



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA BIENESTAR Y SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“DERMATOSIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR: NUBE ALEXANDRA PEREZ MATUTE

DIRECTOR: JUAN PABLO VALDIVIESO AGUIRRE

CUENCA - ECUADOR

2020

*Yo me gradué en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*

INDICE

Contenido

RESUMEN.....	5
Palabras clave:	5
Abstract.....	6
CAPITULO I.....	7
1.1 INTRODUCCION.....	7
1.2 JUSTIFICACIÓN	9
CAPITULO II.....	10
2.1 OBJETIVOS.....	10
2.1.1 Objetivo general.....	10
2.1.2 Objetivos específicos.....	10
CAPITULO III.....	11
3. METODOLOGIA.....	11
3.1 MÉTODOS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	11
3.1.1 Diseño.....	11
3.1.2 Estrategia de búsqueda	11
3.1.2.1 Criterios de inclusión.....	12
3.1.2.2 Criterios de exclusión	12
3.1.3 Organización de la información.....	12
3.1.4 Limitaciones.....	12
Gráfico 1: Diagrama de flujograma de búsqueda.....	13
Tabla 2: Ranking de revistas utilizadas en la revisión	13
CAPITULO IV	14
4.1 DESARROLLO Y DISCUSION.....	14

4.2 PREVALENCIA GLOBAL DE DERMATOSIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA	15
4.3 CAUSAS DE DERMATOSIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA	15
4.4 MANIFESTACIONES CUTANEAS QUE SE PRESENTAN EN VIH.....	17
a) MANIFESTACIONES NO INFECCIOSAS / NO NEOPLASICAS.	17
b) MANIFESTACIONES ASOCIADAS A TARV	18
c) MANIFESTACIONES NEOPLÁSICAS.....	18
d) MANIFESTACIONES INFECCIOSAS CUTÁNEAS ASOCIADAS A VIH ...	19
4.5 COMPLICACIONES DE LAS DERMATOSIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA	22
CAPITULO V	24
5.1 CONCLUSIONES.....	24
5.2 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
ANEXOS	29

RESUMEN

Antecedentes:

Las infecciones por virus del VIH y afectan a actualmente a 36,9 millones de casos en el mundo, según ONU SIDA. Desde que empezaron los estudios asociados a VIH a mediados de los años 70, el daño cutáneo de los pacientes ha sido uno de los pilares en el diagnóstico de la enfermedad, de su evolución natural y progresión SIDA, así también, es un marcador de mal pronóstico y mortalidad tanto a corto como a largo plazo.

Objetivo: revisar el estado de la literatura científica sobre dermatosis en pacientes con VIH/SIDA.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos originales, revisiones sistemáticas de la literatura científica correspondientes a los últimos cinco años en idioma español e inglés y estructurada en buscadores calificados como: Google Scholar de documentos y bases de datos de las bibliotecas virtuales Cochrane Plus, Medline, Pubmed, Scielo, Elsevier, para la organización se usará el método prisma.

Resultados: la prevalencia de dermatosis en VIH/SIDA es alta, el compromiso del estado inmune del paciente y al tratamiento utilizado son la principales causas, las complicaciones vienen de patologías dérmicas parasitarias o que se desarrollan de etiologías parasitarias, bacteriana, micóticas, virales e incluso desembocando en neoplasias malignas.

Palabras clave: “VIH” “dermatosis” “SIDA” “antiretrovirales”.

Abstract

Background: HIV infections and currently affect 36.9 million cases in the world, according to UNAIDS. Since HIV-associated studies began in the mid-1970s, skin damage in patients has been one of the pillars in the diagnosis of the disease, its natural history and progression, AIDS is also a marker of poor prognosis and mortality both in the short and long term.

Objective: to review the state of the scientific literature on dermatosis in patients with HIV / AIDS.

Methodology: A bibliographic review of original scientific articles, systematic reviews of the scientific literature corresponding to the last five years in Spanish and English language and structured in qualified search engines such as: Google Scholar of documents and databases of the virtual Cochrane Plus libraries was carried out. , Medline, Pubmed, Scielo, Elsevier, the prism method will be used for the organization.

Results: the prevalence of dermatosis in HIV / AIDS is high, the compromise of the patient's immune status and the treatment used are the sprinpal causes, the complications come from parasitic dermal pathologies or that develop from parasitic, bacterial, nicotic, viral and etiologies. even leading to malignant neoplasms.

Keywords: "HIV" "dermatoses" "AIDS" "antiretrovirals".

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

El SIDA fue descrito por primera vez en África en 1981 como una enfermedad clínica. Los reportes iniciales mostraban un incremento en la incidencia de enfermedades sumamente inusuales en individuos aparentemente sanos. No fue sino hasta 1983 cuando se descubrió el verdadero agente causante del SIDA, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Previamente circulaba la hipótesis que atribuía como causa el estilo de vida de quienes la padecían unido a factores ambientales, lo cual aumentaba la estigmatización social (1).

El VIH es un retrovirus del género lentivirus que puede causar una infección latente asintomática y en su fase avanzada ocasiona un cuadro clínico conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Un 50 - 90% de los individuos que adquieren la infección durante los primeros seis meses desde el contagio desarrolla una infección primaria por VIH o también conocido como síndrome retroviral agudo que suele confundirse con un cuadro viral o muy comúnmente con la mononucleosis infecciosa. Esta manifestación es la más temprana de la infección por VIH y se asocia con altos niveles de replicación viral. Los síntomas suelen tener un inicio abrupto comenzando entre la semana 2 y 4 desde la adquisición del virus (2).

Las infecciones por virus del VIH afectan actualmente a 36,9 millones de personas en el mundo según ONUSIDA. Desde la aparición desde los primeros casos de SIDA en 1981 se han identificado dos subtipos virales: el VIH-1 y el VIH-2. siendo el primero el más común y de distribución mundial, mientras que el segundo, una variante menos virulenta, es prevalente en Africa Occidental y Central (2).

El virus del SIDA afecta directamente al sistema inmunológico siendo el blanco principal los linfocitos TCD4. La destrucción de estos linfocitos conduce a las complicaciones que se observan en esta enfermedad entre las cuales destacan la susceptibilidad al desarrollo de todo tipo de infecciones en particular algunas que se consideran como definitorias de SIDA por ejemplo la tuberculosis, criptococosis y neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC). Además, el daño a los linfocitos CD4 ocasiona una mayor tendencia al desarrollo de neoplasias entre las que se destacan sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodgkin (especialmente linfoma primario

del sistema nervioso central) y cáncer invasivo de cuello uterino. Virtualmente, hay una afectación generalizada derivada de la infección por VIH que involucra todos los órganos y sistemas del cuerpo humano, siendo la piel y mucosas uno de los más comúnmente afectados. La aparición de dermatosis cutáneas constituye una complicación que impacta negativamente la calidad de vida de estos pacientes y es fuente permanente de morbimortalidad (3).

Desde que se iniciaron los estudios sobre el VIH a mediados de los años 70, la afección cutánea ha sido uno de los marcadores en el diagnóstico de la enfermedad, de su evolución natural y progresión a SIDA. Igualmente, es un indicador de mal pronóstico y mortalidad tanto a corto como a largo plazo. Las dermatosis asociadas a VIH son de difícil diagnóstico y manejo por su severidad y resistencia al tratamiento. Las afecciones cutáneas o dermatosis se pueden clasificar en dos grandes grupos: primarias y secundarias. Las dermatosis primarias son aquéllas que son secundarias a la infección por VIH y son por lo tanto una manifestación clínica del virus. En contraste, las secundarias son causadas por gérmenes oportunistas como consecuencia de la disminución marcada del recuento de linfocitos (3,4).

Las dermatosis que afectan a los pacientes con VIH/SIDA también pueden clasificarse en infecciosas, es decir, producidas por bacterias, virus, hongos y parásitos, y no infecciosas (de tipo inflamatorio, asociadas a terapia antirretroviral –TARV- y neoplásicas). El sistema inmune de la piel en los pacientes infectados por VIH presenta una marcada disminución del número y función de las células de Langerhans, linfocitos TCD4, células *natural killer*, macrófagos y monocitos. Como consecuencia, la piel se vuelve vulnerable a numerosos agentes infecciosos oportunistas y proclive al desarrollo neoplasias. Las variantes de dermatosis que ocurren en los pacientes con VIH-1/SIDA es amplia y van desde el acné vulgar hasta el sarcoma de Kaposi (5,6).

La afección cutánea puede asociarse también al tratamiento con antirretrovirales. En algunos casos no es grave y desaparece espontáneamente en unos días o semanas. Sin embargo, en otros casos se puede desarrollar un síndrome de Stevens-Johnson debido una reacción de hipersensibilidad muy poco frecuente

pero potencialmente mortal y que es resultado de la utilización de algunos fármacos antirretrovirales (7,8).

1.2 JUSTIFICACIÓN

El VIH es un problema mundial que ha cobrado hasta el presente más de 34 millones de vidas. Hacia finales de 2014 había ya unos 36,9 millones de personas infectadas en todo el mundo. Sin embargo, para el año 2015 solamente alrededor de 15,8 millones de personas VIH positivos recibían terapia antirretroviral (9).

Los pacientes con VIH sufren por un lado de las complicaciones de su enfermedad, y por el otro, son víctimas de un estigma social. En muchas ocasiones las enfermedades cutáneas constituyen la única manifestación clínica de la enfermedad y en otros casos nos indican la asociación del VIH con una afectación más grave, crónica o sistémica, como en el caso de las neoplasias (10). Las dermatosis tienen repercusiones negativas sobre la imagen corporal y la autoestima del paciente y afectan en mayor o menor grado sus relaciones sociales y su calidad de vida. Por esta razón se debe realizar un diagnóstico temprano y preciso de etiología de la afección cutánea en pacientes con VIH. Menos frecuentemente, son los propios fármacos antirretrovirales los agentes causales de las alteraciones cutáneas (11).

CAPITULO II

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 *Objetivo general*

- Revisar el estado de la literatura científica sobre dermatosis en pacientes con VIH/SIDA.

2.1.2 *Objetivos específicos*

- Determinar la prevalencia global de dermatosis en pacientes con VIH/SIDA.
- Identificar las causas de dermatosis en pacientes con VIH/SIDA.
- Describir las principales complicaciones de dermatosis en pacientes con VIH/SIDA.

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1 MÉTODOS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

En la presente revisión bibliográfica se han incluido 43 artículos los cuales son congruentes con los objetivos planteados y con los criterios de inclusión y exclusión. Dichos artículos son de distinta índole tales como revisiones bibliográficas, estudios observacionales analíticos y descriptivos, así como también estudios clínicos. Los artículos seleccionados se encuentran en revistas indexadas, arbitradas y con índice de impacto el cual fue establecido en una consulta con la plataforma bibliométrica de Elsevier conocida como Scimago Journal Rank. Se tomaron en cuenta únicamente publicaciones correspondientes a los cuartiles Q1 a Q4 de dicha plataforma.

Tabla 1: Resultados por buscadores.

Nombre del buscador	Numero	Porcentaje
COCHRANE PLUS	9	20,9 %
MEDLINE	11	25,58 %
EL SEVIER	10	23,25%
SCIELO	8	18,60 %
SCOPUS	5	11,62 %
Total	43	100%

3.1.1 Diseño

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica dedicada al estudio de la dermatosis en pacientes con VIH/SIDA. Para realizar esta revisión se seleccionaron los términos específicos o palabras clave reconocidas como DECS, como “VIH” “dermatosis” “SIDA” “antiretrovirales”.

3.1.2 Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda de documentos, artículos científicos originales, revisiones sistemáticas de la literatura científica correspondientes a los últimos cinco años en idioma español e inglés que consten dentro del ranking de Scimago Journal Rank (SJR), se consultarán en las bases de datos de las bibliotecas virtuales Cochrane

Plus, Medline, Pubmed, Scielo, Elsevier y otras considerando las palabras claves antes mencionadas, además se considerarán las referencias bibliográficas de los artículos encontrados con la finalidad de rescatar estudios potencialmente importantes para la revisión.

En este punto también se usó la herramienta PRISMA, útil para la valoración crítica de revisiones sistemáticas publicadas.

3.1.2.1 Criterios de inclusión

- Artículos científicos originales y revisiones sistemáticas.
- Estudios enfocados a la temática planteada.
- Artículos en inglés y español
- Artículos que consten dentro del ranking Scimago Journal & Country Rank(SJC).

3.1.2.2 Criterios de exclusión

- Artículos científicos originales y revisiones sistemáticas que superen los 7 años de antigüedad en su publicación.

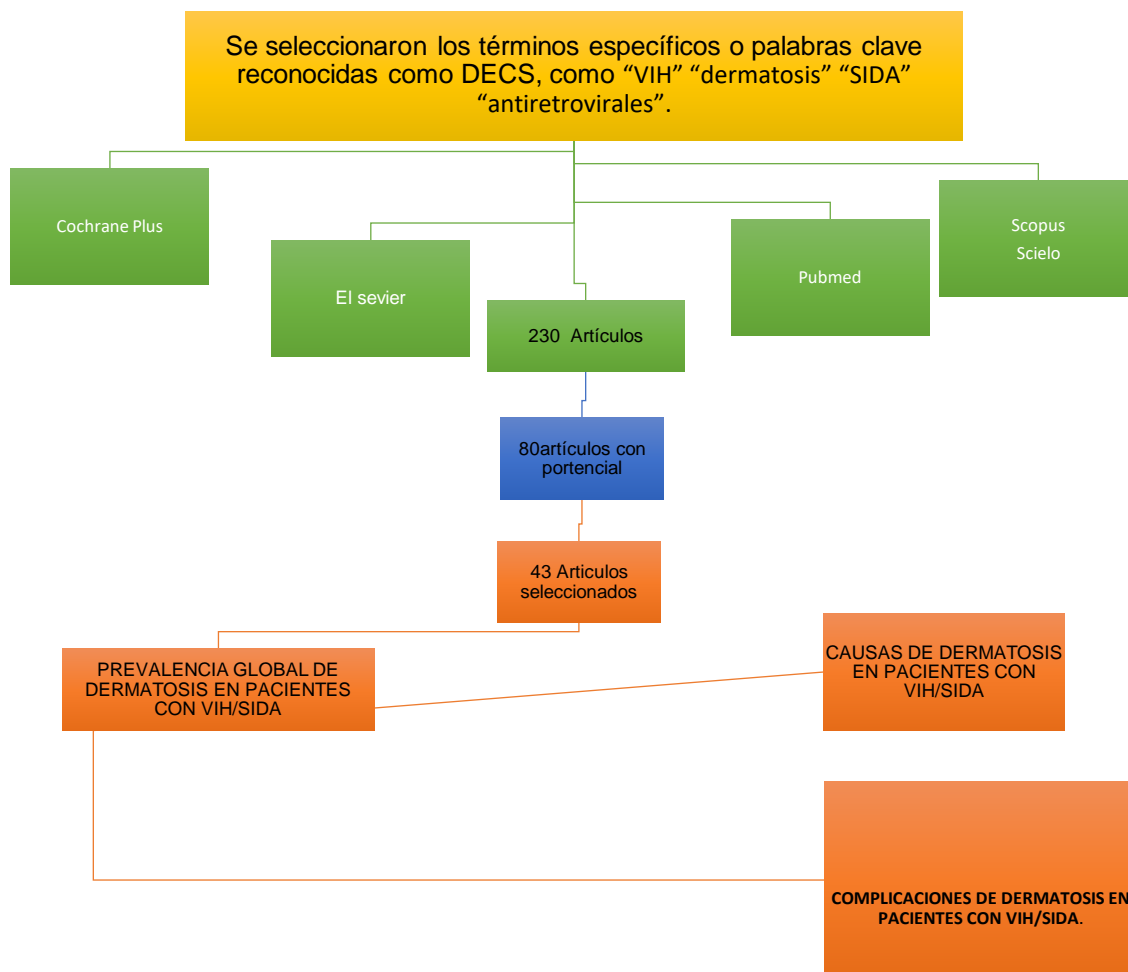
3.1.3 Organización de la información

La información se la presenta y analiza en orden de los objetivos específicos, con el fin de responder las incógnitas planteadas en esta investigación.

3.1.4 Limitaciones

Consulta a publicaciones que no son de acceso abierto y que no están disponibles en la biblioteca virtual.

Gráfico 1: Diagrama de flujograma de búsqueda



Elaborado por Nube Pérez

Tabla 2: Ranking de revistas utilizadas en la revisión

CUARTIL	NUMERO DE REVISTAS
CUARTIL 1	10
CUARTIL 2	5
CUARTIL 3	11
CUARTIL 4	14

CAPITULO IV

4.1 DESARROLLO Y DISCUSION

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, específicamente a los linfocitos T CD4, alterando o anulando su función. El deterioro del sistema inmunitario es progresivo y se asocia al grado de reducción de la cifra de linfocitos T CD4. Con números inferiores a 200 células por ml surgen infecciones oportunistas causadas por más de 20 agentes microbianos muchas de ellas causantes de afecciones dermatológicas (12). De acuerdo a los estudios disponibles se sabe que la dermatitis seborreica podría ser causada por un hongo denominado *Malassezia furfur* y se presenta hasta en un 85% de los pacientes con infecciones por VIH. Pueden ocurrir dermatitis atípicas hasta en un 50% de los casos. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por López et al (13) quien encontró que más de la mitad de afecciones dérmicas en los casos de VIH son dermatitis de distintas etiologías.

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada se encontró que la prevalencia de afecciones cutáneas en el curso de las infecciones por VIH es elevada. Ya desde el inicio de las investigaciones sobre el VIH/ SIDA, pudo establecerse la frecuente asociación entre esta entidad y afecciones cutáneas poco usuales, constituyendo estas últimas una manifestación propia de la enfermedad y un reflejo del estado inmune del paciente (14). En este orden de ideas, Soumah et al (15) reporta que las manifestaciones cutáneas de los pacientes infectados por VIH aparecen hasta en 94% de los casos. Del mismo modo, Venzant et al. (16) encontró que hasta 95 % de los afectados con VIH presentan manifestaciones cutáneas en algún momento durante el curso de la infección (16).

Como se mencionó anteriormente, la etiología de las dermatosis en pacientes con VIH-SIDA es multifactorial teniendo la disminución sostenida en los linfocitos T CD4 en conjunto con una reducción marcada en el número de células de Langerhans, NK, monocitos y macrófagos. Todo lo anterior explica la predisposición la afectación cutánea, siendo esta un hallazgo común en las series de casos descritos en los artículos recopilados para el presente trabajo, y confirma la etiología multifactorial de dicha

afectación que incluye también los efectos secundarios de los antirretrovirales utilizados en los esquemas de tratamiento (17,18).

4.2 PREVALENCIA GLOBAL DE DERMATOSIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA

Las manifestaciones cutáneas en VIH son variadas y abarcan un alto espectro de dermatosis, van desde un rash eritematoso no pruriginoso, que aparece con las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad, hasta una afección dermatológica de tipo neoplásico, infeccioso o no infeccioso (19).

El riesgo de padecer diversas dermatosis es alto, pues como se ha visto los estudios presentan altas prevalencia de esta patología asociada al VIH, esto se debe en parte a que la mayoría de pacientes están expuestos a los agentes patógenos existentes en sus diversos entornos familiares y sociales (20).

Las manifestaciones cutáneas como la dermatosis siempre dan luces, pues, pueden ser el primer anuncio de la infección por VIH o la evidencia del desarrollo del síndrome (21).

Según Perales et al. (22) la dermatitis seborreica (DS) es la enfermedad cutánea primaria inflamatoria más común en los pacientes que viven con infección por VIH, se presenta hasta en 40% de los casos. Por otro lado, en el estudio de Nuno et al. (23) indica que de los 965 pacientes con VIH atendidos 333 consultaron al dermatólogo, 52 pacientes presentaron condilomas (15,6%) y 43, verrugas 43 (12,9%). Un 8% tuvieron ambas afecciones. De la misma manera el estudio de Aldama et al. (24) se examinaron 100 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, 37 presentaron infecciones mucocutáneas, de los cuales en 8 se evidenció más de una infección. Predominaron las lesiones micóticas (53%) y las virósicas (26,7%).

4.3 CAUSAS DE DERMATOSIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA

La introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad ha supuesto un cambio profundo en la historia natural de la infección por VIH, pues gracias a ellos las infecciones oportunistas y las neoplasias asociadas a sida han visto reducida su frecuencia, a la vez que han dado paso a nuevos problemas de salud como son las dermatosis (18). De igual manera, el espectro de la patología cutánea que

actualmente observamos en estos pacientes se ha visto modificado y se asocia también a la integridad del sistema inmunológico que según varias investigaciones se puede deber a: inversión relación $It\ cd4/cd8$, activación policlonal linfocitos b (aumento de gammaglobulinas y autoanticuerpos), aumento de $ifn\text{-}gamma$ y $tnf\text{-}alfa$, disminución $il\text{-}1$ e $il\text{-}2$ (25). A esto se puede añadir que sabe que las manifestaciones a nivel dermatológico no son consecuencia solo de la disminución en los linfocitos T CD4, sino también por el cambio en el perfil de citoquinas hacia un perfil predominantemente T helper 2 (Th2), al mimetismo molecular y la sobreexpresión de superantígenos/xenobióticos (26).

Cruz et al. (27) encontró que entre el 10 y 25% de los pacientes que inician terapia antirretroviral, cursan con síndrome de reconstitución inmunológica y más de la mitad de las manifestaciones ocurren en la piel y/o mucosas. Según Zampese et al. (28) esto se debe a alteraciones tempranas en el sistema inmune de la piel dentro de las que se incluyen la disminución del recuento de los linfocitos T CD4 y de la relación de los linfocitos T CD4/CD8, la pérdida de células dendríticas presentadoras de antígenos, el desbalance de la respuesta de linfocitos T helper (Th), con predominancia de Th2 y cambios en concentración de ciertas citoquinas, entre otras alteraciones. Santamaria et al. (29) en su estudio encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de dermatosis y el conteo de linfocitos TCD4. Miranda et al (30) reporta que un con paciente con VIH y recuento de T CD4 menor a $65\text{ cél}/\mu\text{L}$ presentaba lesiones dérmicas de predominio en el tronco y la cara, maculares, papulares y eritematoescamosas.

Klussmann et al. (31) reporta que las dermatosis en este tipo de pacientes suelen tener morfología atípica, son extensas, numerosas, grandes, refractarias al tratamiento y se localizan predominantemente en el rostro, cuello y tronco, lo que puede simular un síndrome moluscoide. Günthrad et al. (32) señalan que, aunque los agentes antirretrovirales siguen siendo la piedra angular del tratamiento del VIH, en algunas ocasiones su efecto secundario se asocia al desarrollo de una dermatosis. De forma similar, Saag et al.(33). ponen de relieve que el análisis de la relación costo-beneficio es fundamental para evaluar la utilización de un antirretroviral y que, en general, el beneficio clínico de los nuevos antirretrovirales supera los efectos colaterales que eventualmente pueden desencadenar a nivel cutáneo.

4.4 MANIFESTACIONES CUTANEAS QUE SE PRESENTAN EN VIH

a) MANIFESTACIONES NO INFECCIOSAS / NO NEOPLASICAS.

Dermatitis seborreica

Esta patología está presente en el 2 a 4% de toda la población, pero por el contrario en los pacientes portadores de VIH/SIDA la incidencia es mayor llegando a presentarse en el 85% de los pacientes. La aparición de esta dermatosis y su gravedad se relacionan al número de linfocitos TCD4 (1).

Psoriasis

Esta enfermedad se encuentra presente en el 2-3% de toda la población. En los pacientes infectados con VIH la prevalencia es similar a la de los seronegativos, pero suele ser más intensa, acral, extensa, destructora y refractaria al tratamiento. (1).

Queirós y Torres (34) describen la psoriasis como un trastorno inflamatorio asociado a una sobrecarga física y psicológica, y puede ser una característica de presentación de infección por VIH. En esta población de pacientes, la psoriasis suele ser más grave, tener presentaciones atípicas e índices más altos de fracaso a los tratamientos usuales de esa patología. . Para Arellano et al. (8) la infección por VIH puede presentarse con distintas manifestaciones cutáneas, que en algunas ocasiones son consideradas marcadores de infección. Una posible manifestación es la eritrodermia psoriática, que corresponde a una forma generalizada de psoriasis.

Dermatitis atópica

Una enfermedad inflamatoria crónica que está presente en el 2-20% de la población y se encuentra en un 30 a 50% de todos los pacientes portadores de VIH. La patogénesis de esta enfermedad y la infección por VIH se ha asociado a la hipereosinofilia y las concentraciones elevadas de IgE secundarias al desbalance Th1-Th2 de estos pacientes (2).

Fotodermatosis

La fotosensibilidad es una de las afectaciones más frecuentes y graves en los pacientes con VIH ya que empeora de manera directa con el grado de afectación del sistema inmune. Se presenta frecuentemente con erupciones liquenoides o en forma de eczema/dermatitis en zonas fotoexpuestas (1).

Prurito, foliculitis eosinofílica y erupción pruriginosa papular

El prurito es uno de los síntomas más relevantes de los pacientes infectados por VIH y puede ser uno de los primeros o el único síntoma a presentarse. Por un lado, el prurito sin causa explicada debe suscitar la sospecha de infección por VIH y ser una razón para solicitar pruebas serológicas de despistaje de VIH. Por otro lado, los pacientes con infección por VIH que presentan prurito deben ser estudiados para descartar otras causas subyacentes de prurito no explicado, como enfermedades renales, hepáticas y desórdenes hematológicos (2).

b) MANIFESTACIONES ASOCIADAS A TARV

Las manifestaciones cutáneas asociadas al consumo de retrovirales están presentes en un 22% en pacientes portadores de VIH debido a su desorden en el sistema inmune producido por la misma enfermedad y por los numerosos fármacos que se administran. Las lesiones que pueden presentar son: alopecia, xerosis, erupción morbiliforme e incluso el síndrome de Steven Johnson (2).

c) MANIFESTACIONES NEOPLÁSICAS

Sarcoma de Kaposi

El sarcoma de Kaposi (SK) es una de las entidades clínicas que llevó a la definición de la infección por VIH/SIDA como una nueva enfermedad. Se conocía su característica de "oportunista" y su asociación al virus herpes tipo 8 (VHH-8) debido a su aparición en pacientes receptores de trasplantes. El VHH-8 es un virus ADN que se transmite sexualmente o a través de la sangre (2). Roca et al. (35), plantea la importancia del reconocimiento de la presentación clínica del Sarcoma de Kaposi ya que en múltiples oportunidades es subdiagnosticado por falta de

conocimiento sobre esta lesión y esto puede conducir a un desenlace fatal. Debe pensarse en esta opción diagnóstica principalmente en pacientes con HIV en estadios avanzados de la enfermedad. Como se ha visto en los pacientes reportados en las series de casos, puede ser el primer eslabón del diagnóstico de la infección VIH en un paciente previamente no diagnosticado.

Neoplasias cutáneas

Los pacientes portadores de VIH tienen una mayor incidencia para presentar carcinomas cutáneos como el carcinoma basocelular y espinocelular principalmente, agrupados como "cáncer de piel no melanoma (2).

d) MANIFESTACIONES INFECCIOSAS CUTÁNEAS ASOCIADAS A VIH

Bacterianas

El grupo principal de bacterias que cause infecciones cutáneas son las grampositivas, entre ellas, el *Staphylococcus aureus*. En este grupo de pacientes debe tenerse presente la posibilidad de que la infección sea causada por *S. aureus* resistente a meticilina (SARM), siendo la tasa de resistencia de 8,2% comparado con 3% en la población sin VIH pero con los mismos factores de riesgo. De los pacientes seropositivos para VIH, colonizados con SARM, 55% desarrolló una infección posterior (2).

Micobacterias

Rodríguez (36) señala que, dado que la infección por VIH/sida afecta la inmunidad celular mediada por linfocitos T CD4+, los pacientes portadores de VIH/sida, a los que se le diagnostica lepra, pueden presentar síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria (SIRI) tras iniciar el tratamiento TARVAE (terapia antirretroviral de alta eficacia), y la mayoría de las veces reaccionan favorablemente al tratamiento con diaminodifenilsulfona y rifampicina.

La tuberculosis es una infección oportunista que se presenta de manera común en pacientes con infección por VIH. Representa el 1 a 2% de los casos de tuberculosis

cutánea y puede ser causada por inoculación cutánea o por diseminación sistémica pulmonar o meníngea. Suele presentarse como placas costrosas o pápulas (2).

Angiomatosis bacilar

La angiomatosis bacilar y peliosis hepática bacilar son expresiones poco frecuentes de infecciones causadas por *Bartonella henselae* y *B. quintana*. Se presentan de manera común en etapas avanzadas de SIDA (<200 LTCD4/mm³). Están caracterizadas por presentar lesiones angioproliferativas que se parecen a hemangiomas en cereza, granulomas piógenos o sarcoma de Kaposi, pápulas cupuliformes, nódulos o placas de color rojo a violáceas la mayoría de las veces diseminadas (2)

Sífilis

Existe una asociación epidemiológica entre sífilis e infección por VIH ya que las úlceras genitales ayudan a transmitir al *Treponema pallidum* que, a su vez, ayuda a la transmisión del VIH. Pese a que la incidencia de la sífilis iba decreciendo, la llegada del VIH ha vuelto a aumentar las tasas de ocurrencia esta enfermedad (2). Carrera et al. (37) reporta y afirma la existencia de esta asociación epidemiológica entre sífilis e infección por VIH. Además, describe que la dermatitis seborreica representa en la población general el 2 a 4%, pero en los pacientes portadores de VIH/SIDA y SIFILIS el porcentaje es sumamente elevado llegando a representar 78% en algunas series (37).

INFECCIONES VIRALES

Los virus son los principales agentes causantes de infecciones oportunistas en pacientes con VIH-SIDA, bien por activación de la infección subclínica (VPH, Poxvirus) o por reactivación de infecciones latentes producidas por los virus de herpes simple tipo 1 y tipo 2, varicela zoster, Epstein-Barr, citomegalovirus y el virus herpes humano tipo 8 (2).

Virus del herpes simple tipos 1 y 2

El Virus de herpes simple continúa siendo la causa mundial más frecuente de úlcera genital. En portadores de VIH puede estar presente de manera atípica o extensa, y de forma ulcerativa o hipertrófica-tumoral. Existe reactivación subclínica en portadores de VIH, pero menos del 10% de las reactivaciones llega a presentar síntomas (2).

Virus del papiloma humano (VPH)

La infección por virus del papiloma humano, se manifiesta como verrugas y condilomas, aproximadamente el 13% de los pacientes portadores de VIH van a padecer patología ano-rectal, de estos pacientes el 92% van a presentar condilomas perianales que necesitaran un tratamiento oportuno ya que existe riesgo de desarrollar cáncer anal (2).

FÚNGICAS

Berberi et al. (38) encontraron que la colonización oral por *Candida* y la infección invasiva ocurren con mayor frecuencia en pacientes con VIH y son significativamente más comunes en pacientes con recuentos de células CD4 + <200 células /mm.

PARASITARIAS

Tirado-Sánchez et al. (39) identificaron 15 pacientes con sarna costrosa (9 hombres y 6 mujeres). El promedio de edad fue de 43.7 ± 8.06 (rango 32-57 años). Todos los pacientes tenían diagnóstico de infección por VIH/SIDA.

Dermatosis misceláneas

Patologías que son usuales en la población general pueden presentarse de manera atípica, de forma más intensa o con una mayor frecuencia que en los pacientes no infectados por el VIH. En general, el tratamiento es el habitual para cada patología (2).

Tabla 3.

Clasificación de las principales manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH/SIDA

MANIFESTACIONES NO INFECCIOSAS	
1. INFLAMATORIAS	
Dermatitis seborreica	Dermatitis atópica
Psoriasis	Xerosis
Foliculitis eosinofílica	Erupción pruriginosa papular
2. Manifestaciones asociadas a terapia antirretroviral	
Síndrome de reconstitución inmunológica (SIR)	Manifestaciones asociadas a TARV
3. Manifestaciones neoplásicas	
Sarcoma de Kaposi	Neoplasias cutáneas
Neoplasia anal	
MANIFESTACIONES INFECCIOSAS ASOCIADAS A VIH	
1. BACTERIAS	
Tuberculosis cutánea	Angiomatosis bacilar
Sífilis	
2. VIRALES	
Infección por virus herpes zoster	Infección por virus de varicela zoster
Infección por citomegalovirus	Infección por poxvirus (Molusco contagioso)
Virus del papiloma humano	Infección por virus de Epstein Barr
3. FUNGICAS	
Candiadiasis	Dermatofitosis
Criptococosis	Histoplasmosis
4. PARASITARIAS	
Escabiosis	Leshmaniasis

FUENTE: Revista chilena de infectología vol.32 supl.1

4.5 COMPLICACIONES DE LAS DERMATOSIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA

Como se ha mencionado previamente, casi el 90 % los pacientes con diagnóstico con VIH/SIDA presentan dermatosis, y no infrecuentemente, estas afecciones cutáneas llegan a complicarse e incluso puede darse la presencia de varias dermatosis de forma simultánea, pudiendo o no haber síntomas constitucionales como fiebre, pérdida de peso, diarrea recurrente, fatiga o cefalea (40). Las infecciones cutáneas concomitantes tienen su explicación por supuesto en un

compromiso grave del sistema inmunológico. Dependiendo de su forma de presentación o de la respuesta a los tratamientos habituales puede haber tendencia a las recidivas. La presencia de infecciones concomitantes dificulta el diagnóstico y el abordaje terapéutico oportuno. No basta con la sospecha clínica. El análisis histopatológico de las lesiones, los cultivos bacteriológicos y micológicos de las secreciones son indispensables para el tratamiento adecuado. El retraso en el diagnóstico y tratamiento hace que las patologías dérmicas se compliquen como se ha documentado en diversos estudios de casos clínicos (41, 42).

Una de las complicaciones reportadas en el estudio de Giomi et al. (43) es el síndrome de Sweet (SS), que consiste en una dermatosis neutrofílica aguda muy infrecuente, secundaria a VIH, caracterizada por un comienzo brusco con fiebre y lesiones cutáneas que incluyen pápulas o placas eritematosas, bien delimitadas, a veces asociadas a vesículas o ampollas, sensibles al tacto, acompañadas de forma característica por leucocitosis con neutrofilia,

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

Se puede concluir que la prevalencia de dermatosis en VIH/SIDA es elevada con manifestaciones cutáneas muy variadas que van desde un simple rash eritematoso no pruriginoso, hasta lesiones complicadas que pueden derivar en fatalidad. En el presente trabajo de revisión se ha hecho gran énfasis en la importancia del diagnóstico temprano de las manifestaciones cutáneas como la dermatosis pues, además, pueden ser el primer anuncio de la infección por VIH.

La aparición de dermatosis en pacientes con VIH en cualquiera de sus estadios, se asocia de forma constante un compromiso grave del sistema inmunológico del paciente con disminución marcada de linfocitos T CD4 y cambios en el perfil de las citoquinas. Por otra parte, en la literatura se ha documentado ampliamente que existen efectos adversos cutáneos asociados al tratamiento con antiretrovirales.

Los pacientes con VIH y problemas dermatológicos suelen tener complicaciones de etiología parasitaria, bacteriana, micóticas, virales e incluso el desarrollo de neoplasias malignas. Por ello, el manejo de los pacientes con infecciones VIH-SIDA debe ser multidisciplinario debiendo evaluarse permanentemente los esquemas de tratamiento antirretroviral en conjunto con el monitoreo de las complicaciones, en especial, las dermatológicas.

5.2 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez, E. Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. Rev Multimed. 2017;17(4):34-39.
2. Navarrete C, Ortega F, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. Rev chil Infectol. 2015;32(1):57-71.
3. Perez R. Principales dermatosis primarias asociadas a pacientes con VIH. Enf Inf Microbiol. 2019;39(3):103-8.
4. Caballero B. Infecciones mucocutáneas en pacientes con VIH/SIDA. Rev Soc Par Med Int. 2019;7(2):48-54.
5. Molina C. et al. Manifestaciones dermatológicas en pacientes VIH/SIDA acorde a la cuantificación de CD4 y carga viral. Rev Med Cut Ib Lat Ame. 2020;47(3):194-9.
6. Abdulghani N. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Rev Atención Primaria. 2020;27(3):63-74.
7. Piot P, Quinn TC. Response to the AIDS pandemic-a global health model. N Engl J Med. 2013;368:2210-8.
8. Arellano J. et al. Eritrodermia psoriática en un hombre joven: sospechar infección por VIH. Revista chilena de infectología. 2017;34(6):603-6.
9. Brenes A, Alonso U, Vargas A. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DERMATOSIS CENICIENTA. Rev Edu Cos Ric. 2016;33(1):170-4.
10. Zulueta St. et al. Algunas consideraciones sobre las afecciones dermatológicas en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana/sida. MediSan, 2017;21(12):7039-45.
11. Coutinho P. et al. Síndrome de Sweet e Infecção pelo VIH: ¿O que Podemos Interpretar? Jour Port Soc Der Ven. 2018;76(4):439-44.
12. Peng RR, Shang S, Chen J, Shi M, Long FQ. Delayed onset and protracted course of psoriasis-like secondary syphilitic lesions in a HIV-seropositive man who has sex with men: A case report. Acta Derm Venereol. 2019;99(12):1197-8.
13. López, V. Algunas consideraciones sobre el VIH/SIDA. Rev Científica de la Investigación y el Conocimiento. 2018;(2):48-69.

14. Grayson W. Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Associated Dermatoses and Malignancy. Hospital-Based Dermatopathology New York. Springer International Publishing. 2020;1:823–84.
15. Soumah MM, Bangoura MA, Keïta M, Tounkara TM, Diané BF, Sylla D, et al. Skin Manifestations of HIV Infection in Children in Pediatric Services of Conakry University Hospital (Guinea). J Cosmet Dermatological Sci Appl. 2018;08(02):39–46.
16. Venzant S, Hechavarría B, Núñez L, Tamayo G, et al. Algunas consideraciones sobre las afecciones dermatológicas en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana/sida. Medisan. 2017;21(12):3408-14.
17. Guryevskaya O, Usmanova I, Hismatullina Z, Bulgakova A, Granot Y, Mochalov K. Clinical manifestations of oral mucosal lesions in various dermatosis. Actual Probl Dent. 2020;16(1):5–13.
18. Migda M, Migda MS, Migda B, Maleńczyk M. The usefulness of high-frequency ultrasonography in the evaluation of vulvar dermatoses in postmenopausal women – a preliminary report. J Ultrason. 2019;19(79):282–6.
19. Garza R, González S, Ocampo J. Manifestaciones cutáneas del VIH Gac Med Mex 2014;150(2):194-221.
20. Puebla M, Yuriria A, Juan R. Histoplasmosis cutánea. Reporte de caso en un paciente 428 con VIH y en un paciente inmunocompetente. Dermatol Rev Mex. 2020;64(4):428-35.
21. Roca P, Landau DC, Mainardi C, Kurpis M. Sarcoma de Kaposi en pacientes VIH. A propósito de dos casos – Rev Arg de Derm. 2019;100(2):126-31.
22. Perales D, la Torre Barrios D, Cano L, Ortega L. Principales dermatosis primarias asociadas a pacientes con VIH. Rev Enf Inf y Mic. 2019;39(2):103-8.
23. Nuno A, Losa JE, López JL, Martín R. Human papilloma virus dermatosis in human immunodeficiency virus-positive patients: A 14-year retrospective study in 965 patients. Med Clínica. 2017;148(9):401–4.
24. Aldama J, Negrete F, Aldama C. Infecciones mucocutáneas en pacientes con VIH/SIDA. Rev virtual Soc Parag Med I. 2020;7(2):48–54.
25. Muhlemann MF, Anderson MG, Paradinas FJ, Key PR, Dawson SG, Evans BA, et al. Early warning skin signs in AIDS and persistent generalized lymphadenopathy. Br J Dermatol. 2016;114(4):419–24.
26. Afaray, J. Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada de VIH en

- pacientes adultos en un hospital de la seguridad social de Perú. *Rev chilena de infectología*. 2016;(33):20-26.
27. Cruz RM , Rodríguez P y Novoa R. Micosis mucocutáneas en pacientes con VIH-Sida de la ciudad de Valparaíso, Chile. *Rev Arg Der*. 2013;94(4):134-143.
 28. Zampese MS, Garbin GC, Rech BG. Skin Manifestations Associated with HIV/AIDS. In: *Dermatology in Public Health Environments* . Springer International Publishing. 2018;835–918.
 29. Santamaría CG, Oliva CE, Molina JX, Molina CR. Manifestaciones dermatológicas en pacientes VIH/SIDA acorde a la cuantificación de CD4 y carga viral. *Med Cutan Ibero Lat Am*. 2019;47(3):194–9.
 30. Miranda P, Yuriria A, Juan R. Histoplasmosis cutánea. Reporte de caso en un paciente 428 con VIH y en un paciente inmunocompetente. *Dermatol Rev Mex*. 2020;64(4):428-35.
 31. Klussmann KG, Chang PE. Molusco contagioso en una paciente VIH. *Rev médica*. 2020;159(1):56-8
 32. Günthard HF, Saag MS, Benson CA, Del Rio C, Eron JJ, Gallant JE, et al. Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in Adults: 2016 recommendations of the international antiviral society-USA Panel. *JAMA*. 2016;316(2):191–210.
 33. Saag MS, Benson CA, Gandhi RT, Hoy JF, Landovitz RJ, Mugavero MJ. Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in adults: 2018 recommendations of the international antiviral society-USA panel. In: *JAMA*. 2018;320(4):379–96.
 34. Queirós N, Torres T. HIV-Associated Psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliograficas*. Elsevier. 2018;109(3):303–11.
 35. Roca P, Landau DC, Mainardi C, Kurpis M. Sarcoma de Kaposi en pacientes VIH. A propósito de dos casos – *Rev Arg de Derm*. 2019;100(2):126-31.
 36. Rodríguez R. Coinfección VIH/sida-Lepra. *Folia Dermatológica Cubana*. 2018;12(2):56-78.
 37. Carrera F, Pérez P, Artigas T, Rodríguez J, Sarmiento A, Barbar J, et al. Dermatitis seborreica como manifestación cutánea de sífilis primaria en paciente con SIDA. *Med Interna*. 2018;32(2):128–32.
 38. Berberi A, Noujeim Z, Aoun G. Epidemiology of Oropharyngeal Candidiasis in Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome Patients and CD4+ Counts. *J Int oral Heal JIOH*. 2015;7(3):20–3.

39. Tirado A, Bonifaz A, Montes de Oca G, Araiza J, Ponce RM. Crusted scabies in HIV/AIDS infected patients. Report of 15 cases. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(3):397–400.
40. Young TK, Gutierrez D, Zampella JG. An Overview of Penile and Scrotal Dermatoses. *Urology.* 2020;142:14–21.
41. Janier, M. Dauendorffe, J. Manifestaciones dermatológicas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *EMC – Dermatología.* 2019; 53(2):1-14.
42. Hartmann M. Dermatological signs of HIV-infection. *MMW-Fortschritte der Medizin. Springer Medizin.* 2019;161(19):20–5.
43. Giomi C, Villafañe MF, Correa J, Soto I, De Carolis L, Corti M, et al. Síndrome de Sweet asociado a infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Rev Med Argent.* 2018;104(10):505–9.

ANEXOS

ANEXO N°1: Dermatitis seborreica: se observa placas eritroescamosas en zona facial.



FUENTE: Gaceta Medica México VOL.150 Supl 2

ANEXO N°2: Rash: se observa lesiones en tronco de un paciente.



FUENTE: Revista chilena de infectología vol.32 supl.1

ANEXO N°3: Infección por cándida en paciente con VIH/SIDA



FUENTE: Revista chilena de infectología vol.32 supl.1

ANEXO N°4: Herpes simple tipo 1. Se observan lesiones en mucosa oral y labios



FUENTE: Gaceta Medica México VOL.150 Supl 2

ANEXO N°5: Sarcoma de Kaposi: se observan lesiones en cara anterior del brazo



FUENTE: Revista chilena de infectología vol.32 supl.1

ANEXO N°6: Angiomatosis bacilar: se observan nódulos eritematosos en región nasal



FUENTE: Revista chilena de infectología vol.32 supl.1

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, **NUBE ALEXANDRA PEREZ MATUTE**, portador(a) de la cédula de ciudadanía **No.0104907720**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "**DERMATOSIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo, autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 14 de noviembre de 2020



NUBE ALEXADRA PEREZ MATUTE
C.I. 0104907720

VIH DERMATOSIS

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

%

FUENTES DE
INTERNET

%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

2%

★ Submitted to London School of Hygiene and Tropical
Medicine

Trabajo del estudiante

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Activo