

COMUNICACIÓN BREVE

Algunas consideraciones sobre las afecciones dermatológicas en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana/sida

Some considerations on dermatological disorders in patients with human immunodeficiency virus/AIDS

Dra. Sucel Venzant Zulueta,^I Dra. Bárbara Olaydis Hechavarría Martínez,^{II} Dr. Leonardo Núñez Antúnez^{II} y Dra. Glenis Tamayo Gutiérrez^{III}

^I Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Hospital Infantil Docente Sur "Dr. Antonio María Béguez César", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/sida es uno de los problemas de salud pública más importante en todo el mundo. Se estima que hasta 95 % de los afectados presentan manifestaciones cutáneas durante el curso de la infección, entre las cuales se encuentran las producidas por hongos. A tales efectos, se describen algunas de ellas, las cuales deben ser reconocidas por los médicos y el personal de salud a cargo del tratamiento y control de los pacientes con esta enfermedad.

Palabras clave: virus de inmunodeficiencia humana, infección, inmunidad humoral, inmunidad celular, afección cutánea.

ABSTRACT

Human immunodeficiency virus/AIDS infection is one of the most important public health problems worldwide. It is considered that up to 95% of the affected patients present cutaneous manifestations during the course of the infection, among which we can mention those caused by fungus. To such effects, some of these are described, which should be recognized by doctors and health staff in charge of the treatment and control of patients with this disease.

Key words: human immunodeficiency virus/AIDS, infection, humoral immunity, cellular immunity, cutaneous affection.

INTRODUCCIÓN

Clínicamente, el sida es declarado cuando un paciente seropositivo presenta un conteo de linfocitos T CD4 inferior a 200 células por mililitro cúbico de sangre.¹

Las vías de transmisión son múltiples, principalmente a través del contacto sexual no protegido (anal y vaginal), mediante las agujas para inyección y la transmisión perinatal (de madre a feto).²

Por otra parte, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha originado profundas transformaciones en la práctica diaria de muchas especialidades

médicas, entre las cuales se incluye la dermatología. Esto se debe a la aparición de nuevas enfermedades o al incremento de la incidencia de procesos que antes eran muy infrecuentes, al desarrollo de formas atípicas, graves o resistentes al tratamiento y a cambios de comportamiento motivados por el riesgo del contagio.²

La piel es uno de los lugares más afectados en presencia de VIH y, a menudo, forma parte de las primeras manifestaciones de esta, por lo que constituye la primera señal que sirve como indicador predictivo de progresión del sida.³

La infección por VIH se acompaña entre 90-100 % de alteraciones cutáneas, que en las formas tempranas de la infección suelen ser de leves a moderadas; en otras ocasiones pueden acentuar procesos dermatológicos que contribuyen a su progresión.³

Usualmente, aparecen afecciones como candidiasis bucal, dermatitis seborreica, erupción papular pruriginosa, verrugas virales y psoriasis, comúnmente observadas en pacientes VIH negativos; pero, a medida que el conteo de CD4 disminuye, estas condiciones tienden a ser más crónicas, severas y resistentes a las terapias usuales.⁴

En relación con las infecciones bacterianas de la piel en los pacientes con VIH, los microorganismos habituales suelen ser *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus* que dan origen a cuadros de impétigo en las axilas e ingle, además de ectima, celulitis, foliculitis recurrente y crónica. Estas infecciones cutáneas bacterianas se atribuyen a la presencia de portadores nasales crónicos de *Staphylococcus aureus*.³

También existen en estos pacientes otras bacterias gramnegativas como las *rickettsias*, cuyas alteraciones relacionan piel, vasos y huesos, conocida como angiomatosis bacilar, que da lugar a neoformaciones friables y placas celulíticas en cualquier área.²

Entre las infecciones cutáneas se encuentran las dermatomicosis, cuya frecuencia de aparición es de 3-4 veces mayor que en la población general, y afecta principalmente a los hombres con una razón 3:1, pero con una distribución topográfica similar entre ambos sexos.⁵

La dermatofitosis oportunista habitual en la infección por VIH

Al caracterizar su patogenicidad, en estos pacientes se evidencia que si la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) es instaurada antes de que el número de linfocitos CD4 disminuya a menos de 500/mm³, las infecciones oportunistas por dermatofitos no se presentan con más frecuencia que en los individuos seronegativos.⁵

No obstante, en los pacientes con VIH son más frecuentes las formas clínicas extensas, las presentaciones atípicas y las lesiones resistentes al tratamiento. Además, las lesiones producidas por dermatofitos pueden ser puerta de entrada para infecciones bacterianas graves. Los hongos dermatofitos causantes de enfermedades en pacientes con VIH son *Trichophyton rubrum* y *Trichophyton mentagrophytes*, los cuales pueden causar afectación ungueal, que incluye la onicomycosis blanca lateral y distal subungueal, la onicomycosis blanca superficial y la onicomycosis proximal subungueal; esta última es prácticamente exclusiva de estos pacientes. Los cuadros clínicos de esta micosis son crónicos, tienen una expresión exagerada, son recidivantes, pueden dañar cualquier parte de la piel y presentan pobre respuesta a los tratamientos.⁶

Infecciones virales

Muchas veces el herpes zóster es la manifestación inicial del sida y se presenta en el período asintomático de la enfermedad; sin embargo, el molusco contagioso es muy frecuente hasta en 30 % de estos pacientes, incluso, llega a considerarse como un signo grave de inmunodepresión. Las infecciones por el virus del papiloma humano, en su forma clínica de verruga plana o vulgar, aparecen en cualquier área corporal y es más frecuente en la cara y dorso de las manos; tiene como característica más notable su multiplicidad, persistencia, progresividad, de acuerdo con el deterioro del sistema inmunológico y su resistencia a los tratamientos convencionales.⁶

Infecciones parasitarias

Las infecciones parasitarias están presentes en este grupo de enfermos. La escabiosis o sarna es la más frecuente y puede presentarse en su forma clásica, pero en etapas avanzadas de la enfermedad suele ser grave y adquirir la forma de sarna noruega.⁷

Otras manifestaciones de la enfermedad

Es común el prurigo relacionado con el sida, que consiste en lesiones muy pruriginosas, que cursan con períodos de empeoramiento y calma, sin causa aparente, y de difícil tratamiento. Se caracteriza por pápulas rojizas o color de la piel, normalmente escarificadas y con costras en la superficie, debido al picor intenso, y dejan como cicatriz marcas de color castaño. Normalmente, estos pacientes presentan la piel reseca lo que hace aumentar la sensación de picor.⁸

La erupción cutánea puede ocurrir como manifestación de infección por VIH en sí mismo. Una erupción generalizada ocurre típicamente de 48 a 72 horas después del inicio de la fiebre, y persiste entre 5-8 días. La parte superior del tórax, cuello y cara son los lugares más afectados, aunque también el cuero cabelludo y las extremidades, incluyendo palmas y plantas de manos y pies, respectivamente. Las lesiones son pequeñas (5-10 mm), maculopapulosas, bien circunscriptas, ovales o redondas y rosadas a rojo intenso; asimismo, se han registrado erupciones urticarianas, vesiculares y pustulosas, pero no tan frecuentes como las anteriores.⁹

Por su parte, la leucoplasia pilosa tiene una frecuencia de presentación de hasta 50 %, de manera que constituye un marcador de progresión de la enfermedad hacia el sida; estadísticamente se asocia con una menor sobrevivencia. De igual forma, otra de las afecciones dermatológicas que se debe tener en cuenta es el sarcoma de Kaposi (figura 1), reconocido como la neoplasia más frecuente en este tipo de enfermo, principalmente en hombres homosexuales.¹⁰



Fig. 1. Sarcoma de Kaposi en paciente con VIH

En el curso de la enfermedad se destacan otros procesos, fundamentalmente inflamatorios, como la psoriasis (en 5 %), que puede aparecer como una nueva manifestación o una reactivación de la psoriasis preexistente, por lo general, más severa. La dermatitis seborreica tiene un estimado de incidencia de 25-40 % y se describen reacciones adversas en 70 %, como consecuencia de medicamentos que se emplean en la profilaxis de enfermedades oportunistas o de la propia infección del VIH.¹¹

Debe tenerse en cuenta que muchas afecciones dermatológicas e infecciones de transmisión sexual requieren medidas terapéuticas diferentes cuando se asocian con infección por VIH, debido a una peor respuesta al tratamiento o al riesgo que implican algunos para los pacientes inmunodeprimidos. Teniendo en cuenta que los infectados por VIH presentan elevado riesgo de contraer otras enfermedades de transmisión sexual, por los modos comunes de transmisión, deben ser estudiados también en la búsqueda de estas y ejemplo de ello son los resultados obtenidos en investigaciones internacionales que revelan que 39 % de todos los pacientes con sífilis, que acudieron al Departamento de Dermatología y Venereología, presentaban coinfección con este virus.¹²

La evaluación dermatológica debe incluir una inspección cutánea completa, examen de la cavidad bucal (figura 2), inspección de la región anogenital y palpado de los nódulos linfáticos.



Fig. 2. Candidiasis bucal en paciente con VIH

Estos aspectos permiten expresar que el dermatólogo podría ser el primer médico a quien el enfermo consulte y, por tanto, a quien le corresponde hacer el diagnóstico inicial. Por ello, se impone reconocer y aprender a interpretar las manifestaciones dermatológicas que permitan sospechar la presencia del VIH.¹³

Desde el inicio de la epidemia se han realizado diferentes estudios para evaluar la tasa de progresión al sida en los pacientes con VIH y los factores implicados en dicha progresión. El conocimiento de los factores asociados a ello y a la muerte permite estimar el pronóstico de un enfermo determinado, el riesgo de desarrollar infecciones oportunistas y neoplasias, así como el momento oportuno para el inicio del tratamiento antirretroviral y profiláctico de las infecciones oportunistas. Actualmente, los marcadores de progresión más utilizados son la carga viral plasmática del VIH y el número de linfocitos CD4+.¹⁴

Con las nuevas estrategias de tratamiento antirretroviral se logra reducir la carga viral por debajo de niveles detectables entre 50-80 % de los pacientes y mantener este efecto durante períodos superiores a un año. Esta respuesta periférica representa una reducción importante y sostenida de la carga viral en el tejido linfático.¹¹

Desde la introducción en 1996 del tratamiento antirretroviral de gran actividad, ha disminuido notablemente la incidencia de infecciones oportunistas y la mortalidad en los pacientes con VIH. Del mismo modo, la variedad de afecciones cutáneas en las consultas dermatológicas ha cambiado, no solo en términos cuantitativos, sino principalmente cualitativos. Tradicionalmente, las dermatosis vinculadas con la infección por VIH han dado paso a otros problemas aparentemente menos graves, pero que a menudo tienen repercusiones importantes sobre la imagen corporal del paciente, sus relaciones sociales o su calidad de vida. En ocasiones, son los propios fármacos antirretrovirales los agentes causales de dichas alteraciones.⁸

Hoy día, las dermatosis oportunistas han disminuido y los procesos dermatológicos más frecuentes son de menor gravedad.¹⁵ Estos dependen fundamentalmente de la situación clínica, virológica e inmunitaria, así como del tratamiento farmacológico que reciben los enfermos, de ahí que en ocasiones, las enfermedades cutáneas más frecuentes en los pacientes con infección por VIH sean poco valoradas y, a menudo, pasen inadvertidas tanto para los pacientes como para el personal sanitario que los atiende (figura 3).



Fig. 3. Verruga vulgar en paciente con VIH

CONCLUSIONES

En los pacientes VIH/sida, las afecciones dermatológicas que se presentan con gran frecuencia son las micóticas de causa infecciosa, por lo cual es muy probable que en la práctica diaria los profesionales se enfrenten a estas manifestaciones, por lo que deben conocerlas para poder brindar ayuda oportunamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díez M, Díaz A. Evolución del sida en España. *Investigación y Ciencia*. 2013 [citado 16 May 2016];442:61-4.
2. Brandt AM. How AIDS invented global health. *N Engl J Med* 2013; 368: 2149-52.

3. Vogt T, Brockmeyer N, Kutzner H, Schofer H. Brief 1 D. Guidelines-cutaneous angiosarcoma and Kaposi sarcoma. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2013;11:2-9.
4. Silva F, Cifuentes M, Pinto E. Resultados de la vigilancia de susceptibilidad antimicrobiana en Chile: consolidando una red. *Rev Chil Infect.* 2011 [citado 16 May 2016]; 28(1).
5. Arenas R, Vásquez del Mercado E, Moreno G, Fernández R. Micosis superficiales en pacientes que viven con VIH/SIDA. Revisión 2010 del Consenso Nacional de Micosis Superficiales. *Dermatol Rev Mex.* 2010; 54(5):259-66.
6. Organización Mundial de la Salud. Virus del herpes simple, 2016 [citado 16 May 2016].
7. World Health Organization. Consolidates guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public approach. Geneva: WHO; 2016.
8. Alcaide Carrascosa L, Borzotta Florencia IC, Parra V. Manifestaciones cutáneas no infecciosas en pacientes con VIH. *Rev Med Univer Facultad UNCuyo.* 2014 [citado 23 May 2016];10(2).
9. Cruz Choappa RM, Herman Rodríguez PA, Novoa Arias RE. Micosis mucocutáneas en pacientes con VIH/sida de la ciudad de Valparaíso, Chile. *Rev Argent Dermatol.* 2013 [citado 23 May 2016]; 94(4).
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS y el VIH/sida (2014-2018). La Habana: MINSAP; 2013.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública Estrategia de género en apoyo al componente educativo de la Respuesta Nacional a las ITS-VIH/sida. La Habana: MINSAP; 2012.
12. Farhi D, Dupin N. Management of syphilis in the HIV-infected patient: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010;28:539.
13. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación de casos. Recomendaciones para mejorar y fortalecer los sistemas de vigilancia del VIH. Washington, DC: OPS; 2012.
14. Navarrete Dechent C, Ortega R, Fich F, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. *Rev Chil Infectol.* 2015 [citado 23 Jun 2016]; 32(1).
15. Bernárdez Cruz Y, Curbelo Alonso M, Cabrera Acea GC, Sabatés Martínez MM, Cabrera Pereda MA. Afecciones dermatológicas en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana. *MEDISUR.* 2015 [citado 23 Jun 2016];13(6).

Recibido: 8 de diciembre de 2016.

Aprobado: 5 de octubre de 2017.

Sucel Venzant Zulueta. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso",
avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo
electrónico: barbaraolaidis@infomed.sld.cu