

Manifestaciones Dermatológicas del VIH en Adultos y Niños

Merielen de Jesús Pumarejo Martínez¹

merielenpumarejo@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1108-1753>

Médico General

Universidad del Magdalena, Colombia

Karin Daniela López Petro

kadalope19@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-2612-4989>

Médico General

Universidad del Sinú, Colombia

Diana Marcela Bolaños Lamilla

Médico General

Universidad Libre de Cali, Colombia

Mariajosé Navarro Alvarado

majonaal1996@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6363-5260>

Corporación Universitaria Rafael Núñez,
Cartagena, Colombia. Bolívar

Fabián José Domínguez Olmos

ffabian07@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5623-5487>

Médico General

Universidad de Cartagena, Colombia.

Laura Johana Rodríguez Arévalo

laurodriare@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-8100-9968>

Médico General

Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.

Melissa Andrea López Girón

melissandrealg@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7448-6275>

Médico General

Corporación Universitaria Remington, Colombia.

Sergio Elías Florez Sejin

sflorezs20@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-7076-730X>

Médico General

Corporación Universitaria Rafael Núñez,
Cartagena, Colombia.

Mario Andres Uñates Quiroz

mario_andres_17@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-8957-0715>

Médico General

Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm,
Colombia.

¹ Autor principal

Correspondencia: merielenpumarejo@gmail.com

RESUMEN

El VIH es definido como una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana. Datos de la ONUSIDA muestran que en 2017 se encontraban viviendo en el mundo 36,9 millones de personas infectadas con este virus, la mayoría en África Subsahariana. En la actualidad el VIH es incurable sin embargo, es tratable y prevenible. Las manifestaciones clínicas de esta patología comprenden una gran variedad que suelen dividirse en fase aguda, fase crónica y SIDA, siendo esta última la fase de mayor gravedad. Dermatológicamente hablando, los signos y síntomas cutáneos son comunes en las diferentes etapas del VIH/SIDA y se manifiestan como infección o inflamación cutánea, malignidad o enfermedades relacionadas con medicamentos. Las expresiones cutáneas por hongos son más prevalentes en la población pediátrica, mientras que las expresiones cutáneas por transmisión sexual son las más comunes en adultos. En términos generales, la leucoplasia vellosa oral, el molusco contagioso, la candidiasis oral, y el herpes simple ulceroso crónico, suelen ser las más frecuentes, están estrechamente relacionadas con el VIH y presentan una alta progresión. Los estudios revisados revelan que estas manifestaciones son indicadores significativos de la presencia del VIH, lo que permite un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

Palabras claves: VIH; inmunodeficiencia humana; sida; dermatología; infección viral.

Dermatological Manifestations of HIV in Adults and Children

ABSTRACT

HIV is defined as a disease caused by the human immunodeficiency virus. Data from UNAIDS show that in 2017, 36.9 million people were infected with this virus living in the world, the majority in Sub-Saharan Africa. Currently, HIV is incurable, however, it is treatable and preventable. The clinical manifestations of this pathology include a great variety that are usually divided into acute phase, chronic phase and AIDS, the latter being the most serious phase. Dermatologically speaking, cutaneous signs and symptoms are common in the different stages of HIV/AIDS and manifest as skin infection or inflammation, malignancy or drug-related diseases. Fungal skin expressions are more prevalent in the pediatric population, while Sexually transmitted skin expressions are the most common in adults. In general terms, oral hairy leukoplakia, molluscum contagiosum, oral candidiasis, and chronic ulcerative herpes simplex are usually the most common, are closely related to HIV and have a high progression. The studies reviewed reveal that these manifestations are significant indicators of the presence of HIV, allowing for early diagnosis and timely treatment.

***Keywords:** HIV; human immunodeficiency; AIDS; dermatology; Viral infection.*

Artículo recibido 20 agosto 2023

Aceptado para publicación: 28 setiembre 2023

INTRODUCCIÓN

El VIH es definido como la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana y es uno de los agentes causales del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la infección por este virus es considerada un problema de salud pública, de hecho, datos epidemiológicos arrojan que la tasa de incidencia fue de 27 casos por 100.000 habitantes en 2020 y se calcula que más de 33 millones de adultos están infectados por el VIH en el mundo (1). Según datos de la ONUSIDA, en 2017, se encontraban viviendo con VIH en el mundo 36,9 millones de personas, la mayoría en África Subsahariana de las cuales 1,8 millones eran niños y adolescentes (<15 años) (2). Actualmente esta enfermedad es incurable pero tratable y prevenible. Los casos en pediatría suelen darse por transmisión vertical en una madre con VIH no tratada (3). Suele tener una alta mortalidad hacia los primeros dos años de vida y si no se realiza el diagnóstico en el primer año de vida, 1 de cada 3 niños fallecen (4). Según un estudio realizado por el instituto nacional de salud en 27 departamentos de Colombia, el departamento con el mayor número de menores expuestos es Antioquia, de los cuales, 60 % de los afectados eran varones (5).

Figura 1.

Características del virus de VIH

Material genético: ARN
Familia: Retroviridae
Género: Lentivirus
Posee una estructura esférica, de **aproximadamente 110 nm**.
→ Envoltura viral, Cápside icosaédrica y nucleoide.
→ 2 copias de ARN monocatenario.
→ Enzimas: **transcriptasa inversa, integrasa y proteasa**.
→ Core → p24
Cápside interna → p17/18
Proteína de superficie: gp120

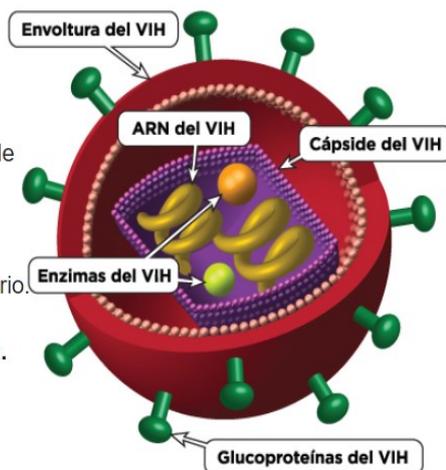


Imagen tomada de: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-ciclo-de-vida-del-vih>

Las características de este virus son muy particulares, es un virus encapsulado, de ARN que posee en su interior múltiples enzimas importantes para llevar a cabo su maquinaria de replicación (Figura 1). Hoy por hoy se conocen dos tipos de VIH, VIH1 y VIH2, aunque muy poco se habla de esto, se sabe

que el VIH 1 es el causante de la pandemia mundial de sida, su origen se remonta a la zoonosis por el Chimpancé *Pan troglodytes troglodytes* y posee 4 serotipos siendo el más frecuente el serotipo M. Por otra parte, el VIH 2 es menos infeccioso y tiene su origen en la infección del simio *Sooty mangabey* (SIVsm) (6).

Figura 2.

Formas de transmisión del VIH



Elaboración propia

La transmisión de este virus juega un papel importante y hasta el día de hoy, se conocen 3 formas de transmisión observadas en la figura 2. Una vez el virus logra ingresar al organismo por las diferentes vías de transmisión, se une a los receptores CD4 expresados en la superficie de células susceptibles como lo son los linfocitos T CD4, Linfocitos T CD8+, macrófagos, monocitos, células de langerhans y la microglia (7). Generalmente, los linfocitos TCD4 suelen ser los más afectados por su mayor expresión de receptores diana para VIH y el ciclo viral que aquí se lleva a cabo consta de 7 pasos observados en la figura 3. Donde, se concluye en la destrucción en 24 horas del linfocito T CD4+ infectado posterior al cumplimiento del ciclo infeccioso, sin embargo unas pocas células infectadas no son destruidas y pueden revertir al estado quiescente después de la infección albergando al virus latente durante periodos muy prolongados (8).

Figura 3.
Ciclo viral del VIH

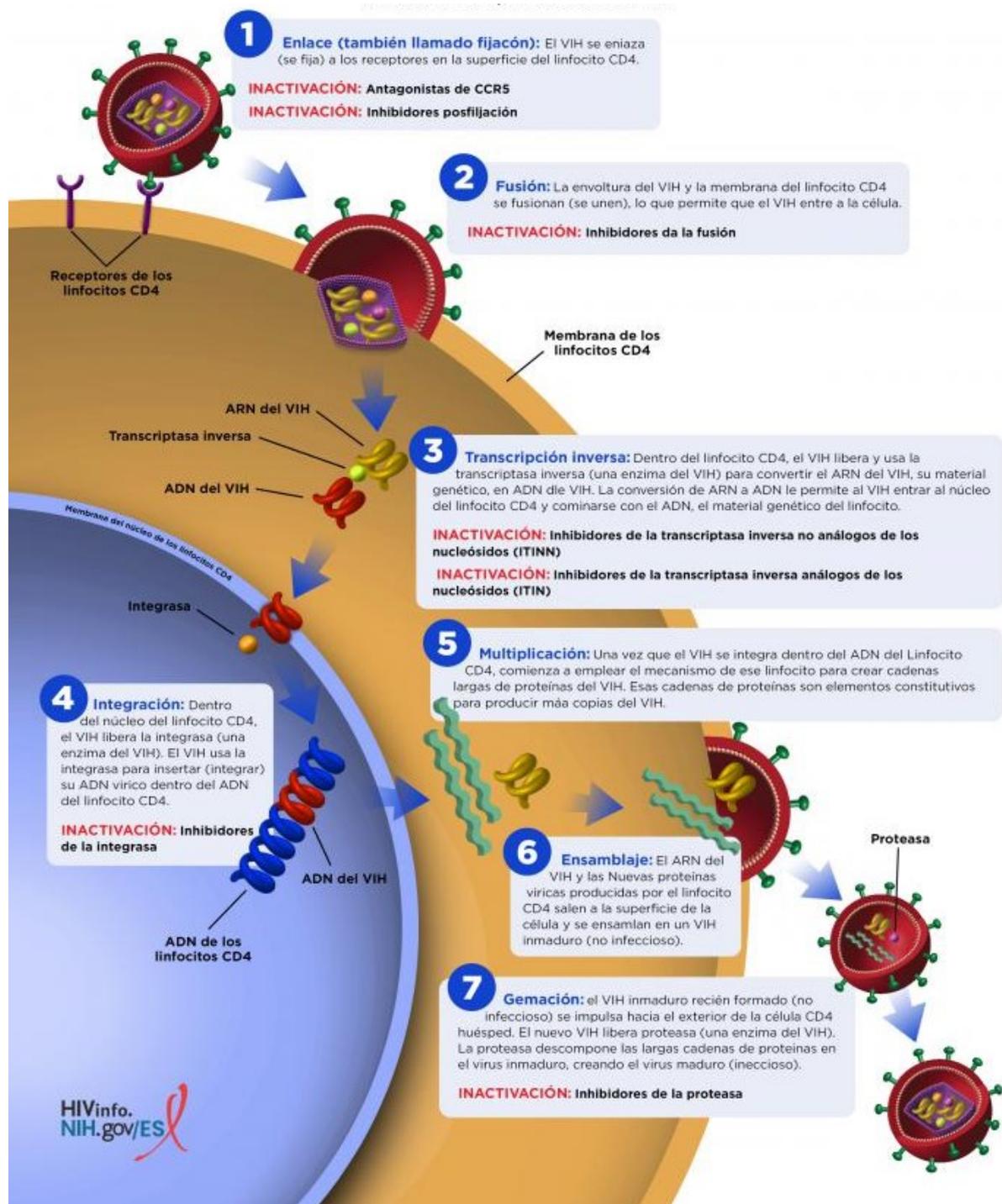
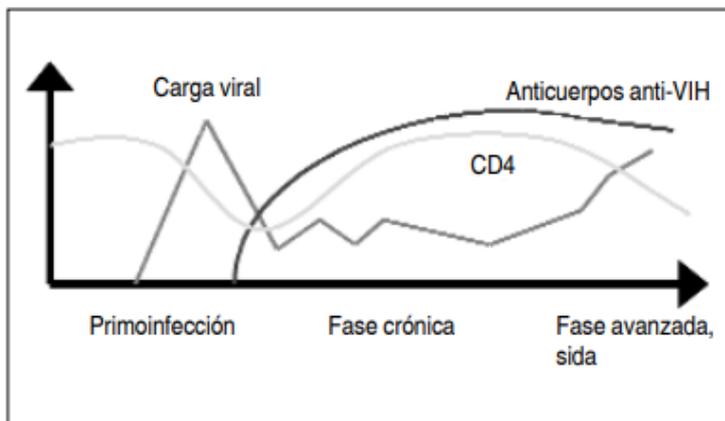


Imagen tomada de: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-ciclo-de-vida-del-vih>

Las manifestaciones clínicas del VIH comprenden una gran variedad que suelen dividirse en fase aguda, fase crónica y por último, SIDA, que le confiere mayor gravedad a los síntomas. En la fase aguda, se comprende un periodo de tiempo de 4- 12 semanas y se observa una alta viremia, sin embargo, no hay

formación de anticuerpos contra VIH, el sistema inmune se centra en dar una respuesta a la actividad citotóxica y los pacientes suelen ser asintomático o presentar el síndrome Mono nucleosídico. En la fase crónica, disminuye la viremia, pero el virus continúa replicándose en el tejido linfoide que funciona como reservorio de la infección, además, ocurre un descenso paulatino de CD4 y por último, en la fase avanzada o sida, hay incapacidad de contener la replicación viral, ocurre pérdida de CD4, y aparecen infecciones oportunistas (Figura 4) (9). No obstante, las manifestaciones dermatológicas son comunes en las diferentes etapas del VIH/SIDA y se manifiestan como infección o inflamación cutánea, malignidad o enfermedades relacionadas con medicamentos, de esto último, se ha observado que desde la llegada de la terapia antirretroviral combinada (TARc), algunas manifestaciones dermatológicas aparecen como enfermedades de restauración inmunitaria (10).

Figura 4.
Estadios de la infección por VIH



Tomado de: Codina, C., M. T. Martín, and O. Ibarra. 21. *La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.*

Las expresiones cutáneas como la leucoplasia vellosa oral, el molusco contagioso, la candidiasis oral, y el herpes simple ulceroso crónico, están estrechamente relacionadas con el VIH con una alta progresión ya que, al ser una inmunodeficiencia, el sistema inmunológico no se encuentra en las condiciones para contrarrestar otros microorganismos cuyo foco principal de afectación se encuentra en la piel, adicionalmente, hoy en día, se sabe que las manifestaciones dermatológicas no ocurren solo por el descenso de los linfocitos T CD4, sino también debido a un cambio en el perfil de citoquinas hacia un perfil con predominancia de T *helper* 2 (Th2), la sobre-expresión de superantígenos/xenobióticos y mimetismo molecular (11). Las manifestaciones mucocutáneas en niños

infectados y adultos con VIH han sido variables en reportes previos, difiriendo según el estado inmunológico (tabla 1). Se ha reportado aumento en la frecuencia de las infecciones de etiología viral y bacteriana, destacando la infección por virus del herpes simple y verrugas virales. otras afecciones incluyen queilitis angular, erupción papular pruriginosa, por micobacterias , psoriasis, fotodermatosis, dermatosis misceláneas,prurito, foliculitis eosinofílica,sarcoma de kaposi,neoplasia anal intraepitelial, cáncer anal, angiomatosis bacilar, sífilis, infección por virus varicela zoster (vvz), virus del papiloma humano (vph), candidiasis, dermatofitosis, leishmaniasis, escabiosis, histoplasmosis, y dermatitis seborreica que son vistas con recuentos de cd4 menores a 200, entre otras (12).

Tabla 1.

Manifestaciones cutáneas asociadas a la infección por VIH/SIDA

<p>Manifestaciones no infecciosas</p> <p>Inflamatorias (no infecciosas-no neoplásicas no asociadas a TARV)</p> <ul style="list-style-type: none"> Síndrome retroviral agudo o infección primaria del VIH Dermatitis seborreica Psoriasis Dermatitis atópica y xerosis Foliculitis eosinofílica y erupción pruriginosa papular <p>Manifestaciones asociadas a TARV (no infecciosas-no neoplásicas)</p> <ul style="list-style-type: none"> Reacciones adversas a TARV Síndrome de reconstitución inmunológica <p>Manifestaciones neoplásicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Sarcoma de Kaposi Neoplasias cutáneas Neoplasia anal intraepitelial y cáncer anal <p>Manifestaciones infecciosas asociadas a VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> Bacterianas Virales Fúngicas Parasitarias <p>TARV: terapia anti-retroviral</p>
--

Tomado de:Navarrete-Dechent, Cristian, et al. "Dermatologic manifestations associated with HIV/AIDS." *Revista Chilena de Infectología: Organo Oficial de la Sociedad Chilena de Infectología* 32 (2015): S57-71.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica detallada de información publicada más relevante en las bases de datos pubmed, scielo , medline, bibliotecas nacionales e internacionales especializadas en los temas tratados en el presente artículo de revisión. Se utilizaron los siguientes descriptores: VIH, Inmunodeficiencia humana, SIDA, Dermatología, Infección viral, piel, oportunismo.Los datos

obtenidos oscilan entre los 5 y 40 registros tras la utilización de las diferentes palabras claves. La búsqueda de artículos se realizó en español e inglés, se limitó por año de publicación y se utilizaron estudios publicados desde XXXX a la actualidad.

RESULTADOS

Las manifestaciones dermatológicas producidas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se presentan con un alto índice en este tipo de pacientes inmunosuprimidos, por lo cual se consideran entidades indicadoras de la enfermedad, lo cual es de vital importancia para el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

En su diseño epidemiológico, analítico y retrospectivo, *Santamaria y colaboradores (2019)* estudian y analizan 1186 historias clínicas, correspondientes a pacientes con VIH, de los cuales, 422 presentaron al menos una de las manifestaciones dermatológicas más frecuentes, y en total, 544 presentaron dermatosis. En cuanto a las características principales, el 64% de las manifestaciones se presentaron en individuos bisexuales, y referente al conteo de linfocitos TCD4, que se considera el primer factor relacionado con el desarrollo de manifestaciones dermatológicas, se obtuvo un mayor número de pacientes en el grupo de 200-499 cel/ μ L (n = 250), seguido del grupo con conteo < 200 cel/ μ L (n = 164) y el de > 500 cel/ μ L (n = 130). Y los resultados reflejaron que en el grupo de con conteo de linfocitos TCD4 200-499 cel/ μ L existió un mayor porcentaje de dermatosis de origen infeccioso (n = 148), inflamatorio (n = 57), asociadas a TARV (n = 22) y neoplásicas (n = 23). A su vez, la carga viral < 200 copias/mL se distribuyó con un mayor número (n = 420), seguida de >10,000 copias/mL (n = 78) y de 200-10,000 copias/mL (n = 46). Finalmente, en los resultados se obtuvo que en el grupo con carga viral < 200 copias/mL se observó un mayor número de dermatosis infecciosas (n = 254), inflamatorias (n = 104), asociadas a TARV (n = 33) y neoplásicas (n = 29). Sin embargo, estadísticamente no se evidenció un alto índice de relación entre la carga viral y las manifestaciones dermatológicas, sin embargo, sí se comprobó que las manifestaciones infecciosas son las más frecuentes, entre las que se encuentran las micóticas, como la candidiasis orofaríngea y la dermatitis seborreica, las bacterianas como sífilis e infección de partes blandas, las virales, como el condiloma acuminado y el herpes simple; y parasitaria como la escabiosis. Seguidas de las manifestaciones inflamatorias como xerosis cutis y dermatitis de

contacto irritativo, las asociadas a TARV (tratamiento antirretroviral), como cloasma medicamentoso y reacción acneiforme, y en menor proporción las neoplásicas, como lo es el sarcoma de Kaposi. (13)

A su vez, en el año 2020 *Gomez y colaboradores* describen el primer caso de eritema elevatum diutinum en Colombia, específicamente en la ciudad de Bogotá. Este corresponde a un paciente masculino de 38 años de edad, con antecedentes de VIH con tratamiento antirretroviral, quien acude al servicio de dermatología del hospital Simón Bolívar, refiriendo un cuadro clínico de una evolución de 8 meses, consistente en el crecimiento de varios nódulos eritemato-violáceos, en tobillos y no dolorosas. Debido a los antecedentes del paciente, y el crecimiento de las lesiones, se procede a tomar una biopsia de un nódulo, en la cual se hallaron áreas de células fusiformes dispuestas en un patrón estoriforme, con zonas fibrosantes y abundante infiltrado inflamatorio mononuclear, en el que predominaron los neutrófilos, y un cuadro hemático, en el que se observó una carga viral de 60 copias/mL³, unos linfocitos T CD3+: 206, CD4+: 896, CD8+: 620, RPR: negativo; VDRL: no reactivo y una serología para virus hepatotropos sin alteraciones patológica. Por esto, se asoció la presencia de las lesiones a la inmunosupresión producida por el virus, por lo que se inició manejo con dapsona 100 mg/día vía oral y corticoesteroides orales de 0.5 mg/kg/ día, el cual fue exitoso, y hubo resolución de la sintomatología. (14)

Posteriormente, en el año 2021, *Tamayo y colaboradores*, en su estudio observacional, describen las manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH en la misma ciudad (Bogotá), específicamente en el Hospital San Ignacio, entre abril de 2019 y febrero de 2020. En total se evaluaron 168 pacientes, de los cuales el 88% eran hombres, entre 40 y 50 años; y homosexuales. Como metodología se utilizó el interrogatorio, examen físico y revisión de historias clínicas, de lo cual se obtuvo hallazgos en piel, conteo de linfocitos CD4 +, carga viral para VIH y datos de tratamiento antirretroviral, así como pruebas micológicas e histopatológicas. Se encontró que habían manifestaciones dermatológicas en 97,6% de los pacientes, siendo más frecuente las infecciosas (48,3%), principalmente los condilomas anogenitales en pacientes con un conteo de <200 linfocitos CD4+/mm³, y las inflamatorias (35,4%), principalmente la dermatitis seborreica y acné, en pacientes con un conteo de >200 linfocitos CD4+/mm³. Las manifestaciones más frecuentes en general fueron dermatitis seborreica, verrugas virales, condilomas anogenitales, micosis superficiales y moluscos contagiosos. (15)

El molusco contagioso, a pesar de ser más frecuente en población pediátrica, también se presenta en adultos jóvenes, tal como lo describen *Morales y Romero*, en su presentación de caso. El caso clínico corresponde a un paciente masculino de 38 años de edad, con antecedentes de dermatitis seborreica y pápulas faciales, con evolución de 6 meses, quien asistió al servicio de consulta externa, refiriendo descamación del cuero cabelludo y crecimiento de pápulas en el párpado inferior izquierdo durante 1 mes antes de asistir a la consulta. Inicialmente se diagnosticó como una hiperplasia sebácea, sin embargo, al realizar biopsia de esta, se observaron lóbulos epidérmicos hiperplásicos con queratinocitos voluminosos y cuerpos de Henderson-Petterson, lo cual es completamente característico del molusco contagioso. Debido a la ubicación y naturaleza de la lesión, se solicitó una prueba ELISA para VIH, la cual fue positiva, sin embargo, el paciente se negó a recibir tratamiento y realizó retiro voluntario. (16)

Por su parte, *Lezcano y colaboradores*, presentan el caso clínico de una paciente femenina de 35 años de edad, con antecedentes de VIH, quien acudió al servicio de dermatología de un hospital de Asunción, Paraguay, refiriendo crecimiento de una lesión en el labio superior además de pérdida de 10 kilos en los últimos 3 meses. Durante el examen físico, se observó una pápula eritematosa, con bordes regulares y elevados, con un centro deprimido y exulceración central, de 1 cm de tamaño, ubicado en el labio superior. El hemograma evidenció un conteo de glóbulos blancos de 2.700/mm³, una hemoglobina de 9,4 g/dL y unas plaquetas 3 120.000/mm³. Adicionalmente, se solicitaron un test rápido para VIH, Elisa y Western blot, los cuales fueron positivos, y una carga viral de 22.700 copias y el recuento de CD4, el cual fue de 142 cél/mm³. El examen microscópico realizado con coloración de Giemsa evidenció levaduras en semiluna compatibles con *Histoplasma sp* y en el cultivo se obtuvieron colonias blanquecinas además de macroconidios espiculados de *Histoplasma sp*, que semejan minas marinas, lo cual confirmó el diagnóstico de histoplasmosis sistémica con lesión cutánea, secundaria a infección por VIH. (17)

En cuanto a la población pediátrica, *Muñoz y colaboradores*, en su estudio investigativo, identificaron a todos los niños con infección por VIH, bajo 16 años de edad, que asistían a control ambulatorio a los hospitales San Juan de Dios, San Borja Arriarán, Roberto del Río, Sótero del Río, Exequiel González Cortés y Luis Calvo Mackenna, en el período comprendido entre abril de 2002 y abril de 2003. Su metodología consistió en examen dermatológico y análisis de las fichas clínicas, por lo cual, se

analizaron en total 66 casos, y se tuvieron en cuenta el sexo, la edad, el recuento de CD4, la carga viral, la etapa de infección por VIH y el antecedente de dermatosis. Entre los hallazgos de manifestaciones cutáneas se evidenciaron 7 casos de prurigo agudo, 5 casos de infecciones micóticas, 5 casos de infecciones virales, 2 casos de infecciones bacterianas, 3 casos de infestaciones, 4 casos de dermatitis seborreica, 4 casos de dermatitis de contacto irritativa, 1 caso de acné, 1 caso de distrofia ungueal y 14 casos de hallazgos diversos, siendo las más frecuentes la candidiasis del pañal, aspergilosis cutánea, condilomas acuminados, nódulo escabiótico, prurigo agudo y herpes simplex labial. (18) Finalmente, *Perez y colaboradores*, en su estudio descriptivo y transversal, se analizaron 63 niños con VIH, en el Hospicio San José, Guatemala, con una metodología consistente en la realización de examen físico, revisión de historias clínicas, toma de muestras para exudado de mucosa oral y examen directo y cultivo en quienes se evidenciaban alteraciones sugestivas de onicomycosis. Se hallaron manifestaciones mucocutáneas en el 83% de los pacientes, y las principales fueron pitiriasis alba, en un 28%, leuconiquia transversa, verrugas virales y onicomycosis, un 11% cada una; y según el recuento de CD4, el 79.63% se encontraba en la categoría 1, 16.6% en la 2 y 3.70% en la 3. (19)

DISCUSIÓN

Debido a su alto valor predictivo en el diagnóstico de VIH, es de vital importancia que el personal médico reconozca y se encuentre en capacidad de identificar, diagnosticar y tratar las manifestaciones dermatológicas que se presenten secundarias a esta, lo cual permite a su vez, el tratamiento tanto de la lesión, como el manejo adecuado y oportuno para la enfermedad en general, ya que estas manifestaciones son tan frecuentes que, se estima que entre el 40 y el 95% de los pacientes con VIH desarrollan algún tipo de manifestación cutánea. (20)

En población pediátrica, como se evidenció en la revisión realizada, son mayor las manifestaciones dermatológicas que en los adultos, principalmente las micóticas, lo cual puede estar asociado a que, a menor edad, hay una mayor inmadurez del sistema inmune, asociado a su vez, a la inmunosupresión producida por el virus del VIH, tal como lo demuestra *Santana y colaboradores*, en su estudio dermatológico realizado a 120 pacientes con test de Elisa positivo y manifestaciones clínicas de SIDA, donde se evidenció que de estos pacientes, 6 no tenían manifestaciones dermatológicas, 32 fueron niños y 88 adultos, destacándose como enfermedades dermatológicas más frecuentes entre los niños la

candidiasis y las dermatitis, y en los adultos las enfermedades de transmisión sexual (21), lo cual confirma que, en niños, es más frecuente la presencia de manifestaciones producidas por hongos, y en adultos por bacterias.

Debido al tratamiento con antirretrovirales, muchas de estas manifestaciones disminuyen, como son la candidiasis, el herpes recurrente, el y molusco contagioso profuso, sin embargo, otras infecciones pueden permanecer estables e incluso aumentar, tales como el herpes zóster, las verrugas y las vegetaciones venéreas. (22) Y además, en múltiples estudios se ha observado que la resolución de los cuadros dermatológicos secundarios se encuentra relacionada al aumento de conteo de linfocitos t cd4+ y la disminución de la carga viral plasmática (23), y las principales manifestaciones que se han descrito se clasifican en Dermatitis papuloescamosas asociadas a vih: Dermatitis seborreica, Psoriasis, Pitiriasis rubra pilaris, Xerosis. Erupciones fotosensibles asociadas a VIH: Dermatitis actínica crónica, fotoerupciones de tipo liquenoide, Granuloma anular, Erupción papular pruriginosa, Foliculitis eosinofílica. Vasculitis asociadas a VIH: Eritema elevatum diutinum, Poliarteritis nodosa-like. Enfermedades ampollas autoinmunes asociadas al VIH. Mucinosi cutánea asociada al VIH. Exantema agudo del VIH. Reacciones liquenoides asociadas a VIH/SIDA. Y Otras dermatosis asociadas a VIH: Acanthosis nigricans, Anetoderma, Eritrodermia, Artritis reactiva (síndrome de Reiter), Acrodermatitis enteropática adquirida, Lipodistrofia y Neoplasia.

En su artículo de investigación y estudio de corte transversal, *Gallo y colaboradores*, estudiaron a 123 pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en la consulta especializada de dermatología de la Universidad de Caldas en Manizales, Colombia, entre 2012 y 2013. Para esto, se utilizó una metodología consistente en la recolección de datos por medio de interrogatorio, revisión de historia clínica y realización de examen físico completo. El 93% de los pacientes se encontraban bajo terapia antirretroviral y la mediana del recuento de linfocitos T CD4 + fue de 350 por mL. A su vez, de cada 10 pacientes 9 presentaban al menos una dermatosis, el 73,2% presentaba alguna no infecciosa y el 68,3% presentaba alguna infecciosa. Por su parte, las dermatosis infecciosas más frecuentes fueron la tinea pedis, en un 37%, los condilomas anogenitales en un 25% y la onicomicosis, en un 19%, mientras que las no infecciosas más frecuentes fueron dermatitis seborreica, que se presentó en un 18%, xerodermia en un 10% y la lipoatrofia en un 8%. Adicionalmente, la melanoniquia y la erupción papular

prurítica fueron más frecuentes en sujetos con recuentos más bajos de LT CD4 y las dermatosis infecciosas en aquellos que tenían mayor carga viral. (24)

Por otra parte, existen manifestaciones que no son tan frecuentes en la literatura, como es el caso presentado por *Lopez y colaboradores*, quien expone el caso de un paciente masculino de 50 años de edad con antecedentes de VIH sin tratamiento antirretroviral, quien acudió al servicio de urgencias presentando un cuadro clínico de desorientación en las 3 esferas, diarrea y dermatitis de 4 meses de evolución, que comenzó con lesiones maculo papulares y progresó a placas eritematosas descamativas y costras hemáticas. Al examen físico se identificó dermatosis diseminada al cuello, presente en las extremidades superiores e inferiores con predominio en las áreas fotoexpuestas, constituida además por placas eritematosas poco definidas, descamativas, costras hemáticas, pruriginosas y onicomadesis en la cuarta y quinta láminas ungueales de la extremidad superior derecha, la cuarta lámina ungueal de la extremidad superior izquierda y todas las láminas ungueales de las extremidades inferiores, e inmediatamente se diagnosticó Pelagra, y se procedió a administrar triptófano y complejo B a dosis de 6 g cada 6 horas. A las 24 horas la diarrea desapareció, por lo que se disminuyó la dosis a la mitad, y a la semana las lesiones cutáneas se curaron. (25)

Finalmente, es importante la atención adecuada y oportuna a este tipo de manifestaciones, puesto que en ocasiones, existe la presencia de neoplasias como manifestación del VIH, lo cual puede llegar a ser mortal para el paciente, y aunque la terapia antirretroviral ha disminuido en gran escala la tasa de desenlaces fatales y en aproximadamente en un 70% la incidencia de neoplasias en la población diagnosticada con VIH (26), es importante ampliar el campo de estudio en este tema.

CONCLUSIÓN

Las manifestaciones dermatológicas en pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son frecuentes y variadas, y su reconocimiento y diagnóstico son de vital importancia para el manejo adecuado de la enfermedad. Los estudios revisados revelan que estas manifestaciones son indicadores significativos de la presencia del VIH, lo que permite un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno. Se observa una mayor prevalencia de manifestaciones infecciosas, especialmente fúngicas, en población pediátrica, mientras que en adultos son más comunes las enfermedades de transmisión sexual. A su vez, el tratamiento antirretroviral puede tener un impacto en la disminución de algunas

manifestaciones, pero otras pueden persistir o empeorar, por lo que es importante brindar una atención adecuada y oportuna a las manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH, ya que pueden tener implicaciones significativas en el manejo y el pronóstico de la enfermedad.

REFERENCIAS

Hernández, Bárbara Aymé Hernández. "Polineuropatía asociada a infección por VIH. Revisión del tema y presentación de un caso." *Acta Neurológica Colombiana* 31.3 (2015): 299-309.

ONUSIDA. Country factsheet Colombia 2019

Instituto Nacional de Salud. Informe de evento VIH/SIDA. Período epidemiológico XIII. Colombia, 2020

Instituto Nacional de Salud. Informe de evento VIH/SIDA. Período epidemiológico XIII. Colombia, 2020

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del VIH en Colombia 2019. 2020. 2020;162

Delgado, Rafael. "Virological characteristics of HIV." *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 29.1 (2011): 58-65.

Codina, C., M. T. Martín, and O. Ibarra. "21. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana." (2002).

Rodríguez, Edilberto Chávez. "Revisión bibliográfica sobre VIH/sida." *Multimed* 17.4 (2017).

Lamotte Castillo, José Antonio. "Infección por VIH/sida en el mundo actual." *Medisan* 18.7 (2014): 993-1013

Han J, Lun WH, Meng ZH, Huang K, Mao Y, Zhu W, et al. Manifestaciones mucocutáneas de pacientes infectados por VIH en la era de HAART en la Región Autónoma de Guangxi Zhuang, China. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013; 27 :376–82.

Bjekić M, Šipetić S. Enfermedades de la piel e infecciones de transmisión sexual entre pacientes con infección por VIH/SIDA remitidos al instituto municipal de enfermedades de la piel y venéreas de belgrado: una serie de casos de 38 pacientes. *Serbio J Dermatol Venerol.* 2013; 5 :125–30

Pérez-Cantillo, María Fernanda, et al. "Infección por VIH. Manifestaciones mucocutáneas en 63 pacientes pediátricos." *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría* 28.110 (2014)

- Santamaria, C. Oliva, C. Molina, J. Molina, C. Manifestaciones dermatológicas en pacientes VIH/SIDA acorde a la cuantificación de CD4 y carga viral. *Med Cutan Iber Lat Am* 2019; 47 (3): 194-199
- Gómez, L. Gómez, M. Alzate, B. Motta, A. Rolon, M. Eritema elevatum diutinum: manifestación clínica en un paciente con VIH. *Dermatol Rev Mex.* 2020; 64 (5): 626-629
- Tamayo, M. Chaparro, D. Charry, L. Garzon, J. Hallazgos en piel en pacientes con infección por VIH en Bogotá. *Rev. Salud Pública.* 2021. 23(6): 1-8.
- Morales, C. Romero, M. Molusco contagioso del párpado: manifestación cutánea de inmunosupresión. *Infectio* 2022; 26(2): 189-192
- Lezcano, M. Aldama, A. Montiel, D. Celas, L. Montoya, C. Pereira, J. Histoplasmosis sistémica con lesión cutánea única en paciente con SIDA. *Rev. virtual Soc. Paraguay. Med. Int.* marzo 2023; 10 (1) : 107-112
- Muñoz, P. Gomez, O. Luzoro, A. Manifestaciones cutáneas de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en niños de Santiago de Chile. *Rev Chil Infect* 2008; 25 (4): 277-282
- Pérez, M. Cortes, E. Martínez, E. Torres, E. Arenas, R. Infección por VIH. Manifestaciones mucocutáneas en 63 pacientes pediátricos. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría* 2014 Vol. XXVIII Núm. 110
- Gallo, S. Caraballo, C. Hoyos, A. Velez, C. Galvis, W. Enfermedades dermatológicas de pacientes en seguimiento ambulatorio por VIH en Manizales, Colombia. *Rev Asoc Colombia Dermatol.* 2020;28(2): 122-137.
- Castro, K. Mora, T. Gavilanes, F. Monar, K. Manifestaciones cutáneas de las enfermedades de transmisión sexual (ITS). *RECIAMUC. Editorial Saberes del Conocimiento.* 2020. ISSN: 2588-0748. 126-136
- Santana, J. Hernandez, B. De la Rocha, A. Martinez, I. Negrin, L. Manifestaciones dermatológicas en pacientes con sida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000;16(3):287-90
- Janier, M. Dauendorffer, J. Caumes, E. Manifestaciones dermatológicas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *EMC - Dermatología.* 2019. Volume 53. Issue 2. Pages 1-14, ISSN 1761-2896

Perales, D. De la Torre, H. Cano, L. Ortega, R. Principales dermatosis primarias asociadas a pacientes con vih. ENF INF MICROBIOL 2019 39 (3): 103-108

Lopez, A. Sanchez, E. Gonzalez, S. Ramirez, M. Sotelo, B. Pellagra was treated with tryptophan in an HIV positive patient. Dermatol Rev Mex 2021; 65 (1): 98-101.

Arias, C. Beuth, R. Correa, L. Puerta, J. Forero, S. Skin neoplasms associated with human immunodeficiency virus (HIV). Dermatol Rev Mex 2022; 66 (3): 350-363