

## LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y ONICOMICOSIS

Dres. Roberto Arenas, \* Maritza Aristimuño, \*\*  
Claudio Abiega, \* Rodolfo Vick.\*\*\*\*

R. Arenas, M. Aristimuño, C. Abiega, R. Vick. **La Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Onicomicosis.** Derm. Venez, 1999, 37: 28-29

### RESUMEN

Estudiamos en forma secuencial y cuidadosamente las uñas de los pies de pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia humana. Encontramos una alta prevalencia de lesiones ungueales, incluyendo leuconiquias y melanoniquias micóticas. Insistimos sobre el valor de la exploración clínica cuidadosa en estos casos.

**Palabras clave:** Onicomicosis, SIDA, Virus de Inmunodeficiencia Humana.

### ABSTRACT

We studied carefully and sequentially the toe nails of patients infected by the HIV. We found a high prevalence of nail lesions including mycotic leukonychia and melanonychia. We stress the value of careful clinical exploration in such cases.

**Key words:** AIDS, Human Immunodeficiency Virus, Onychomycosis.

### INTRODUCCIÓN

Las dermatofitosis o tiñas se encuentran entre las manifestaciones cutáneas más frecuentes. En la infección VIH y SIDA. Varían del 2 al 50%, con un promedio de 30%. En prácticamente todos los estudios se encuentra una relación entre las manifestaciones cutáneas, el estadio de la enfermedad y la cuenta de CD4. En un estudio en el Reino Unido las infecciones fúngicas se encontraron en 54% y las más frecuentes fueron tinea pedis, tinea cruris y onicomicosis, relacionándose con cuentas de CD4 inferiores a 200 en especial formas graves)

Se ha señalado que con excepción de la tiña de los pies las infecciones dermatofíticas son atípicas y extensas y ocurren sin diferencia significativa en pacientes asintomáticos con infección VIH o en cualquier estadio de la enfermedad.<sup>2</sup>

### Antecedentes

En 1995 realizamos un estudio retrospectivo en 46 pacientes con infección VIH/SIDA y la frecuencia de dermatofitosis fue apenas del 2%<sup>3</sup> seguramente por la búsqueda no intencionada ya que en otros estudios en nuestro medio la frecuencia ha sido alta.<sup>4</sup>

### Objetivos

Determinar la frecuencia y forma clínica de onicomicosis en infección VIH/SIDA en pacientes que acuden

a la consulta diaria para el control de su inmunodepresión.

### Metodología

Se estudiaron al azar 23 pacientes que acudieron en forma secuencial a la clínica de infectología. Se les practicó un somero cuestionario de sus antecedentes y se les hizo un estudio dermatológico de pies y un estudio micológico en caso de manifestaciones clínicas que lo ameritaran.

### Resultados

Acudieron 22 varones (95.6%) y una mujer (4.4%) con una edad que varió de 22 a 57 años (promedio 43.8 años). Tenían empleo 57% y 43% eran desempleados. Había confirmación serológica en todos los pacientes, con infección VIH en 47% y SIDA en 53%.

\* Sección de Micología. Hospital General Dr. Manuel Gea González - México.

\*\* Diplomado en Dermatología.

\*\*\* Departamento de Infectología. Hospital General

El examen físico de pies fue normal en 60.8%; presentaban descarnación de los pies 13.3% y otros datos 25.9% (un paciente sarcoma de Kaposi y otro un secundarismo sífilítico) en tres pacientes se confirmó tiña de los pies por *Trichophyton rubrum*.

La exploración ungueal mostró onicolisis en 8 (35%), cromoniquia en 9 (39%) (Figs. 1 y 2 y estaban normales



Fig. 1. Onicomiosis blanca superficial y onicomiosis subungueal blanca proximal.

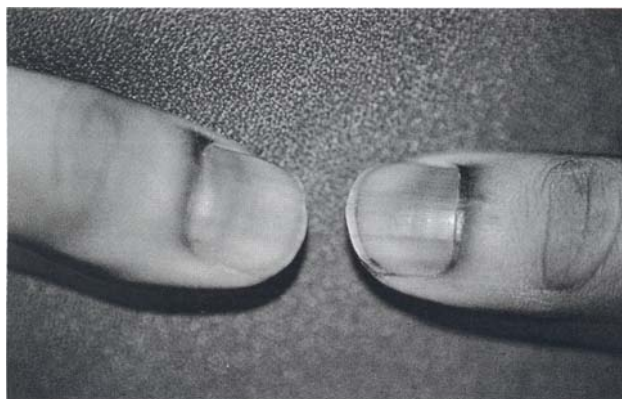


Fig. 2. Melanoniquia por zidovudina (azt).

6 (26%). Se observó distrofia ungueal de 100% en 8 pacientes (34.5%), de 50% en 5 (22%) y 10 no tenían alteraciones (43.5%). Se clasificaron como onicomiosis subungueal distal 10 (43.5%) y onicomiosis subungueal proximal 3 (13%). Por los datos clínicos se sospechó onicomiosis en 15 pacientes, pero sólo se confirmó en 9 (39%). El examen directo fue positivo en 7 y negativo en 2 que presentaron cultivo positivo. En 4 pacientes se identificó *T. rubrum* y en uno *Candida sp.*

## Discusión

La infección VIH constituye un terreno apropiado para el desarrollo de dermatofitos dada la disfunción de linfocitos CD4 y células de Langerhans. Como hemos señalado la mayor parte de los autores mencionan estas infecciones fúngicas entre las más frecuentes pero hay pocos estudios prospectivos.

La afección ungueal puede ser la habitual, onicomiosis distal y lateral con hiperqueratosis subungueal y onicolisis, sin embargo algunos estudios han mostrado como una manifestación frecuente la leuconiquia tricofítica y la onicomiosis proximal blanca subungueal (5-7). Esta última ha sido señalada por Serran Jean y Méndez Tovar<sup>8</sup> en 76% y por Domp martin y col.<sup>5</sup> hasta en 88.7%.

Este pequeño número de pacientes explorados más cuidadosamente que

en la consulta habitual, nos muestra la importancia de una adecuada exploración dermatológica con búsqueda intencionada de lesiones sospechosas de cualquier naturaleza, como en este caso de patología en pies. Además de las lesiones blancas ungueales que han sido las más frecuentemente informadas, ahora también hay que alertar al clínico sobre la melanoniquia micótica que puede ser ocasionada por mohos oportunistas y pacientes con SIDA se ha informado por dermatofitos, en especial *T. rubrum* (9-10). Los medicamentos que se usan habitualmente en el tratamiento son efectivos, pero se necesitan dosis altas y tratamientos largos para prevenir recurrencias, así como vigilancia cuidadosa de efectos colaterales y posibles interacciones medicamentosas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Uthayakumar S, Nandwani R, Drinkwater T, et al. The prevalence of skin disease in HIV infection and its relationship to the degree of immunosuppression, Br J Dermatol 1997; 137:595-98.
2. Feuilhade de Chauvin M, Dubertret L. Infections a dermatophytes et pathologie a VIH J Mycol Med 1995; 5 (Suppl 1): 8-10.
3. Vick R, Vargas AS, Castro G, et al. Manifestaciones dermatológicas en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Dermatología Rev mex 1995; 39(4): 197-201.
4. González Benavides J, González González SE, Elizondo Elizondo A. Manifestaciones cutáneas de SIDA, estudio de 183 pacientes. Dermatología REV Mex 1994; 38(5): 46-49.
5. Domp martin D, Domp martin A, Deloul AM, et al. Onychomycosis and AIDS. Clinical and laboratory findings in 62 patients. Int J Dermatol 1990; 29: 337-9.
6. Weisman K, Knudsen E, Pedersen C. White nails in AIDS/ARC due to *Trichophyton rubrum* infection. Clin Experiment Dermatol 1988; 13: 24-5.
7. Silva-Lizama E, Logemann H. Proximal White subungual onychomycosis in AIDS. Int J Dermatol 1996; 35(4): 290-91.
8. Serran-Jean L, Méndez-Tovar LI. Onicomiosis en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Características clínicas y epidemiológicas. Med Cut ILA 1995; XXIII: 387.
9. Pen-in C, Baran R. Longitudinal melanonychia caused by *Trichophyton rubrum*. J Am Acad Dermatol 1994; 31(2): 311-15.
10. Chang P, Logeman H, Fernández V. Melanoniquia micótica. Dermatología Rev Mex 1996; 40(6): 412-13.