

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
POSTGRADO DE DERMATOLOGIA Y SIFILOGRAFIA  
HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS  
INSTITUTO DE BIOMEDICINA

## **La presencia inesperada: Patología Cutánea como debutante en VIH/SIDA.**

Rivera Z\*, Bravo N\*, Borges R\*\*, Reyes O\*\*\*.

\*Residente del postgrado de Dermatología. Instituto de Biomedicina. Hospital Vargas.

\*\* Asesor estadístico del postgrado de Dermatología y Sifilografía.  
Instituto de Biomedicina. Hospital Vargas de Caracas

\*\*\*Adjunto jefe de la consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina.  
Hospital Vargas de Caracas.

[drazulayrivera@gmail.com](mailto:drazulayrivera@gmail.com)  
Teléfono: (416) 6145991

Caracas, septiembre 2010.

# **La presencia inesperada: Patología Cutánea como debutante en VIH/SIDA.**

(The unexpected presence: Skin disease in HIV/AIDS rookie)

Rivera Z, Bravo N, Borges R, Reyes O.

Cátedra de Dermatología y Sifilografía. Escuela de Medicina José María Vargas.  
Universidad Central de Venezuela. Instituto de Biomedicina. Caracas. Venezuela.

Correo electrónico: [drazulayrivera@gmail.com](mailto:drazulayrivera@gmail.com)

Teléfono: (416) 6145991

## TRABAJO LIBRE ORAL DANTE BORELLI

Trastornos de la piel son muy comunes y causan morbilidad significativa en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Hay pocos datos sobre la prevalencia de enfermedades dermatológicas como signo primario o diagnóstico de la infección y asociación con recuentos de CD4. Objetivo: Evaluar la prevalencia de trastornos de la piel como signo inicial en pacientes ambulatorios infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y la asociación con el grado de inmunosupresión, de la consulta de Inmunosuprimidos del Instituto de Biomedicina, durante el año 2005 – 2010. MÉTODOS: estudio epidemiológico de tipo analítico, observacional, retrospectivo. Los casos corresponden a pacientes con patología dermatológicas como signo primario que durante su evaluación se realiza serología para VIH siendo esta Positiva. RESULTADOS: Cuarenta y un pacientes (hombres: mujeres, 13: 1). El modo más común de transmisión del VIH fue las relaciones hombre-hombre, de 33 pacientes 20 tiene historia positiva de consumo de drogas no lícitas (alcohol), y 5/33 reportaron consumo de ambas. La distribución de los pacientes por recuentos de células CD4 fue: 4,885% con menos de  $50 \times 10^6/L$ , 19,52% tienen entre 50 y 199/microL, y el 29,26% con un mínimo de  $200 \times 10^6/L$ . El trastorno de la piel más frecuente fue infeccioso (37,03%), seguida de inflamatorias (24,07%), infestaciones (14,82), papuloescamosas (12,97%), y neoplásicas (11,11%). Un recuento de células CD4 de menos de  $200 \times 10^6/L$  se asoció significativamente con un mayor número de trastornos de la piel. CONCLUSIONES: las patologías cutáneas representan un signo precoz de la enfermedad VIH/SIDA, y está relacionado a recuento bajos de células CD4, y con cargas virales elevadas.

Palabras Claves: manifestación cutánea, CD4, piel.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha surgido en los últimos 25 años del siglo XX, y diseminado en menos de dos decenios a más de 190 países en todos los continentes, fue descubierto y se consideró como el agente de la naciente epidemia de SIDA por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983, el cual se conocía con el nombre de virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV-III). En 1986-1990, oficialmente el virus se denomina, *virus de inmunodeficiencia humana* (VIH) y desde 1991, al VIH se le agregan los números 1 y 2, en concordancia con las dos especies conocidas, VIH-1 y VIH-2.<sup>1</sup>

La pandemia del VIH-1 es una mezcla compleja de diversas epidemias en y entre países y regiones del mundo, y es, sin duda, la definición de la crisis de salud pública de nuestro tiempo.<sup>2</sup> De acuerdo con los datos más recientes que se dan a conocer en la *Situación de la epidemia de SIDA* del ONUSIDA/OMS, se estima que para el año 2008, 39,5 millones de personas presentaban serología positiva para VIH, con una prevalencia en adultos (15 a 49 años) de 0,8%; en el año 2006 reportaron 4,3 millones de nuevos infectados, de las cuales 2,8 millones (65%) habitan en África subsahariana, en este mismo año 2,9 millones de personas fallecieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA. En América latina la tasa de prevalencia es de 0,5 por 100.000 habitantes, y en la subregión del Caribe es de 2,2, la relación hombre-mujer es de 3:1 pero para el Caribe es de 1:1. Sin embargo se sabe que el subregistro en esta región es cercano al 50%.<sup>3</sup>

Los nuevos datos indican que en los países donde los programas de prevención no se han sostenido o no se han adaptado a los cambios de la epidemia, las tasas de infección se han mantenido estable o vuelven a subir incluyendo a Venezuela quien no se encuentra dentro de los países que haya establecido metas de acceso universal, así como el porcentaje de escuelas que proporcionan educación para la salud de VIH es muy bajo.<sup>3,4</sup> En 1994 el número de seropositivos conocidos en Venezuela era de 3467;<sup>5</sup> pero se estimaban hasta unos 35000 infectados en 1998.<sup>6</sup>

Aunque la comprensión de la patogénesis y la dinámica de transmisión se ha vuelto más matizada, las vías de transmisión del HIV 1 y HIV 2 son iguales en el mundo, pero con relativa diferencia de acuerdo a la región, la transmisión heterosexual es el modo dominante de propagación en la mayoría de los países en desarrollo, y la transmisión vertical madre-hijo es más común que en los países industrializados. La transmisión homosexual es común en el sudeste de Asia, Centroamérica y América del Sur, y la asociada al consumo de drogas es especialmente frecuente en algunas partes del sur y sudeste de Asia y en el centro y sur América.<sup>1,2</sup> Las investigaciones se han profundizado en la comprensión de cómo el virus se replica, manipula, y se esconde en una persona infectada.<sup>2</sup> Sin embargo, la prevalencia de las infecciones oportunistas y las manifestaciones clínicas del VIH-SIDA ha disminuido drásticamente dado que las opciones de prevención se han ampliado, y desde la era de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), el SIDA se ha transformado de una enfermedad inevitablemente fatal a una enfermedad crónica manejable, pero esa mejora no se ha traducido en un descenso de la mortalidad.<sup>7,8</sup>

La enfermedad por VIH se caracteriza por presentarse desde un estado asintomático, o a través de enfermedad sintomática, a una enfermedad mortal que

se caracteriza por infecciones oportunistas, neoplasias malignas, múltiples y simultáneas; enfermedad neurológica, y emaciación, que tienen un patrón clínico y semiológico diferente a las que se presenta en pacientes VIH negativos con las mismas entidades.<sup>1</sup> La infección por el VIH puede afectar a todos los sistemas del cuerpo humano, y las manifestaciones tempranas de la enfermedad que más se reportan suele ser pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna y diarrea, pero en algunos casos se presentan trastornos de la piel como manifestación inicial, situación que coloca a la Dermatología a jugar un papel estelar en el diagnóstico y reconocimiento de estos pacientes, aunque también durante el curso de la infección por VIH tipo 1, alcanzando una prevalencia de hasta un 90% en los pacientes infectados.<sup>9</sup> Incluso los trastornos cutáneos forman parte de los criterios diagnósticos para el SIDA establecido por la OMS, planteando la definición de caso en adulto o adolescente (> 12 años de edad) si por lo menos dos indicadores principales están presentes en combinación con al menos uno de los signos menores, en los que se incluyen ( dermatitis pruriginosa generalizada, historia positiva para herpes zoster, candidiasis orofaríngea, infección por herpes simple diseminada o crónicamente progresiva, o linfadenopatías generalizadas), demostrando como la piel es el reflejo del deterioro del sistema inmunológico contra el virus de inmunodeficiencia humana y que va a depender de su función, la frecuencia de presentación de las patologías cutáneas, su gravedad y diseminación.<sup>1,10</sup> Además la presencia de sarcoma de Kaposi *per se* es suficiente para el diagnóstico de SIDA.<sup>1</sup>

En general, las manifestaciones cutáneas pueden ser divididos en 5 categorías principales (es decir, enfermedades infecciosas, las infestaciones, papuloescamosas, neoplasia, e inflamatorias).<sup>7</sup> Dentro de las patologías infecciosas, las infecciones por herpes virus tienden a ser más frecuentes, con presentación atípica, y resistentes a la primera línea de tratamiento, se localizan a nivel perianal, genital, orofacial, y áreas digitales. El virus de varicela zoster (VVZ) se reactiva normalmente como zoster en pacientes infectados por el VIH y se relaciona con un recuento de CD4 menor a 200/mm<sup>3</sup>, y como manifestación inicial de la enfermedad.<sup>11,12</sup> El molusco contagioso, causada por un poxvirus, suele ser una infección común. El citomegalovirus es un patógeno común en los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana.<sup>13</sup>

Dentro de las infecciones bacterianas que complica a la enfermedad por VIH están: *Staphylococcus aureus* (foliculitis, impétigo, y forúnculos), *Streptococcus* del grupo A  $\beta$ -hemolítico (impétigo y linfangitis), e infección por *Pseudomonas aeruginosa* (foliculitis y ectima). La infección cutánea primaria por micobacterias tuberculosas no son comunes en pacientes infectados por el VIH, pero si existe reportes de casos por micobacterias atípicas como *Mycobacterium fortuitum* (nódulos subcutáneos en usuarios de drogas por vía intravenosa) y *Mycobacterium haemophilum* (pápulas, úlceras y celulitis).

La infección por nocardia es una infección que rara vez se denuncian en pacientes infectados por el VIH; típicamente ocurre en pacientes con inmunodeficiencia avanzada (89% de los casos), a menudo como la primera infección oportunista más grave (42% de los casos), tiende a diseminarse y se caracteriza por un curso indolente que puede ser difícil de diferenciar de otras enfermedades sistémicas.<sup>14</sup>

Las infecciones por hongos son más frecuentes por *Candida albicans*, y como manifestación inicial y diagnóstica.<sup>15</sup> La criptococosis (*Cryptococcus neoformans*) es el segundo hongo más común, con manifestaciones cutáneas que incluyen pápulas, nódulos, lesiones molusco-like, úlceras y lesiones de tipo SK. La coccidioidomicosis y la histoplasmosis presenta manifestaciones cutáneas, como pústulas, nódulos y placas; en la histoplasmosis, las lesiones también pueden asemejarse a acné vulgar o foliculitis. También se ha estudiado aunque de forma limitada la asociación con enfermedades tropicales endémicas, teóricamente, la infección por VIH podría aumentar la incidencia de enfermedades tropicales, y alterar su historia natural, la expresión clínica, o la respuesta al tratamiento, la leishmaniasis visceral, a menudo diseminada, parece aumentar la incidencia en personas infectadas, aunque la mayoría de los informes han sido del sur de Europa en lugar de África subsahariana o de América del Sur, incluso las personas infectadas con VIH y leishmaniasis requieren tratamiento de mantenimiento, de lo contrario es frecuente observar recaídas.<sup>16,17</sup>

El síndrome agudo por VIH se asocia clásicamente con una erupción, que se conoce como dermatitis pruriginosa generalizada, que son lesiones papuloescamosas, y suele ser una manifestación inicial de la enfermedad.<sup>7</sup> Existen otras condiciones como la dermatitis seborreica que tiene una alta prevalencia en personas infectadas por el VIH, y puede presentarse en todas las etapas de la infección; por lo tanto no se cree que está asociada con un mal pronóstico. Incluso la dermatitis seborreica aislada podría ser una señal temprana de la infección por HIV.<sup>18</sup> Las personas con infección por el VIH a veces desarrollan psoriasis agresiva, no suele verse en otros pacientes inmunodeprimidos. Sin embargo, un papel fisiopatológico específico y directo del VIH-1 en estos trastornos asociados con el SIDA sigue sin estar claro ya que el VIH no ha sido fácil de detectar en estas lesiones cutáneas.<sup>19</sup> Además Los medicamentos como la ciclosporina A y metotrexato pueden en gran medida aumentar las probabilidades de un paciente a una infección oportunista. La ciclosporina se utiliza para tratar la eritrodermia psoriática y tiene un defecto inhibitorio directo sobre la replicación del VIH-1.<sup>20</sup>

También es posible observar como manifestaciones cutáneas dermatitis de contacto, así como dermatitis alérgicas, y necrosis epidérmica tóxica.<sup>21,22,23</sup>

Dentro del las neoplasias que son específicas para la infección VIH/SIDA así como marcador diagnóstico, puede presentarse como manifestación primaria el sarcoma de Kaposi.<sup>9</sup>

Aunque la infección avanzada por el VIH puede ser difícil de diagnosticar clínicamente, es conveniente disponer de la serología VIH en pacientes con sospecha de enfermedad por VIH, siendo ésta la prueba estándar, dado que existen adicionalmente pruebas moleculares que permiten la proyección de la fuente de la sangre, la detección de la transmisión vertical; y pruebas de carga viral y conteo de linfocitos las cuales ayudan a controlar a los pacientes durante la terapia antirretroviral.<sup>24</sup>

La infección por VIH constituye un problema de salud pública tanto nacional como mundial, con serias repercusiones individuales y sociales. El diagnóstico precoz y oportuno es esencial para el inicio de terapia antirretroviral, y las manifestaciones cutáneas como signo inicial de la enfermedad plantean ser un

claro reflejo del deterioro del sistema inmune, es por esto que nuestra preocupación está orientada a la identificación de las patologías expresadas como marcador diagnóstico de la enfermedad, lo que implicaría así el rol protagónico de los dermatólogos, quienes deben conocerlas y vigilar el orden en que aparecen ya que la interpretación correcta es esencial para el asesoramiento a los pacientes sobre la progresión de su enfermedad y para iniciar el tratamiento, sobretodo porque algunos signos clínicos (como la candidiasis oral) o los resultados de las pruebas de laboratorio (por ejemplo, un recuento de CD4 bajos) puede indicar un peor pronóstico.

## **OBJETIVO**

Evaluar la prevalencia de trastornos de la piel como signo inicial en pacientes ambulatorios infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y la asociación con el grado de inmunosupresión, de la consulta de Inmunosuprimidos del Instituto de Biomedicina, durante el año 2005 – 2010.

### **Objetivos Específicos:**

Determinar la frecuencia de las enfermedades dermatológicas como signo primario de infección por virus de inmunodeficiencia humana en el instituto de biomedicina durante el lapso 2005 – 2010.

Determinar las características epidemiológicas de los casos de VIH con manifestaciones cutáneas como signo primario.

Distribuir los casos VIH positivos según tipo de manifestación cutánea como signo inicial.

Distribuir los casos con enfermedades dermatológicas como signo primario de VIH según tipo de relación sexual, número de parejas/vida, numero parejas/año.

Conocer el valor predictivo de las enfermedades cutáneas como signo primario para la infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Establecer la relación entre el número de parejas vida y la aparición de manifestaciones cutáneas como signo inicial de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Establecer la relación entre la estabilidad de la pareja manifestaciones cutáneas como signo inicial de la infección por virus de inmunodeficiencia humana

Establecer la asociación entre la prevalencia de la enfermedad de la piel y el recuento de CD4.

## **MATERIALES Y METODOS**

### **Tipo de Estudio:**

Para el desarrollo de esta investigación se realizó un estudio epidemiológico de tipo analítico, observacional, retrospectivo.

En este estudio los casos corresponden a pacientes con patología dermatológicas que durante su evaluación se realiza serología para retrovirus siendo esta Positiva.

### **Población y Muestra**

#### **Población**

La población de este estudio está constituida por todos los pacientes con patologías dermatológicas como signo primario para la infección por VIH, que acudieron a la consulta de inmunosuprimidos del servicio de dermatología del Instituto de Biomedicina, Hospital Vargas, en el período de agosto 2005 a agosto 2010.

Con la finalidad de minimizar los sesgos se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

#### **Casos**

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes quienes hasta el momento de la consulta al servicio de dermatología desconocían su positividad para la serología de Virus de Inmunodeficiencia Humana.

#### **Muestra**

Todos los pacientes con serología para VIH positiva con prueba confirmatoria tipo Western Blot.

### **La recolección de la información**

Utilizamos un instrumento de registro que recogió las variables del problema en estudio, de las historias clínicas de los casos, el cual fue elaborado por los autores.

El instrumento de recolección está constituido por 9 variables las cuales se desglosan en varios ítems para obtener los datos necesarios de nuestra investigación (ver apéndice).

Variables de estudio:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado civil.
4. Drogas ilícitas y no ilícitas.
5. Diagnostico Clínico.
6. Número de parejas vida.
7. Estabilidad de la pareja.
8. Tipo de relación sexual.
9. Niveles de CD4, CD3, CD8, y carga viral.

Se establece las categorías de las manifestaciones cutáneas en 5 grandes grupos (enfermedades infecciosas, la infestación, papuloescamosas, neoplasia, e inflamatorias), y si el caso lo amerita confirmación del diagnóstico clínico por estudio anatomopatológico con hematoxilina-eosina, cultivos micológico, pruebas intradérmicas, PCR para serotipos de VPH.

Para el pesquisaje de VIH se utilizó la prueba de ELISA para anticuerpos contra el VIH fue determinada utilizando una prueba inmunocromatográfica HIV 1 y 2. Las muestras reactivas para VIH fueron confirmadas por Western Blot.

### **Análisis estadístico**

Los resultados se organizaron en tablas de frecuencias y las variables cualitativas se expresaron en números y porcentajes y su diferencia se calculó utilizando Chi cuadrado o test de Fisher. Para las variables cuantitativas se determinaron la media aritmética y la desviación estándar. Para comparar los promedios se utilizó la prueba T de Student para medias de muestras independientes. Fue considerado como significativo todo valor de probabilidad menor de 0,05.

## RESULTADOS

De un total de pacientes de historias de primera en adultos del Instituto de Biomedicina en el periodo comprendido entre 2005 y 2010 ingresaron 10.505 casos, de los cuales el 3% (326 casos) tenían diagnóstico positivo para Virus de Inmunodeficiencia Humana ingresando a la consulta de inmunosuprimido, de ellos el 12,5% se realizó el diagnóstico de VIH por presentar patología cutánea como signo primario, entre las infecciones más frecuentes se destaca el virus de papiloma humano, virus de varicela zoster, molusco contagioso; infestaciones como leishmaniasis; neoplasias como sarcoma de Kaposi; papuloescamosas tipo psoriasis y dermatitis seborreica, e inflamatoria como erupción medicamentosa, dermatitis atópica. A continuación se exponen los resultados cuantitativos logrados con el presente estudio:

**TABLA N°1**

Frecuencia de casos de pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH. Consulta de Inmunosuprimidos.  
Instituto de Biomedicina. 2005-2010.

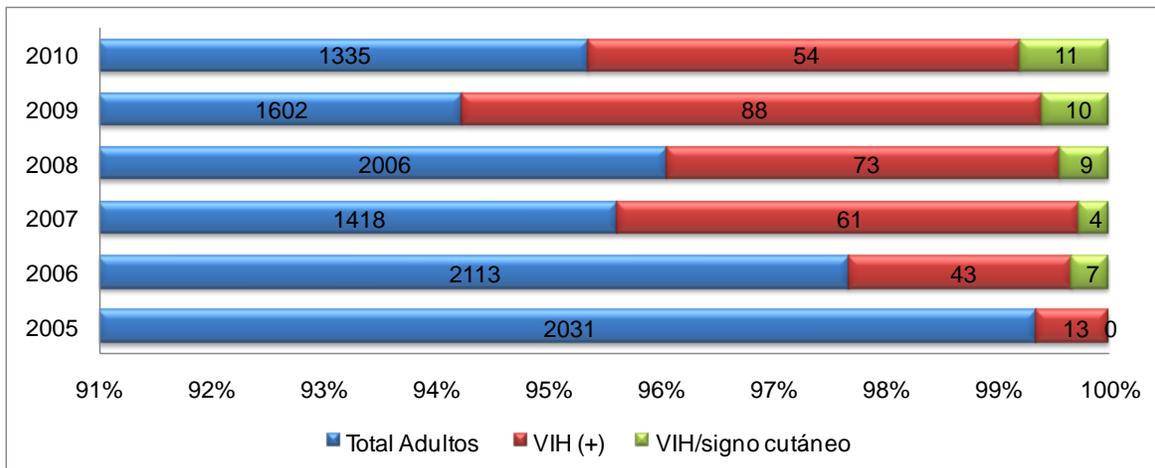
<b>Años</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
2005	0	0
2006	7	17,09
2007	4	9,75
2008	9	21,95
2009	10	24,39
2010	11	26,82
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección.

**Descripción:** en este cuadro se observa que hay un incremento del número de casos anuales, con un mayor porcentaje reportado (26,82%) para el año 2010.

## FIGURA N°1

Frecuencia de casos de pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de  
primario de VIH. Consulta de Inmunosuprimidos.  
Instituto de Biomedicina. 2005-2010.



**Fuente:** estadística del Instituto de Biomedicina.

**Descripción:** podemos observar el creciente número de casos con diagnóstico positivo para Virus de Inmunodeficiencia Humana a lo largo del tiempo incluso como en tan solo 6 meses del año 2010 se evidencia que puede duplicarse el número totales, y como los signos cutáneos como primer diagnóstico ha sido progresivo.

## TABLA N°2

Distribución de pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH según edad. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010.

<b>Grupo de Edad (años)</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
10-19	2	4,87
20-29	10	24,39
30-39	17	41,47
40-49	8	19,53
50-59	2	4,87
60-69	2	4,87
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección.

**Descripción:** el grupo etáreo con mayor número de casos de manifestaciones dermatológicas como signo primario de VIH correspondió a los pacientes comprendidas entre 30 y 39 años.

### TABLA N°3

Distribución de pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH según estabilidad de la pareja. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010.

<b>Estabilidad de la pareja</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
Soltera	28	68,30
Casada	6	14,63
Unión Estable	2	4,87
No reportado	5	12,20
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección.

**Descripción:** podemos observar que la mayoría de los pacientes infectados por VIH que desarrollaron patologías cutáneas como manifestación inicial no cuentan con apoyo de su pareja representado por un 68,30 % de soltería.

#### TABLA N°4

Distribución por sexo de los pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010.

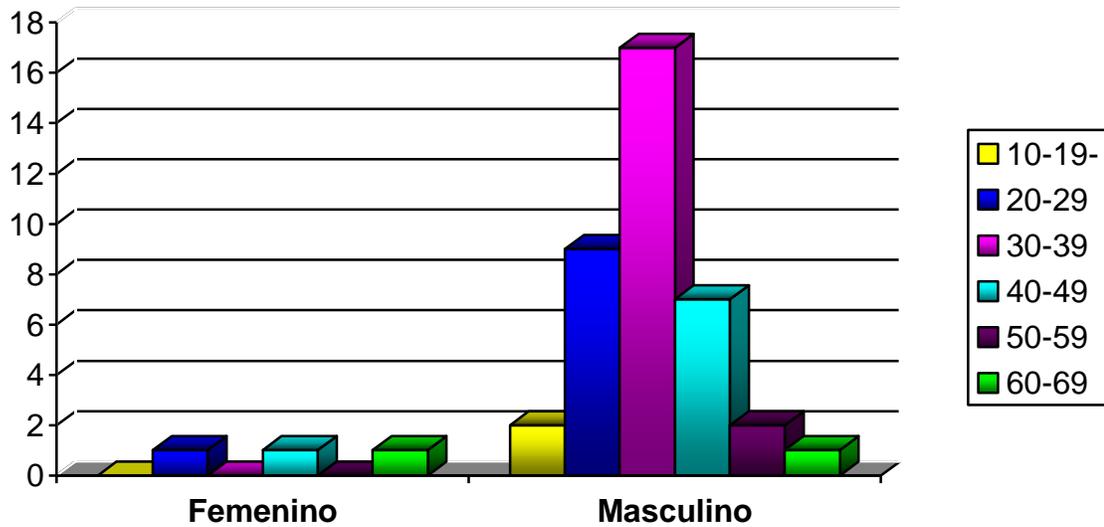
<b>Sexo</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
Femenino	3	7,32
Masculino	38	92,68
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección.

**Descripción:** del total de la población estudiada el 92,68% esta representado por el sexo masculino, tan solo un 7,32% corresponde al sexo femenino.

## FIGURA N°2

Asociación de pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH según sexo y edad. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010.



Fuente: Ficha de recolección.

**Descripción:** esta figura resalta la alta frecuencia de pacientes VIH positivos del sexo masculino con signo cutáneo primario, con mayor frecuencia en el grupo etáreo entre 30 y 39 años.

**TABLA N°5**

Distribuir los casos VIH positivos según tipo de manifestación cutánea como signo inicial. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010.

<b>Tipo Manifestación Cutánea</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
Infecciosas	20	37,03
Infestación	8	14,82
Neoplasias	6	11,11
Papuloescamosas	7	12,97
Inflamatorias	13	24,07
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección

**Descripción:** la causa infecciosa es la manifesatción cutánea primaria más frecuente en los pacientes VIH positivos (37,03%).

**TABLA N°6**

Distribución de los pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH según tipo de relación sexual. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010

<b>Tipo Relación Sexual</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
Hombre-hombre	19	46,34
Hombre-Mujer	14	34,14
Bisexual	5	12,20
No reportado	3	7,32
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección.

**TABLA N°7**

Distribución de los pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH según tipo de relación y tipo manifestación. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010

<b>Tipo manifestación cutánea</b>	<b>Tipo de Relación</b>			<b>Total</b>
	<b>RHH</b>	<b>RHM</b>	<b>RBisexual</b>	
Infeciosas	6	5	1	12
Infestación	1	1	1	3
Papuloesacamosas	1	4	0	5
Neoplasias	3	2	0	5
Inflamatorias	4	3	1	8
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>33</b>
	<b>45,5%</b>	<b>45,5%</b>	<b>9,1%</b>	

Fuente: Ficha de recolección

**Descripción:** el grupo con más casos de VIH positivo con manifestaciones cutáneas como signo primario tenían una relación tipo hombre-hombre en un 46,34%.

## TABLA N°8

Distribución de los pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH según número de parejas sexuales vida. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010

<b>N° parejas sexuales/vida</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
1 - 9	10	
10 - 19	4	9,76
20 – 29	5	12,19
≥ 30	1	2,44
No reportados	21	51,21
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección

**Descripción:** el 50% de los casos han tenido más de diez parejas durante su vida.

**TABLA N°9**

Distribución de los pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH según número de parejas sexuales por año. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010

<b>N° parejas sexuales/año</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
1	11	26,84
2	2	4,88
≥ 3	7	17,07
No reportados	21	51,21
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección

**Descripción:** el 26,84 % de los casos han tenido 1 sola pareja al año.

**TABLA N°10**

Distribución de los pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH según drogas ilícitas y no ilícitas. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010

<b>Drogas</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
No Lícitas (alcohol)	20	48,78
Lícitas	0	0
Ambas	5	12,20
Ninguno	8	19,51
No reportados	8	19,51
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección

**TABLA N°11**

Distribución de los pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH según drogas no ilícitas y tipo manifestación. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010

<b>Tipo manifestación cutánea</b>	<b>Alcohol</b>		<b>Frecuencia %</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Infecciosas	10	1	48,78
Infestación	2	1	0
Papuloesacamosas	4	0	12,20
Neoplasias	0	1	19,51
Inflamatorias	1	0	19,51
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>		<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección

**Descripción:** 20/33 tiene historia positiva de consumo de drogas no lícitas (alcohol), y 5/33 reportaron consumo de drogas lícitas y no lícitas. Hay una mayor relación con respecto al consumo de bebidas alcohólicas y las infecciones (VPH, VHS, VHZ, MC)

**TABLA N°12**

Distribución de los pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH según profesión. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010

<b>Ocupación</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
Del hogar	3	7,32
Obrero	7	17,07
Empleado	12	29,26
Estudiante	3	7,32
Comerciante informal	7	17,07
Desempleado	4	9,76
No reportado	5	12,20
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección

**Descripción:** el 29,26% de los pacientes tienen un empleo.

**TABLA N°13**

Distribución de los pacientes con manifestaciones cutáneas como signo de primario de VIH por niveles de Linfocitos CD4. Consulta de Inmunosuprimidos. Instituto de Biomedicina. 2005-2010

<b>Niveles de Linfocitos CD4 (10 (6)/L)</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
< 50	2	4,88
50 – 199	8	19,52
≥ 200	12	29,26
No reportado	19	46,34
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección

**Descripción:** el 53,66% de los casos el diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana se realizó por manifestaciones cutáneas primarias con niveles de linfocitos CD4 menores a 200.

**FIGURA N°3**

**Sarcoma de Kaposi**



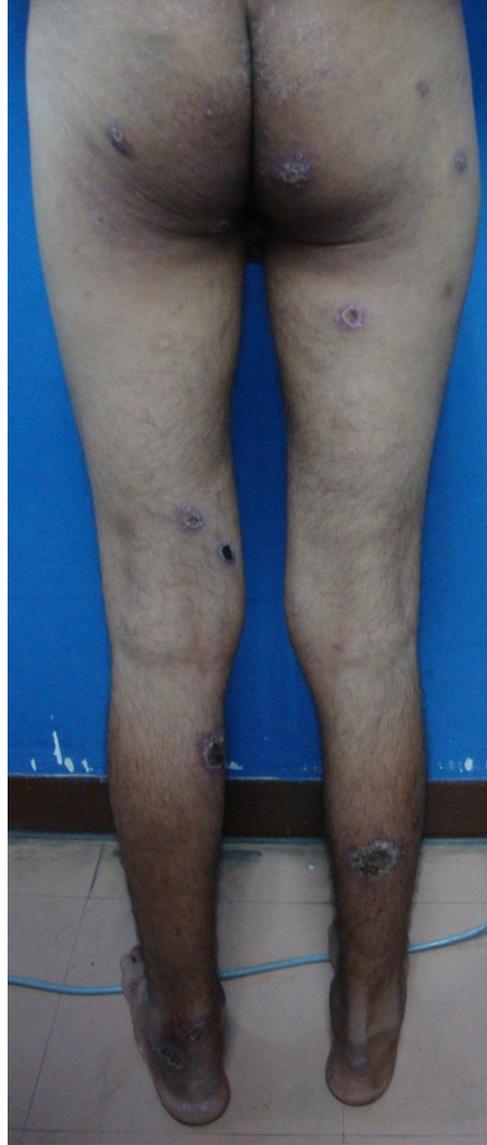
**Tinea unguis**



**Eritrodermia Psoriàtica**



## Leishmaniasis



La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en América Latina en la última década ha presentado un creciente aumento y Venezuela no se escapa de esta situación, incluso esta epidemia se ha generalizado de las ciudades a las áreas rurales con una tendencia a afectar cada día más a poblaciones jóvenes, especialmente mujeres y con estratos socioeconómicos bajos. Aunque se sabe mucho sobre la historia natural de la infección por el VIH, es posible plantear que la mayoría de las personas infectadas por el VIH eventualmente desarrollan SIDA; algunos signos clínicos como candidiasis oral o el recuento de linfocitos CD4 puede indicar un peor pronóstico. Sin embargo, el valor predictivo de estos indicadores para un paciente concreto y en una situación individual varía y son pocas las publicaciones al respecto, en especial los relacionados a trastornos cutáneos que son muy frecuentes y están íntimamente relacionadas con la patogenia de la infección, o presentarse como una enfermedad cutánea primaria de una enfermedad sistémica. Cabe resaltar que la combinación de los datos clínicos y de laboratorio pueden ayudar a refinar las estimaciones de la probabilidad de desarrollar el SIDA u otras enfermedades relacionadas con el VIH.<sup>25</sup>

En el estudio se evidencia un aumento progresivo en el número de casos VIH positivos cuya presentación inicial de la enfermedad fue una patología cutánea, lo que plantea el incremento de la transmisión de infecciones sexuales a escala mundial y nacional, además como el dermatólogo se ha sensibilizado a lo largo de los años de la importancia de la piel como órgano primario de la enfermedad y de la expresión de múltiples procesos como enfermedades inflamatorias, infecciones y neoplasias.

De un total de 326 pacientes de la consulta de inmunosuprimidos del Instituto de Biomedicina en el periodo comprendido entre agosto del 2005 y agosto 2010, se reportaron 41 casos (12,58%), de los cuales 38 hombres y 3 son mujeres en una relación 13:1, con una media de edad de 36,56 (DS 11,15) no existiendo diferencia con los datos publicados por la OMS.<sup>3</sup> La forma más común de transmisión del VIH fue las relaciones hombre-hombre en un 50%, seguido de 36,84% por relaciones tipo hombre-mujer, y bisexuales en un 13,16%, caso contrario reportados en el trabajo Goh BK y colaboradores donde las relaciones hombre-mujer es la más frecuente.<sup>26</sup> En relación con el consumo de drogas no ilícitas el 48,78% está presente lo que es posible relacionarlo con el análisis de la ONUSIDA/OMS dado porque personas con alto consumo de drogas tanto ilícitas como no ilícitas pueden tener relaciones sexuales de alto riesgo, mayor número de parejas.

Evidenciamos que el 29,26% de los casos tienen un empleo fijo. Particularmente, el patrón de transmisión sexual en este lapso más del 50% está relacionado con una prácticas homosexuales (relaciones hombre-hombre y bisexuales), aunque en los últimos reportes de la OMS el perfil evoluciono de un patrón de transición homosexual en los primeros 10 años, a un claro patrón de transmisión heterosexual, con una relación de infección hombre-mujer que paso de 56:1 en los años ochenta, a tener una mujer por cada cuatro infectados en los últimos años y a la tasa de incidencia se incremento 37 veces.<sup>3</sup>

Es importante investigar los antecedentes de exposición a agentes infecciosos o ambientales (por ejemplo, a través de las infecciones de transmisión

sexual (ITS) o la inyección de drogas iv) en vista que puede acelerar la progresión de la enfermedad en personas infectadas por el VIH, nosotros evidenciamos que en 16 pacientes la manifestación inicial de la infección por VIH fue una infección de transmisión sexual y por su hallazgo se realiza el diagnóstico (1 Sífilis adquirida reciente sintomática, 13 presentan verrugas en área genital, y 2 lesiones de molusco contagioso) demostrando la posible asociación de las enfermedades de ITS y VIH.

El papel de cofactores de la progresión de la enfermedad necesita investigación adicional. Puede que no haya un cofactor para la progresión universal sino, más bien, los diversos agentes que causan estimulación inmunológica y la reactivación del VIH latente; las patologías que se presentaron con un conteo de linfocitos de CD4 menor a 200, reportados en tan solo 22 historias, son las siguientes: 4 casos de condiloma acuminado a predominio perianal. 3 casos de psoriasis, 2 con sarcoma de Kaposi, 1 paracoccidiodomicosis, dermatitis seborreica (1 paciente), molusco contagioso (1 paciente), leishmaniasis cutánea diseminada (1 paciente). Del total de 326 casos tan solo 22 historias reportaban los niveles de la carga viral y de estos 15 presentaban un alto número de copias de ARN desde 70 copias de ARN hasta 403.000, dato importante porque dentro de la historia natural de la enfermedad los pacientes con infección reciente presentan viremia alta con una gran caída de CD4, siendo este un periodo donde el linfocito B no ha tenido la oportunidad de desarrollar anticuerpos contra el VIH, y en pacientes inmunocompetentes donde su sistema inmunológico puede contrarrestar la enfermedad suele cursar con manifestación clínica viral inespecífica, pero en este trabajo se demuestra que las manifestaciones en piel no deben ser olvidadas porque pueden ser la manifestación inicial.

Las condiciones económicas y políticas del país, así como la falta de compromiso de Estado en la adopción de medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria son los responsables del incremento en número de casos VIH positivos, y de las características de esta epidemia. Por ello surge la importancia del diagnóstico precoz y oportuno de esta infección, y establecer factores de riesgo relacionados con la infección por retrovirus, entre los que se destaca, poblaciones de bajo recurso, sin empleo fijo, con inestabilidad de la pareja, relaciones hombre-hombre.

Cabe resaltar que el incremento de los casos de VIH/SIDA diagnosticados por manifestaciones cutáneas en este estudio, debe llamar a la reflexión del rol del dermatólogo en el diagnóstico precoz y oportuno de esta patología, pero es debido que se realice proyecciones de estas estadísticas a otros niveles, como los médicos generales, médicos de familia, médicos internistas, entre otros, quienes tienen el primer contacto con la población en general y deben saber orientar a los pacientes, para ayudar a disminuir el impacto social y económico de este problema de salud pública como en la mayoría de los países tratar de mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica.

Finalmente, cabe destacar que la meta para Venezuela debe ser detener la epidemia en estado controlado a expensas de una significativa disminución de la incidencia anual de casos que permita revertir la tendencia ascendente tanto en subgrupos como en población general y consiguiente disminución de la mortalidad.<sup>22</sup>

## RECOMENDACIONES

1. Realizar un exhaustivo estudio de manifestaciones cutáneas como signo primario en las consultas de dermatología, e infectología.
2. emprender campañas de educación para disminuir la epidemia del VIH/SIDA, reforzando la practica sexuales con protección, menor numero de parejas sexuales.
3. creemos que este estudio puede servir de valiosa referencia para los entes encargados en la planificación de la salud, par la toma de decisiones efectivas en el control de las infecciones de transmisión sexual en especial el VIH.
4. insistir en la mejora de la recolección de la información de las historias para obtener los datos epidemiológicos, socioeconómicos esenciales para poder lograr una proyección a nivel loca, nacional y mundial del problema de la infección por VIH y todas sus manifestaciones cutáneas.

## REFERENCIAS

1. Grant AD, De Cock KM. ABC of AIDS. HIV infection and AIDS in the developing world. *BMJ* 2001;322(7300):1475-8.
2. Simon V, Ho DD, Abdool Karim Q. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. *Lancet*. 2006;368(9534):489-504.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization. AIDS epidemic update. UNAIDS-WHO;2006. Serie Informes Técnicos;29E.
4. Lozano E, Paz M, Franco T, Suárez M, Hurtado N, Hurtado A. y colaboradores. Situación epidemiológica del VIH/SIDA: en Venezuela y el mundo. *Arch. Hosp. Vargas* 1999;41(1/2):19-22.
5. MSAS. (1994). Plan a Mediano Plazo para Prevención y Control de VIH/SIDA-ETS. Período: 1995-1997. OPL SIDA, Caracas. 141 páginas.
6. Burton, A y Mertens, T. (1998). Provisional Country Estimates of Prevalent Adult Human Immunodeficiency Virus Infections as of end 1994: a description of the methods. *International Journal of Epidemiology*, 27:101-107.
7. Moylett EH, Shearer WT. HIV: clinical manifestations. *J Allergy Clin Immunol* 2002;110(1):3-16.
8. May MT, Sterne JA, Costagliola D, Sabin CA, Phillips AN, Justice AC, et al. HIV treatment response and prognosis in Europe and North America in the first decade of highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis. *Lancet*. 2006;368(9534):451-8.
9. Tschachler E, Bergstresser PR. Stingsl GHIV-related skin diseases. *Lancet* 1996;348(9028):659-63.
10. Jensen BL, Weismann K, Sindrup JH, Sondergaard J, Schmidt K. Incidence and prognostic significance of skin disease in patients with HIV/AIDS: a 5-year observational study. *Acta Derm Venereol* 2000;80:140-3
11. Zampogna JC, Flowers FP. Persistent verrucous varicella as the initial manifestation of HIV infection. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:S391-4.
12. Colebunders R, Van Damme L, Van den Abbeele K, Fleerackers Y, Van den Enden E, Dockx P. Atypical varicella zoster infection in persons with HIV infection. *Acta Clin Belg* 1994;49:104-7.
13. Marks SC, Upadhyay S, Crane L. Cytomegalovirus sinusitis. A new manifestation of AIDS. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;122(7):789-91.
14. Javaly K, Horowitz HW, Wormser GP. Nocardiosis in patients with human immunodeficiency virus infection. Report of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1992;71(3):128-38
15. Calikoglu E, Soravia-Dunand VA, Perriard J, Saurat JH, Borradori L. Acute genitocrural intertrigo: a sign of primary human immunodeficiency virus type 1 infection. *Dermatology* 2001;203(2):171-3
16. Lopez-Velez R, Perez-Molina JA, Guerrero A, Baquero F, Villarrubia J, Escribano L, Bellas C, Perez-Corral F, Alvar J. Clinicoepidemiologic characteristics, prognostic factors, and survival analysis of patients

- coinfected with human immunodeficiency virus and Leishmania in an area of Madrid, Spain. *Am J Trop Med Hyg* 1998;58(4):436-43
17. Medrano FJ, Cañavate C, Leal M, Rey C, Lissen E, Alvar J. The role of serology in the diagnosis and prognosis of visceral leishmaniasis in patients coinfecting with human immunodeficiency virus type-1. *Am J Trop Med Hyg* 1998;59(1):155-62.
  18. Mahé A, Simon F, Coulibaly S, Tounkara A, Bobin P. Predictive value of seborrheic dermatitis and other common dermatoses for HIV infection in Bamako, Mali. *J Am Acad Dermatol* 1996;34(6):1084-6.
  19. Mahoney SE, Duvic M, Nickoloff BJ, Minshall M, Smith LC, Griffiths CE, Paddock SW, Lewis DE. Human immunodeficiency virus (HIV) transcripts identified in HIV-related psoriasis and Kaposi's sarcoma lesions. *J Clin Invest* 1991;88(1):174-85.
  20. Smith KJ, Decker C, Yeager J, Skelton HG, Baskin S. Therapeutic efficacy of carbamazepine in a HIV-1-positive patient with psoriatic erythroderma. *J Am Acad Dermatol* 1997;37(5 Pt 2):851-4
  21. C Herzmann, S Kinloch and M Johnson Rash in an HIV-positive patient *HIV. Medicine* 2005; 6:379.
  22. Bellegrandi S, Rosso R, Mattiacci G, Ferrara R, D'Offizi G, Aiuti F, Mezzaroma I, Paganelli R. Contact dermatitis in subjects infected with HIV type 1. *J Am Acad Dermatol* 1999;40(5 Pt 1):777-9.
  23. Gir L, Franca I, Robalo J, Poiates-Baptista A, Kamal-Mansinho S. Toxic epidermal necrolysis in a patient infected with human immunodeficiency virus-2. *JEADV* 2002;16:81-94.
  24. Zhang M, Versalovic J. HIV update. Diagnostic tests and markers of disease progression and response to therapy. *Am J Clin Pathol* 2002;118 Suppl:S26-32.
  25. Lifson AR, Rutherford GW, Jaffe HW. The natural history of human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis* 1988;158(6):1360-7.
  26. Chan DJ, Michelmores HM, Gold J. A diagnosis unmasked by an unusual reaction to ceftriaxone therapy for gonorrhoeal infection. *Med J Aust* 2003;178(8):404-5.