

MANIFESTACIONES CUTANEAS EN PACIENTES INFECTADOS CON H.I.V.*

Dr. Oscar Reyes Jaimes**

RESUMEN

La infección por HIV, constituye una enfermedad infecto contagiosa, causada por un agente viral perteneciente a la familia Retroviridae y a la subfamilia Lentivirinae, la cual presenta una significativa morbimortalidad que va en rápido ascenso.

Se estudian las manifestaciones mucocutáneas de esta infección en 23 pacientes evaluados en el Servicio de Dermatología del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo".

SUMMARY

The human immunodeficiency virus HIV infection is a highly lethal new epidemic which is increasing very rapidly, mainly among young homosexual men.

After demonstrating antibodies to the human immunodeficiency virus HIV, we studied the cutaneous manifestations of 23 patients examined at the dermatology department of "Dr. Carlos Arvelo" Military Hospital.

INTRODUCCION

La infección por HIV constituye una enfermedad infectocontagiosa de etiología viral con significativa morbimortalidad que ha causado gran expectativa a nivel de las autoridades de la salud y círculos científicos de todo el mundo.

El número de personas infectadas va en ascenso, y se piensa que por cada caso de SIDA, debe haber entre 50 a 100 personas infectadas, dado que un 10 a 30% de los infectados desarrollarán la enfermedad, se espera un número exorbitante de casos en los próximos años. Esta situación es consecuencia directa del largo período de incubación de la enfermedad.

Los primeros casos de Sida se conocieron en el verano de 1981 en EE.UU. donde comenzaron a aparecer reportes de neumonía por Pneumocystis carinii y Sarcoma de Kaposi en hombres jóvenes homosexuales (1).

El primer caso de SIDA en Venezuela se diagnosticó en mayo de 1983 y en el resto de ese año se conocieron dos nuevos casos (2), en los años subsiguientes continúan los reportes de nuevos casos de esta enfermedad devastadora y fatal.

El Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta ha definido como caso de SIDA "el paciente con enfermedad (maligna autoinmune, neurológica o infección oportunista) que sugiere un defecto en la inmunidad celular y que no presenta cualquier otra causa conocida diferente del HIV, ni otra causa reportada de resistencia reducida asociada a enfermedad presente" (3).

Los pacientes infectados presentan anergia cutánea a pruebas de hipersensibilidad retardada, un aumento de la IgG y una disminución del índice CD4/CD8 todo lo cual es mucho más acentuado en los pertenecientes al grupo IV de la clasificación del CDC de Atlanta (4).

El virus de la inmunodeficiencia humana pertenece a la familia Retroviridae y a la subfamilia Lentivirinae. El hallazgo distintivo de estos retrovirus es la presencia de una DNA Polimerasa llamada Transcriptasa reversa, la cual transcribe el genoma RNA a provirus DNA, el cual se integra al DNA cromosómico del huésped donde puede completar el ciclo de replicación, dirigiendo la síntesis de viriones infectantes, o puede o no expresar parte de su información gené-

tica en una infección subclínica (5, 7, 8).

El virus se encuentra en los líquidos orgánicos de los infectados y es a través de éstos que se transmite la infección, aceptándose actualmente tres vías de transmisión: sanguínea, sexual y materno filial (7, 8).

Para el mes de diciembre de 1989, se había reportado en Venezuela un total de 715 casos pertenecientes al grupo IV de la clasificación de Atlanta. Para el momento de escribir este trabajo ya habían fallecido 356 de estos pacientes (6). Dada la gravedad de esta enfermedad y a la proteiforme de sus manifestaciones mucocutáneas hemos decidido estudiar éstas en 23 pacientes de la consulta de dermatología del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana.

MATERIALES Y METODOS

Fueron incluidos en el estudio 23 pacientes, 21 de sexo masculino y 2 del femenino, cuyas edades estaban comprendidas entre 19 y 58 años, con una media de 30,6 años.

A todos los pacientes se les investigó la presencia de anticuerpos contra el HIV mediante el ensayo inmunoenzimático (ELISA), y su especificidad contra las proteínas aisladas del

* Trabajo realizado en el Servicio de Dermatología del Hospital "Dr. Carlos Arvelo", 1989.

** Dermatólogo. Adjunto del Departamento E.T.S. del Hospital Clínico Universitario.

virus mediante inmunoelectrotransferencia de Western Blot; resultando todos positivos para dichas pruebas.

También, fueron interrogados acerca de antecedentes de enfermedades dermatológicas y tratamientos previos; sobre factores de riesgo como uso de drogas intravenosas recreacionales, contacto con prostitutas, homosexualidad, bisexualidad y transfusiones. Posteriormente se les practicó examen físico incluyendo piel y mucosas. Se practicaron cultivos, biopsias y directos micológicos cuando considerados necesarios; todas las lesiones sospechosas de sarcoma de Kaposi fueron biopsiadas y estudiadas histológicamente.

El diagnóstico de dermatitis seborreica se hizo cuando al examen físico se apreciaban pápulas y placas eritematosas algunas con escamas amarillentas y grasosas localizadas en la región frontal, cejas, región paranasal, periauricular, cuero cabelludo y región esternal.

RESULTADOS

La entidad más frecuentemente encontrada en los pacientes estudiados, fue la dermatitis seborreica; el resto de los hallazgos quedan resumidos en el cuadro número 2.

De acuerdo a la clasificación del CDC de Atlanta se encontró que el mayor número de pacientes pertenecieron al grupo II (infección asintomática) con un total de 10 pacientes, seguidos por la del grupo III (Linfadenopatía generalizada persistente) con 4 pacientes (ver gráfico 1).

En cuanto a los grupos de riesgo, la mayor incidencia correspondió a la homosexualidad con 11 pacientes, para un 47,8%; secundados por la bisexualidad con 6 pacientes lo que arroja un 26,08% (ver gráfico 2).

Se lograron conocer los antecedentes de otras enfermedades de transmisión sexual en estos pacientes, siendo la blenorragia la infección más común, con un número total de 16 infecciones en 6 pacientes (ver cuadro 1).

CONCLUSIONES

Existe una alta prevalencia de desórdenes dermatológicos en los pa-

**Cuadro 1
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

Enfermedad	Número de pacientes	Número total de infecciones
Gonorrea	6	16
Sífilis	4	4
Condilomas	4	4
Herpes genital	2	2
U.N.G.	1	1
Chancro blando	1	1
Linfogranuloma venéreo	1	1

FUENTE: Datos obtenidos en el presente trabajo.

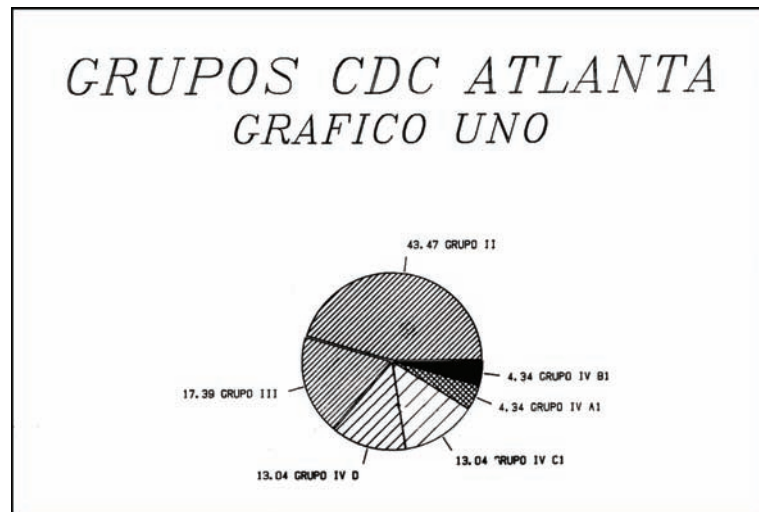
**Cuadro 2
HALLAZGOS FISICOS**

Enfermedades	Número de casos	Porcentaje
Dermatitis seborreica	8	34,78
Candidiasis oral	4	17,39
Tinea cruris	4	17,39
Tinea pedis	8	34,78
Tinea ungueum	5	21,73
Leuconiquia	3	13,04
Herpes simple	3	13,04
Dermatitis asteatósica	3	13,04
Sarcoma de Kaposi	3	13,04
Verrugas vulgares	1	4,34
Pitiriasis versicolor	3	13,04
Erupción por drogas	1	4,34

FUENTE: Datos obtenidos en el presente trabajo.

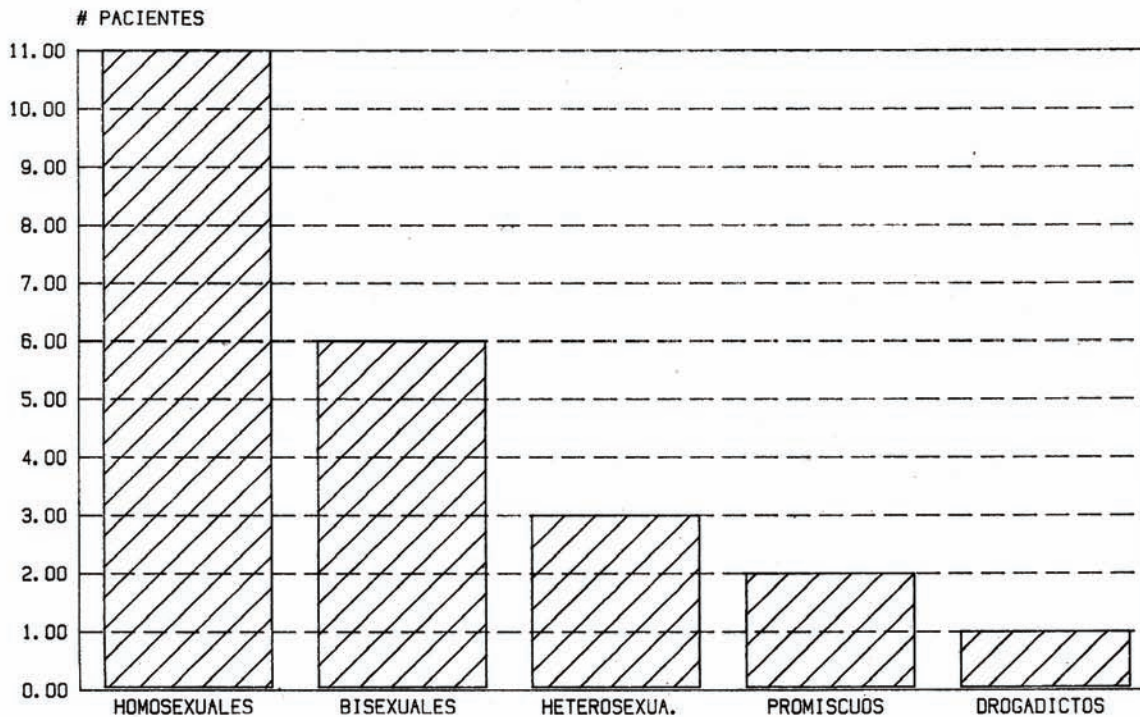
cientes infectados con el HIV. Siendo el más frecuente en la muestra examinada, la dermatitis seborreica seguida de las dermatofitosis.

Lesiones que clínicamente pueden lucir muy benignas pueden tratarse de procesos neoplásicos como el sarcoma de Kaposi; o de infecciones micóti-



GRUPOS DE RIESGO

GRAFICO DOS



cas generalizadas potencialmente fatales. Es por este motivo que se hace mandatorio practicar biopsias, coloraciones especiales y cultivos en todas las lesiones de piel que presenten estos pacientes, tratando así de diagnosticar precozmente cualquier complicación que amenace la vida, para tratarla a tiempo prolongando así la existencia de dichos pacientes.

El SIDA está presente en todos los países del mundo. Es una enfermedad que aterra con razón, ya que invariablemente resulta mortal.

Todos tememos al SIDA, del mismo modo que tememos al cáncer pero a diferencia de lo que ocurre con éste, podemos contraer el SIDA por contagio de otras personas. Es una enfermedad transmisible aparecida en el curso de una generación, que por lo

menos en el mundo desarrollado se había acostumbrado a vivir sin el miedo a la muerte por contagio. Por ello, el temor al contacto con una persona que puede ser "portadora" de esta enfermedad constituye una reacción propia de la naturaleza humana.

Como profesionales de la salud debemos evitar la discriminación y el estigma; nuestra mejor arma aparte de atender a estos enfermos, es la orientación y la educación no sólo del público en general sino también de aquellos profesionales de la salud que mantienen una actitud pasiva y derrotista, ante este reto que nos ha enviado la madre naturaleza.

BIBLIOGRAFIA

1. P.P. Mortimer. ABC of AIDS. British Medical Journal. Vol. 294. May 1987.

2. B. Coldiron, P. Bergstresser MD. Prevalence and clinical spectrum of skin disease in patients infected with HIV.

Arch Dermatol. Vol. 125, 1989.

3. Revista de la Sociedad Venezolana de Alergia e Inmunología. Julio-diciembre 1989. Vol. VI, No 2, p. 14.

4. L. Warner, B. Fischer MD. Cutaneous Manifestations of the Acquired Immuno-deficiency Syndrome. International Journal of Dermatology. Vol. 25, No 6, 1986.

5. Memorandum. Bulletin of the World Health Organization 66(5): 561-574 (1988).

6. Oficina para el Desarrollo del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA. M.S.A.S. Casuística oficial reportada al MSAS, 3 diciembre de 1989.

7. B. Brusau, C. Rodó, P. Iranzo. Manifestaciones Cutáneas del SIDA. Piel 1987; 2: 392-409.

8. Echeverría, Deibis, García, Bianco. Aspectos inmunopatogénicos de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Venezuela. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 105, 1988.