

IV. SIDA y piel en el paciente ambulatorio

Rosalía Cancela-García*

El virus de la inmunodeficiencia humana causa graves efectos en la inmunidad mediada por células, como consecuencia de la infección de los linfocitos CD4 cooperadores, linfocitos T inductores y en las poblaciones de monocitos macrófagos.

La creciente incidencia de infección por VIH en nuestro medio nos obliga a conocer toda la gama de signos y síntomas mucocutáneos que acompañan y muchas veces preceden al síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Las enfermedades bacterianas, virales, micóticas, reaccionales y neoplásicas tienen un valor pronóstico en cuanto al inminente desarrollo de la enfermedad.

En el enfermo de SIDA, el diagnóstico dermatológico de todas estas patologías es complicado por las características atípicas de las lesiones, ya que altera su historia natural, disminuye su respuesta a los tratamientos y aumenta la tendencia a las recidivas, de modo que no basta con la sospecha clínica; el estudio histopatológico y los cultivos bacteriológicos y micológicos de las secreciones, ofrecen una herramienta invaluable, en vista del gran número de gérmenes oportunistas que afectan la piel.

Las manifestaciones mucocutáneas se pueden dividir en cuatro categorías:¹

1. Dermatitis infecciosas.
2. Dermatitis inflamatorias
3. Neoplásicas
4. Misceláneas

Las infecciones bacterianas de la piel son frecuentes y los microorganismos involucrados suelen ser los habituales: *Staphylococcus aureus* y *estreptococos*, que dan origen a cuadros de foliculitis, acné, impétigo y ectima.

Bacterias Gram negativas como las rickettsias, (*Rochalimaea quintana* y *hanselae*),² producen una alteración que involucra piel, vasos y huesos conocida como angiomatosis bacilar. Dan lugar a neoformaciones friables y placas celulíticas en cualquier topografía, su diagnóstico diferencial incluye al granuloma piógeno.

La sífilis es común en los pacientes infectados con VIH, sus manifestaciones clínicas son variables con cuadros clínicos severos, la progresión a etapas terciarias es rápida, se acortan los periodos de latencia. Los resultados serológicos pueden ser falsos negativos y es conveniente la búsqueda del *Treponema pallidum* en los tejidos.

Todas las ulceropatías del área genital tienen un sinergismo con el virus de la inmunodeficiencia humana, además de actuar como puerta de entrada para el virus.

Cuadro I. Frecuencia de pacientes con VIH -SIDA

Año	Pacientes de primera vez CDP	Pacientes de primera vez ETS	P. con dx HIV	Incidencia x10,000
94	55,557	62	44	7.91
95	47,550	77	40	8.41
96	44,211	192	53	11.98
97	39,448	169	75	19.01
98	41,808	180	82	19.61
99	42,457	245	61	14.36
Prevalencia	271,031	925	355	13.09

Fuente: Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual del CDP.

Cuadro III. Frecuencia del sarcoma de Kaposi en pacientes con VIH

Diagnóstico		Diagnóstico Sk		Otros diagnósticos	
Año	VIH-SIDA	Pacientes	%	Pacientes	%
94	44	4	9.1	40	90.9
95	40	7	17.5	33	82.5
96	53	8	15.1	45	84.9
97	75	12	16.0	63	84.0
98	82	10	12.2	72	87.8
99	61	7	11.5	54	88.5
	355	48	13.5	307	86.5

Fuente: Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual del CDF.

La tuberculosis es la infección oportunista más común en el curso de la infección por VIH y las formas extrapulmonares aumentan hasta en un 70% y se pueden encontrar todas las variedades de tuberculosis cutánea.³

Las infecciones herpéticas son padecimientos frecuentes, el herpes simple y en el herpes zoster tienen un comportamiento atípico en cuanto al cuadro evolutivo y a la respuesta al tratamiento.

Padecimientos propios de los niños sanos como el molusco contagioso que se caracteriza por pápulas umbilicadas de pocos milímetros de diámetro, en el enfermo

* Jefe de la Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual del Centro Dermatológico Pascua. Profesor Adjunto del Curso de Pregrado en Dermatología, UNAM. Tesorera de la Sociedad Mexicana de Dermatología.

Cuadro II. Manifestaciones cutáneas más frecuentes en pacientes con VIH

Dx inicial	No. de casos	%
Herpes zoster	52	14.6
Condilomas acuminados	52	14.6
Sarcoma de Kaposi	41	11.5
Molusco contagioso	41	11.5
Dermatitis seborreica	21	5.9
Onicomycosis blanca	18	5.1
Psoriasis	13	3.7
Candidiasis oral	11	3.1
Verrugas vulgares	7	2.0
Tiña del cuerpo	7	2.0
Herpes simple	6	1.7
Piodermias	6	1.7
Piel alópica	6	1.7
Tuberculosis	5	1.4
Erupción popular	5	1.4
Leucoplasia oral vellosa	4	1.1
Sífilis	3	0.8
Eritrodermia	3	0.8
Porfiria cutánea	3	0.8
Eritema nudoso	2	0.6
Úlcera CMV	2	0.6
Varicela	2	0.6
Granuloma piógeno	2	0.6
Acné necrótico	2	0.6
Aftas orales	2	0.6
Neuralgia post-herpética	2	0.6
Urticaria	2	0.6
Linfoma de cels. B	1	0.3
Linfoma no Hodgkin	1	0.3
Linfogranuloma venéreo	1	0.3
Escabiasis	1	0.3
Esporotricosis	1	0.3
Histoplasmosis cutánea	1	0.3
Otras	29	8.2
Total	355	100.0

Fuente: Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual del CDP.

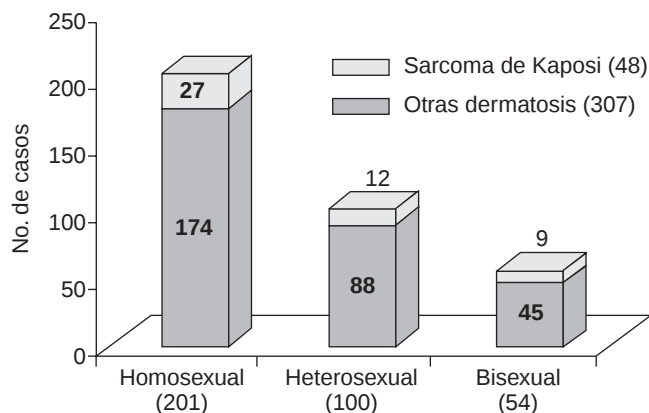


Figura 1. Distribución de la preferencia sexual pacientes con VIH / SIDA (355)

inmunodeficiente tienden a formar grandes masas tumorales, con predominio facial. La infección por el virus del papiloma humano, en el área anogenital, aumenta hasta en un 40% en homosexuales seropositivos.

Otras manifestaciones de gran importancia son las ocasionadas por hongos, levaduras y dermatofitos, dentro de los cuales *Candida* es el agente más importante. La onicomycosis blanca superficial por *Candida* se presenta cuando las cifras de CD4 son menores de 100 mm,⁴ por su frecuencia se considera un marcador de SIDA. Sin embargo, también se han reportado otras micosis como la histoplasmosis con manifestaciones a nivel de piel.⁵

En el 30% de los pacientes con SIDA se desarrollan procesos neoplásicos como el linfoma no Hodgkin y el sarcoma de Kaposi, este último se ha visto asociado a herpes virus tipo 8; se caracteriza por manchas violáceas y lesiones de aspecto nodular que pueden afectar piel y mucosas. Otras neoplasias malignas no cursan con un incremento en su incidencia pero se presentan con mayor agresividad y peor pronóstico.

En la clínica de enfermedades de transmisión sexual y VIH del Centro Dermatológico Pascua durante el periodo comprendido de enero de 1994 a diciembre de 1999 se encontró una prevalencia de la infección VIH/SIDA de 13 casos por cada 10,000 pacientes atendidos (Cuadro I)

Las manifestaciones cutáneas se enlistan en orden de frecuencia en el cuadro II.

No se excluye que un paciente puede presentar dos o más cuadros dermatológicos.

Se observó que el molusco contagioso junto con el sarcoma de Kaposi ocuparon el tercer lugar en frecuencia representando en 11.5% de todas las dermatosis (Cuadro III).

Con relación a la preferencia sexual, los homosexuales siguen siendo el grupo con mayor riesgo tanto para contraer la infección VIH como para el desarrollo del sarcoma de Kaposi (Figura 1).

Referencias

1. **Orozco-Topete R.** Manifestaciones dermatológicas en el paciente con SIDA. *Dermatología Rev Mex* 1992;36:236-246.
2. **Koehler JE, Quin FD, Berger TG et al.** Isolation of *Rochalimaea* species from cutaneous and osseous lesions of bacillary angiomatosis. *N Engl J Med* 1992;23:1625-31.
3. **Cancela R.** Tuberculosis nodular profunda. Reporte de un caso. *Revista del Centro Dermatológico Pascua* 1997;6(1):45-48.
4. **Chang P.** Onicopatías en pacientes con SIDA. *Dermatología Rev Mex* 1998;42:3.
5. **Bonifaz A, Cancela R, Novales J, Griselda MO, Navarrete G, Romo J.** Cutaneous histoplasmosis associated with acquired immunodeficiency syndrome. *Int J Dermatol* 2000;39:35-38.