VIH/SIDA [Dermatologic manifestations associated with HIV/AIDS]. *Rev Chilena Infectol.* 2015;32 Suppl 1:S57-S71. doi:10.4067/S0716-10182015000100005
2. Zalla MJ, Su WP, Fransway AF. Dermatologic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Mayo Clin Proc.* 1992;67(11):1089-1108. doi:10.1016/s0025-6196(12)61126-4
 3. Eidbo J, Sanchez RL, Tschen JA, Ellner KM. Cutaneous manifestations of histoplasmosis in the acquired immune deficiency syndrome. *Am J Surg Pathol.* 1993;17(2):110-116. doi:10.1097/00000478-199302000-00002
 4. Pema K, Diaz J, Guerra LG, Nabhan D, Verghese A. Disseminated cutaneous cryptococcosis. Comparison of clinical manifestations in the pre-AIDS and AIDS eras. *Arch Intern Med.* 1994;154(9):1032-1034. doi:10.1001/archinte.154.9.1032
 5. Cohen PR, Bank DE, Silvers DN, Grossman ME. Cutaneous lesions of disseminated histoplasmosis in human immunodeficiency virus-infected patients. *J Am Acad Dermatol.* 1990;23(3 Pt 1):422-428. doi:10.1016/0190-9622(90)70235-a
 6. Rosenberg JD, Scheinfeld NS. Cutaneous histoplasmosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Cutis.* 2003;72(6):439-445.
 7. Inwald D, Nelson M, Cramp M, Francis N, Gazzard B. Cutaneous manifestations of mycobacterial infection in patients with AIDS. *Br J Dermatol.* 1994;130(1):111-114. doi:10.1111/j.1365-2133.1994.tb06894.x
 8. Neto Rda J, Machado AA, de Castro G, Quaglio AS, Martinez R. Esporotricose cutânea disseminada como manifestação inicial da síndrome da imunodeficiência adquirida--relato de caso [Disseminated cutaneous sporotrichosis as the initial manifestation of acquired immunodeficiency syndrome--case report]. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1999;32(1):57-61.
 9. Song IC, Hunter JG. Primary cutaneous cryptococcosis as the presenting manifestation of AIDS. *Plast Reconstr Surg.* 1992;90(6):1065-1067. doi:10.1097/00006534-199212000-00020

