

11212



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

IMSS

17
2es.

MANIFESTACIONES CUTANEAS EN
PACIENTES CON SIDA

T E S I S

264101

QUE PRESENTA LA:
DRA. ARACELI MEDINA GARCIA
PARA OBTENER EL TITULO EN LA:
ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGIA

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CENTRO MEDICO

“LA RAZA”

“MANIFESTACIONES CUTANEAS EN

PACIENTES CON SIDA

No. de Registro: 976900080.

DR ARTURO ROBLES PARAMO

JEFE DE DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

DR FERNANDO MONTES DE OCA MONROY

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION

DRA ARACELI MEDINA GARCIA

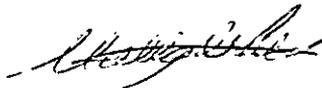
RESIDENTE DEL 4to AÑO DE DERMATOLOGIA

TITULARES :



- DRA. SILVIA ALICIA HONDA FUJIMURA.

MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA



-DRA. MAGDALENA LOPEZ IBARRA

MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA.

RESUMEN.

MANIFESTACIONES CUTANEAS EN PACIENTES CON SIDA.

OBJETIVO: Las alteraciones de la piel en los pacientes VIH positivos, se pueden encontrar hasta en el 90% de los casos.

Se determinó la frecuencia de dermatosis en éstos pacientes, y se estableció si existe alguna relación entre los niveles de CD4 y severidad de ésta.

METODOS: Se incluyeron pacientes del sexo femenino y masculino de cualquier edad, que contaran o no con CD4. Se realizó exploración dermatológica completa y en caso de haber duda diagnóstica, se tomó biopsia de piel.

RESULTADOS: Participaron 110 pacientes, 99 hombres y 11 mujeres con edad promedio de 34 años. 63 contaron con linfocitos CD4. El 100% presentaron dermatosis, 72.72% (80 pacientes) mostraron dos o más dermatosis. 74.60% (47 pacientes) presentaron CD4 menor de 200 y el resto entre 200 y 499.

Se tomaron únicamente 4 biopsias, confirmando el diagnóstico clínico.

Las dermatosis más frecuentes fueron: Xerosis (80%), Dermatitis Seborreica (68.18%), Molusco Contagioso (67.27%) y Onicomycosis (50%). Estas dermatosis fueron más severas en el grupo de CD4 menor de 200.

CONCLUSIONES: Mas del 90% de los pacientes VIH positivos presentan dermatosis en algún momento de la enfermedad. Son más severas y diseminadas cuando los CD4 son menores de 200.

Palabras Claves: Dermatitis, VIH, SIDA.

ABSTRACT.

CUTANEOUS MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH AIDS.

OBJETIVE : The dermatoses in the + HIV patient could be found in almost 90% of the cases. We determined the frequency of dermatoses in these patients and established if there is a relationship between CD4 levels and severity of dermatoses..

METHODS : We include male and female patients of any age, who count or not with CD4 levels. A complete dermatologic examination was made, and if there was doubt in the diagnosis, a biopsy was taken .

RESULTS : 110 patients participated , 99 men and 11 women, mean age of 34 years.

63 had CD4 levels.

100% had dermatoses. 72.72% (80) showed two or more dermatoses , 74.60% (47) had CD4 levels less than 200, and the rest between 200 and 499.

Only 4 biopsies were taken, confirming clinic diagnosis.

The most frequent dermatoses were : Xerosis (80%), Seborrheic dermatitis (68.18%), Molluscum Contagiosum (67.27%) and onychomycosis (50%).

Theses dermatoses were more severe in the CD4 group less than 200.

CONCLUSIONS : We confirmed that more of 90% of the +HIV patient have dermatoses in some time in the course of the disease. They are more severe and disscminated when the CD4 levels are less than 200.

::

Key words : Dermatoses, HIV,AIDS.

INTRODUCCION.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo. (1).

El agente causal es un retrovirus: VIH-1. Infecta preferentemente linfocitos CD4 cooperadores, lo que da como resultado un grave defecto de la inmunidad mediada por células y susceptibilidad a infecciones y procesos malignos.(1).

Las alteraciones en la piel y membranas mucosas fueron de las primeras manifestaciones clínicas reconocidas en el paciente VIH positivo.(2).

Estas alteraciones no sólo se asocian a estados de inmunodeficiencia terminales, sino también a etapas iniciales de la infección por VIH.(2).

Hasta un 92% de los pacientes VIH positivos presentarán manifestaciones cutáneas en el transcurso de su enfermedad. (3).

Con frecuencia son más severas y con menor respuesta al tratamiento que en los pacientes inmunocompetentes (3).

Las dermatosis presentadas se pueden considerar como marcadores de progresión de la enfermedad (4).

Las alteraciones cutáneas en la infección por VIH y SIDA pueden ser procesos infecciosos, malignos, dermatosis primarias, trastornos nutricionales y reacciones medicamentosas (5).

Entre los procesos neoplásicos más importantes se encuentran el Sarcoma de Kaposi, que es uno de los tumores más frecuentes en el paciente con SIDA, fuertemente asociado a inmunosupresión, así como el carcinoma basocelular en segundo término. Los linfomas No-Hodgkin y cutáneos de células T son raros. (2,4).

Las infecciones virales son de las dermatosis que más frecuentemente se observan (5), entre estas: Molusco contagioso, Herpes Zoster, Herpes simple, Condilomas acuminados, Infecciones por Citomegálovirus, y Leucoplasia vellosa. (2,4,5,6).

De éstas la más frecuente en nuestro medio es el Molusco contagioso (5), y el Herpes simple, manifestándose en ocasiones como lesiones muy desfigurantes o úlceras crónicas, incurables y dolorosas

respectivamente (2), las cuales pueden llegar a simular condilomas acuminados por su apariencia verrucosa (7).

Las infecciones bacterianas, afortunadamente no son tan frecuentes como las virales, éstas comprenden: *Staphylococcus Aureus*, *Micobacterium tuberculosis*, *M. atípicas*, Sifilis y Angiomatosis bacilar. (2,4,8).

La Angiomatosis bacilar es una infección causada por un gram negativo, y puede afectar múltiples órganos. El agente etiológico es la *Bartonella Henselae* aunque también se han visto casos por *B. Quintana* (9). Las lesiones consisten en pápulas eritemato-violáceas y nódulos que simulan un Sarcoma de Kaposi, Granuloma Piógeno o angiomas y pueden llegar a ser múltiples (2,4).

Se han reportado cursos muy atípicos de la sifilis en el paciente con SIDA, ésta progresa rápidamente a estadios avanzados.(2).

Puede incluso no responder a tratamientos convencionales. Las lesiones son frecuentemente extensas y muy atípicas (10), puede semejar una psoriasis o condilomas planos (4).

La candidiasis oral, es la infección por hongos más frecuente en el paciente con SIDA, sin olvidar así mismo los dermatofitos.(2,4).

Esta al igual que la infección por dermatofitos, se han asociado a niveles bajos de linfocitos CD4, y se han considerado marcadores de progresión de la enfermedad. (4,6,11).

Otra de las infecciones por hongos que ha tomado gran relevancia en los últimos años es la criptococosis. La infección ocurre en 6 a 13% de los pacientes con SIDA, frecuentemente afectando sistema nervioso central. (12).

Las lesiones cutáneas pueden ser pápulas umbilicadas, nódulos, placas violáceas, abscesos y pueden simular un Molusco contagioso y Sarcoma de Kaposi (12).

En nuestro medio la variedad en piel puede observarse hasta en el 2% de los casos. (5).

La dermatosis puede presentarse meses antes de los signos de infección sistémica (12). La localización más frecuente es en cabeza y cuello (78%), y hasta en el 54% de los casos puede simular Molusco contagioso (12).

La escabiasis es una ectoparasitosis cutánea altamente contagiosa e intensamente pruriginosa. La variedad costrosa o Noruega se presenta con relativa frecuencia en los pacientes con SIDA, puede

haber mínimo prurito y las lesiones pueden mostrar costras extensas. La localización más común es en manos, muñecas, axilas y pies. (3).

Esta es una de las dermatosis que se presentan en forma atípica, pues ante un paciente con lesiones generalizadas papulares, con costras, o eccematosas, habrá que sospechar de infección por VIH. (13). Está relacionada con cuentas de linfocitos CD4 menores de 200/mm³ (13).

La dermatitis seborreica, es según algunos autores (2) la dermatosis más frecuente asociada a infección por VIH. Difiere de la que se presenta en los inmunocompetentes en la severidad, extensión y cronicidad. Se reporta hasta en 20 a 40 % de los pacientes seropositivos y 40 a 80 % en aquellos con SIDA. (2).

Sin embargo, en nuestro medio, no se observa con tal incidencia en éste tipo de pacientes. (14).

Las reacciones por medicamentos son más frecuentes en pacientes VIH positivos, que la población en general. Reacciones a medicamentos tales como: Amoxicilina y Sulfonamidas son 10 veces más frecuentes en ellos (2,15).

La morfología de las erupciones no difiere de la de los pacientes no infectados por el virus, pero si se ha visto una mayor frecuencia de Necrólisis epidérmica tóxica, así como dermatosis ampollosas en éstos pacientes (2,15).

En México, los medicamentos más relacionados a dermatitis medicamentosa son: Trimetropin-sulfametoxazol, Isoniacida y Zidovudina (5).

Esta última no solo causando erupción morbiliforme, ya que también se ha visto frecuentemente asociada a cambios ungueales, entre los cuales se presentan: Pigmentación de las uñas, que puede ser en bandas café o una pigmentación generalizada en la uña, tanto de manos como de pies. (2,4).

Se han reportado también casos de pacientes con coloración azul de las uñas, está relacionada con administración de Zidovudina. (16).

Existen muchas más dermatosis en el paciente con SIDA, sin embargo, lo más importante que hay que tomar en cuenta, es que dado a la inmunosupresión, éstas pueden llegar a presentarse en forma atípica, inespecífica, para lo cual se requiere de ayuda diagnóstica con toma de

biopsia de la lesión, y así confirmar nuestro diagnóstico para poderle ofrecer un tratamiento oportuno al paciente, y prolongar su sobrevivida.

MATERIAL Y METODOS.

Se incluyeron pacientes del sexo masculino y femenino, de cualquier edad, VIH positivos.

A todos se les realizó exploración dermatológica completa, incluyendo piel, mucosas y anexos.

En caso de haber duda diagnóstica se tomó biopsia, previo consentimiento del paciente, enviándose ésta al servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.

Se captó cuenta de linfocitos CD4 para la relación con dermatosis.

Las alteraciones en piel se clasificaron en:

- a) Infecciosas.
- b) Neoplásicas.
- c) Reacción por medicamentos.
- d) Primarias.

RESULTADOS.

Participaron 110 pacientes, 99 hombres y 11 mujeres, con un rango de edad entre 21 y 63 años de edad (X: 34 años). Todos ellos VIH positivos confirmado con pruebas inmunológicas.

63 de ellos (57.27%), contaban con cifras de linfocitos CD4.

Se observó que el 100% de los participantes presentaron dermatosis.

80 (72.72%) mostraron dos o más dermatosis. Aquellas del grupo de las infecciosas de etiología viral, fueron las más persistentes, y de éstas el Molusco Contagioso.

Las dermatosis más frecuentes fueron:

- a) Xerosis en 88 pacientes (80%).
- b) Dermatitis Seborrécica en 75 pacientes (68.18%).
- c) Molusco Contagioso en 74 pacientes (67.27%).

De los 63 pacientes con cuenta de linfocitos CD4; 47 pacientes (74.69%) tenían menor de 200 y 16 pacientes (25.39%) entre 200 y 499.

Se tomaron sólo 4 biopsias, las cuales fueron compatibles con el diagnóstico emitido.

Se observó que efectivamente en el grupo de linfocitos CD4 menor de 200, predominaron Molusco Contagioso y Dermatitis Seborrécica (18%), mientras que en los pacientes que tenían CD4 entre 200 y 499, predominó la onicomycosis.

El Sarcoma de Kaposi y la Candidiasis oral también se observó con frecuencia en pacientes con linfocitos CD4 menor de 200 (12.7% y 10.63%, respectivamente).

A pesar de los valores bajos de CD4 que presentaron las mujeres (Promedio de 120), la dermatosis más frecuentemente observada fue la onicomycosis en 5 de ellas (45.4%), presentando sólo dos de ellas (18%) más de dos dermatosis.

DISCUSION

En nuestro estudio se observó que el 100% de los pacientes con VIH , presentaron dermatosis, el 72.72% mostrando dos o más. El 100% de los hombres afectados son homosexuales. Esto confirma lo mencionado en la literatura (1,2,4,5) que más del 90% de los pacientes VIH + presentarán en algún momento dermatosis.

Las mujeres a pesar de sus niveles bajos de CD4 no contaban con dermatosis tan severas como los hombres.

Se confirma así mismo la relación entre linfocitos CD4 y severidad de dermatosis, ya que al igual que lo reportado previamente (4,5,6) el Molusco Contagioso y la Dermatitis Seborreica son las dermatosis que más frecuentemente se observan en pacientes con bajos niveles de CD4 .

Estas entidades en nuestro estudio se presentaron con similar incidencia, reafirmando la importancia de las dermatosis tanto primarias como de etiología viral (1,7,17).

Dentro de las entidades neoplásicas , el Sarcoma de Kaposi fué el principal observado, hasta en 20.9% de los pacientes, todos ellos hombres.

Las reacciones por medicamentos no fueron más frecuentes en estos pacientes que en los inmunocompetentes , lo que no concuerda con lo escrito en artículos anteriores (4) y estas fueron principalmente atribuidas a ingesta de Trimetropin con Sulfametoxazol .

Se concluye pues que más del 90% de los pacientes VIH positivos presentan dermatosis, siendo severas y de gran extensión cuando los niveles de CD4 son bajos, esto es inferiores a 200/mm³, refiriéndonos principalmente a Molusco Contagioso y Dermatitis seborreica.

Algunos autores (Orozco) , también incluyen una muestra baja de mujeres y reportan dermatosis menos severas que en hombres.(4).

Sería conveniente realizar estudios prospectivos con mayor seguimiento de los pacientes y así poder determinar si la severidad y extensión de la dermatosis es la misma independientemente de la variedad en la cuenta de linfocitos CD4.

CONCLUSIONES.

- 1.- El 100% de los pacientes con VIH, presentan alguna dermatosis en el curso de su enfermedad.
- 2.- La etiología más frecuente de las dermatosis es la infecciosa, y de éstas la de tipo viral.
- 3.- La severidad de la dermatosis es menor en el sexo femenino.
- 4.- Por los hallazgos encontrados consideramos que si existe una relación estrecha entre severidad de la dermatosis y linfocitos CD4 principalmente en el sexo masculino.

ESTA VESIS NO HAY
SOLAMENTE

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-- Knobler R. HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION. Dermatologic Clinics 1989, 7(2) : 369-385.
- 2.- Tschachler E. HIV-RELATED SKIN DISEASES. The Lancet 1996, 348 : 659-662.
- 3.- Uribe E. ESCABIASIS COSTROSA (NORUEGA) Y SIDA. REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA. Rev Mex Dermatología 1995,39(6) : 356-358.
4. - Orozco R MANIFESTACIONES DERMATOLOGICAS EN EL PACIENTE CON SIDA . Rev Mex de Dermatologia 1992,36(4) :236-244.
- 5.- Arenas R. MANIFESTACIONES DERMATOLOGICAS EN EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, ESTUDIO DE 46 PACIENTES. Rev Mex de Dermatología 1995,39(4) : 197-201
- 6.- Reynaud M. DERMATOLOGIC FINDINGS IN HIV-1 INFECTED PATIENTS : A PROSPECTIVE STUDY WITH EMPHASIS ON CD4 CELL COUNT. Dermatology 1996,192(4) : 325-6

7.- Tong Pars . HERPES SIMPLEX VIRUS INFECTION MASQUERADING AS CONDYLOMA ACUMINATA IN A PATIENT WITH HIV DISEASE. Br J Dermatol. 1996,134 (4) : 797-800.

8.- Myskowsky P. DERMATOLOGIC COMPLICATIONS OF HIV INFECTION . Med Clin North Am 1996, 80(8) : 1415-35.

9.- Fagan W. WIDESPREAD CUTANEOUS BACILLARY ANGIOMATOSIS AND A LARGE FUNGATING MASS IN AN HIV-POSITIVE MAN. JAAD 1996,35(2):285-7.

10. Glatt. SYPHILIS OF THE SKIN (NODULAR SYPHILIDS) . Clin Infect-Dis 1996,23(2): 231-37.

11.- Gregory H. SPECIAL PATIENT POPULATION S: ONYCHOMYCOSIS IN THE HIV-POSITIVE PATIENT. JAAD 1996, 35(3) : 13-16.

12.- Murakawa G. CUTANEOUS CRYPTOCOCCUS INFECTION AND AIDS. REPORT OF 12 CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE. Arch-Dermatol 1996,132(5) :545-8.

13.- Portu J. ATYPICAL SCABIES IN HIV-POSITIVE PATIENTS. JAAD 1996, 34(5) :915-17.

14.- Arenas.PYTIROSPORUM OVALE EN DERMATITIS SEBORREICA . ESTUDIO EN 26 PACIENTES CON SIDA Y 21 CONTROLES. Rev Mex de Dermatología 1995, 39(6):343-46.

15.-Sawo USE OF INTRAVENOUS IMMUNOGLOBULIN IN THE TREATMENT OF SEVERE CUTANEOUS DRUG REACTIONS IN PATIENTS WITH AIDS. J Allergy Clin Immunol 1996,98(6):1112-5.

16.- Glaser . BLUE NAILS AND ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME:NOT ALWAYS ASSOCIATED WITH AZIDOTHYIMIDINE USE. Cutis 1996,57(4) : 243-4.

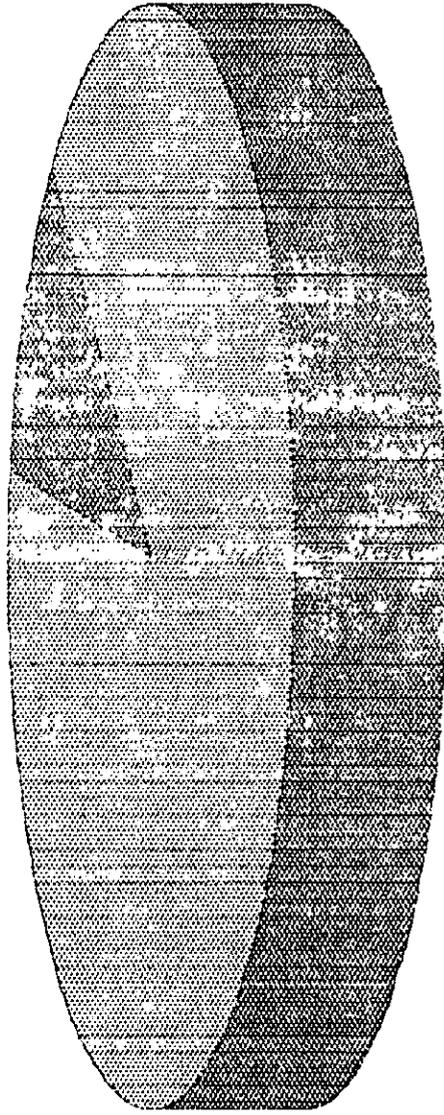
17. Arenas.DERMATOLOGIA,ATLAS,DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO . 1996.

18.- Fitzpatrick .DERMATOLOGY IN GENERAL MEDICINE. 1993.

19.- Stein. MEDICINA INTERNA. Tercera edición ,tomo 2,1991.

DERMATOSIS EN PACIENTES CON VIH.

Mujeres.
10%

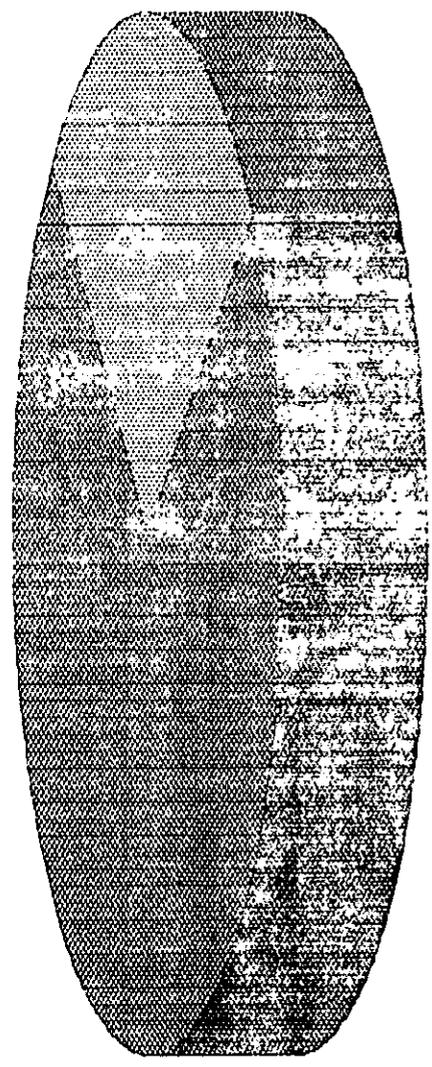


Hombres.
90%

Figura 1.

DERMATOSIS EN PACIENTES CON VIH.

- 1 Dermatosis.
- 2 o + Dermatosis.

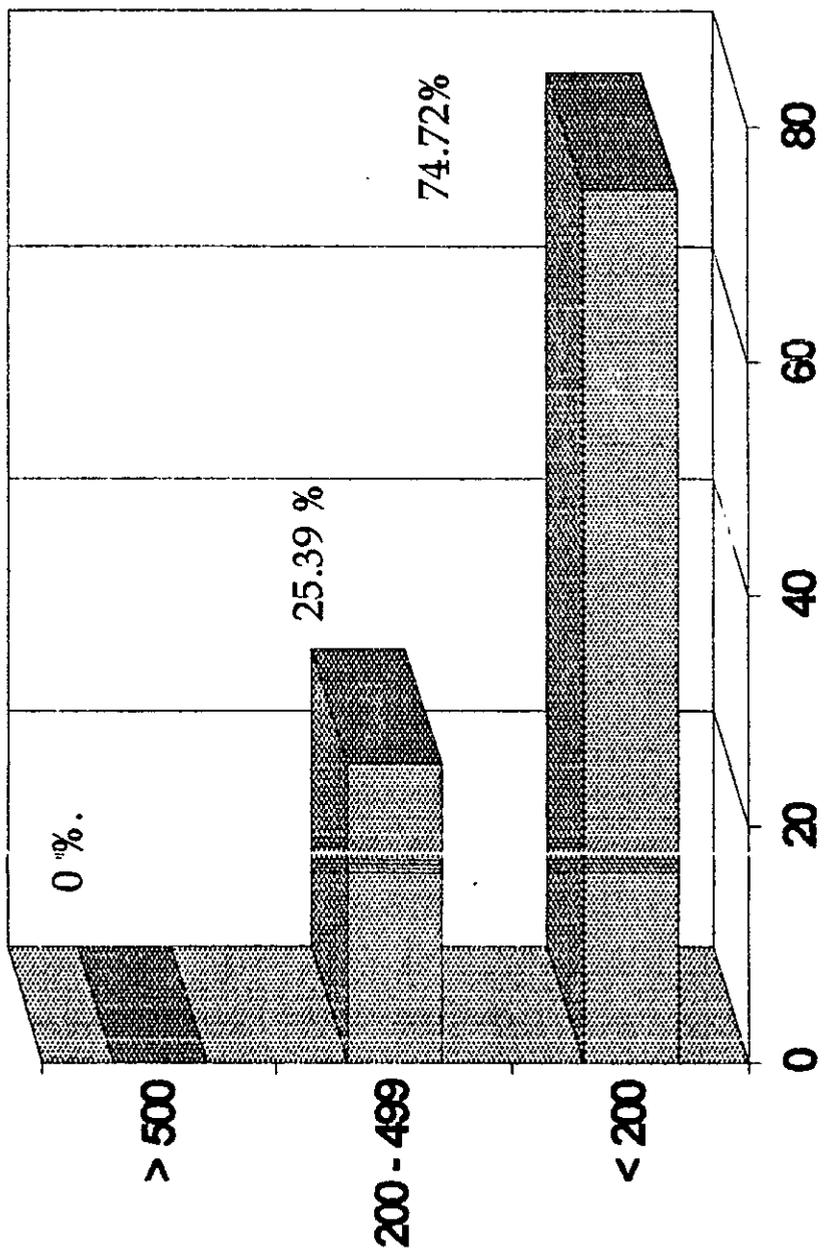


72.72 %.

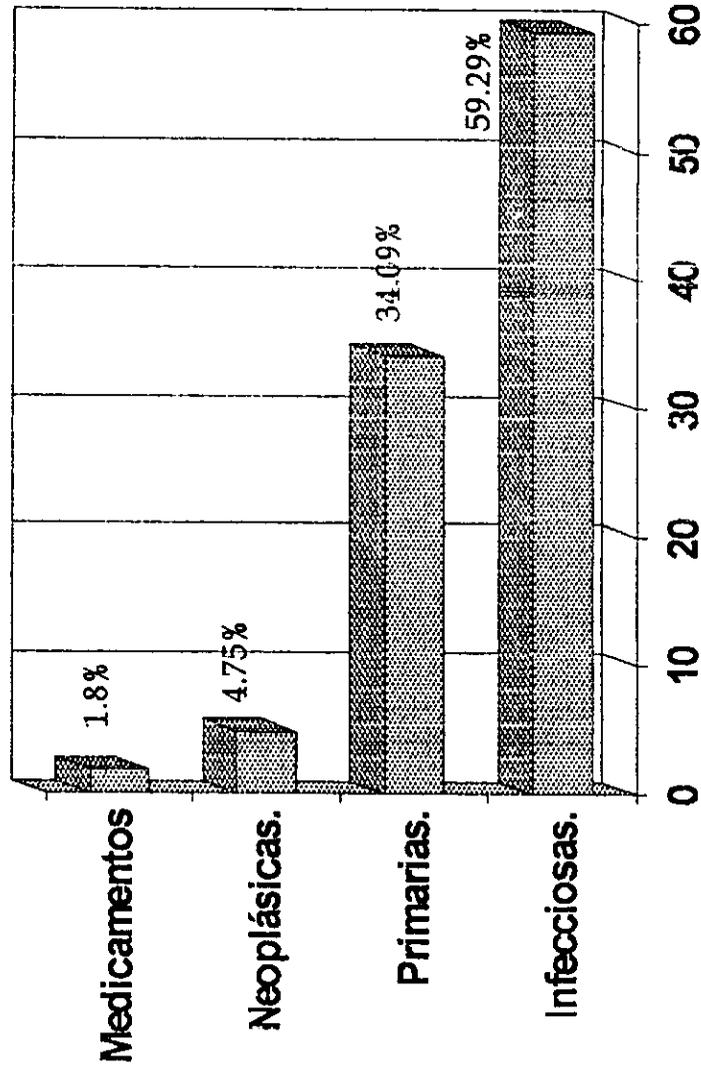
27.27 %

Figura 2.

LINFOCITOS CD4



DERMATOSIS CLASIFICADAS POR GRUPOS.



DERMATOSIS MAS FRECUENTES.

