Descargado el: 7-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Afecciones dermatológicas en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana

Skin Conditions in Patients with Human Immunodeficiency Virus

Yoan Bernárdez Cruz[1] Marlene Curbelo Alonso[2] Graciela Caridad Cabrera Acea Manuel M. Sabatés Martínez[2] María Julia Cabrera Pereda[2]

[1] Policlínico Docente Área IV, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Bernárdez-Cruz Y, Curbelo-Alonso M, Cabrera-Acea G, Sabatés-Martínez M, Cabrera-Pereda M. Afecciones dermatológicas en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana. **Medisur** [revista en Internet]. 2015 [citado 2026 Nov 7]; 13(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3119

Resumen

Fundamento: las afecciones dermatológicas se presentan con frecuencia en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana, afectan su calidad de vida e inciden en el pronóstico de estos.
Objetivo: describir las afecciones dermatológicas más frecuentes en los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana.
Métodos: estudio de serie de casos en individuos con virus de inmunodeficiencia humana en la provincia de Cienfuegos, que incluyó a todos los pacientes diagnosticados hasta febrero de 2008 que acudieron a consulta planificada de medicina interna para su seguimiento evolutivo. Se excluyeron 47 pacientes fallecidos, 12 pacientes no residentes en la provincia y 2 reclusos. Se analizaron: edad, sexo, color de la piel, dermatosis referidas, dermatosis diagnosticadas.
Resultados: el 38 % de los pacientes tenía entre 25 y 34 años. El 57 % era de piel blanca y 75 % del sexo masculino. Aproximadamente la mitad tenía sida y estaba bajo tratamiento antirretroviral. La dermatosis de origen viral más frecuentemente encontrada fue el herpes simple (30,0 %); de etiología micótica, la onicomicosis (44 %); de etiología bacteriana, la foliculitis (43 %); entre las pápulo escamosas, la dermatitis seborreica (74 %) y dentro de otros desórdenes dermatológicos, la lipodistrofia (23,6 %); mientras que la xerosis de la piel y el prurito compartieron igual porcentaje (16,3 %).
Conclusiones: predominaron las dermatosis de etiología viral y micótica. Una parte importante de esas dermatosis fueron diagnosticadas durante la investigación, con mayor frecuencia en pacientes con sida.

Palabras clave: síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infecciones oportunistas relacionadas con el sida, enfermedades de la piel

Abstract

Background: patients with human immunodeficiency virus frequently develop skin conditions that affect their quality of life and modify their prognosis.
Objective: to describe the most common skin conditions in patients with human immunodeficiency virus.
Methods: a case-series study of patients with human immunodeficiency virus was conducted in the province of Cienfuegos. It included all patients diagnosed until February 2008 attending the internal medicine consultation for their follow-up. Forty-seven deceased patients, 12 patients not living in the province and 2 inmates were excluded from the study. Variables analyzed were: age, sex, skin color, self-reported skin conditions and diagnosed skin diseases.
Results: Thirty-eight percent of patients were aged 25 to 34 years. Fifty-seven were white-skinned and 75% were male. Approximately half of the patients had AIDS and were under antiretroviral therapy. The skin infection of viral origin most commonly found was herpes simplex (30.0%); of fungal origin, onychomycosis (44 %); and of bacterial origin, folliculitis (43 %). Among papulosquamous disorders, seborrheic dermatitis (74 %) predominated and among other skin disorders, lipodystrophy (23.6 %). Xerosis and pruritus shared equal percentage (16.3 %).
Conclusions: viral and fungal skin infections predominated. An important number of these skin conditions were diagnosed during the study, particularly in AIDS patients.

Key words: acquired immunodeficiency syndrome, aids –related oportunistic infections, skin diseases

Aprobado: 2015-10-19 15:26:16

Correspondencia: Yoan Bernárdez Cruz. Policlínico Docente Área IV. Cienfuegos. yoanbc@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El año 1981 sorprende a la salud pública en Estados Unidos con los primeros casos de lo que se denominó síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida está definido por una serie de enfermedades oportunistas asociadas a la inmunodepresión relacionada con los efectos que produce el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el sistema inmunológico.[1]

El número de personas que viven con VIH se incrementó de aproximadamente 8 millones en 1990, a 33 millones en el 2007, ya para el 2011 existían 34,2 millones de personas infectadas por VIH y en 2013 superaba los 35 millones de infectados, lo que en la actualidad sigue en aumento. Alrededor de 30,8 millones son adultos; 15,5 millones son mujeres y los niños alcanzan los 2 millones.[2]

En Cuba, hasta el 18 noviembre de 2008 vivían con VIH/sida 10 454 personas, sin embargo hasta diciembre de 2014 se habían incrementado los casos a 23 421.

En la provincia de Cienfuegos, desde 1986 hasta el 18 noviembre de 2008 se habían diagnosticado 218 pacientes seropositivos al VIH/sida, ya en diciembre de 2014 el incremento era a 605 individuos, de ellos 510 permanecían vivos hasta esta fecha.[1]

Desde la aparición de la pandemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la década de 1980, los trastornos cutáneos son considerados de gran importancia tanto para el diagnóstico de la enfermedad, así como por la posible asociación de enfermedades sistémicas con expresión cutánea que igualmente pueden ayudarnos en el diagnóstico precoz ya que en ocasiones tienen un carácter predictivo del VIH. Las afecciones cutáneas en estos pacientes se presentan en más del 90 % de los casos.[3]

Las manifestaciones cutáneas pueden ser variadas, desde un *rash* eritematoso no pruriginoso, que aparece con las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad, hasta una afección dermatológica de tipo neoplásico, infeccioso o no infeccioso. Hoy se sabe que las manifestaciones dermatológicas no ocurren solamente debido a la disminución en los linfocitos T CD4, sino también debido a un cambio en el perfil de citoquinas hacia un perfil predominantemente T *helper* 2 (Th2), al mimetismo molecular y la sobreexpresión de superantígenos/xenobióticos 9.[4]

Se puede afirmar que la morbilidad por VIH/sida debe continuar en ascenso, lo cual aumentaría el número total de personas infectadas; por tanto, se puede prever que exista determinada incidencia de dermatosis en estos pacientes aun cuando se asuman terapias más efectivas para mejorar su inmunocompetencia, a su vez, se debe considerar que la expectativa de vida después del diagnóstico debe ser mayor en la medida que se desarrollan nuevas modalidades terapéuticas.

El riesgo de padecer diversas dermatosis es mayor al permanecer la mayoría de estos pacientes, hoy día, fuera del régimen sanatorial y por tanto estar expuestos a los agentes patógenos existentes en sus diversos entornos familiares y sociales.

De modo que el reconocimiento de las manifestaciones cutáneas del sida es de gran interés para el dermatólogo, médicos en general y personal sanitario, ya que los síntomas cutáneos pueden ser el primer anuncio de la infección por VIH o la evidencia del desarrollo del síndrome. En la provincia de Cienfuegos existen muy pocos estudios sobre la frecuencia de presentación de estas entidades clínicas en este tipo de paciente.

Por tales razones se realizó esta investigación con el objetivo de conocer cuáles son las afecciones dermatológicas más frecuentes en los pacientes con VIH/sida de Cienfuegos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de serie de casos, en individuos con VIH/sida en la provincia de Cienfuegos. En nuestra provincia, hasta febrero de 2008, se había diagnosticado un total de 177 pacientes con VIH/sida. De estos, 47 pacientes fallecieron, 12 pacientes eran no residentes en la provincia y 2 reclusos. Del resto de los pacientes, se incluyeron en esta investigación solo aquellos que acudieron a consulta planificada de medicina interna para su seguimiento evolutivo, por lo que se analizó un total de 60 pacientes, lo que representa el 33,8 % de los diagnosticados hasta esa fecha.

Se analizaron variables como edad, sexo, color

de la piel, dermatosis referidas, dermatosis diagnosticadas.

Los datos fueron procesados en computadora, para lo cual se creó una base de datos en el sistema SPSS 15.0 en correspondencia con los objetivos y variables de interés de esta investigación, se utilizaron los porcentajes como medida de resumen de las variables. Los resultados obtenidos se presentan en tablas de frecuencias expresadas en números absolutos y porcentaje.

La investigación fue aprobada por el Consejo científico de la institución.

RESULTADOS

El mayor número de casos se encontró en el grupo de edad de 25 a 34 años. Es de destacar que a medida que aumentó la edad disminuyó el número de casos. Existió una mayor frecuencia de pacientes del sexo masculino. (Tabla 1).

Tabla 1. Afecciones dermatológicas en pacientes VIH/sida según grupos de edad y sexo

Edad	Masculino		Femenino	
Años	No.	%	No.	%
15-24	5	11,1	5	33,3
25-34	18	40	5	33,3
35-44	14	31,1	4	26,7
45-54	5	11,1	-	-
>55	3	6,7	1	6,7
Total	**45**	**100**	**15**	**100**

Según el espectro de los desórdenes mucocutáneos; los procesos infecciosos virales ocuparon el primer lugar, fueron referidos 91 de estos (53, 2 % del total de referidas) y 49 diagnosticados (28, 4 % del total de diagnosticadas). En segundo lugar los procesos micóticos con 29 afecciones referidas (17 %) y 60 diagnosticadas (34,7 %). Otros desórdenes ocuparon el tercer lugar con 20 afecciones referidas y 35 diagnosticadas. Los procesos infecciosos bacterianos y parasitarios compartieron similares frecuencias, tanto los referidos como los diagnosticados. (Tabla 2).

Tabla 2. Afecciones dermatológicas en pacientes VIH/sida según espectro de desórdenes mucocutáneos

Desórdenes	Referidos		Diagnosticados		Total	
mucocutáneos	No.	%	No.	%	No.	%
Virales	91	53,2	49	28,4	140	40,6
Micóticos	29	17	60	34,7	89	25,8
Bacterianos	8	4,6	6	3,4	14	4,1
Parasitarios	11	6,5	4	2,3	15	4,4
Pápuloescamosos	12	7	19	11	31	9,2
Otros desórdenes	20	11,7	35	20,2	55	15,9
Total	**171**	**100**	**173**	**100**	**344**	**100**

Entre las dermatopatías virales referidas y diagnosticadas se destacó en primer lugar el herpes simple con 29 casos referidos y 13 diagnosticados para un 32 % y 27 % respectivamente. El condiloma acuminado ocupó el segundo lugar, tanto referido como diagnosticado (18 y 15 casos), lo que representó el 20 % y 31 % respectivamente. El herpes zóster fue referido por 20 casos para un 22 % y diagnosticado con menor frecuencia (4) para un 8,2 %. (Tabla 3).

Tabla 3. Afecciones dermatológicas en pacientes VIH/sida según dermatosis virales

Dermatosis virales	Referidas		Diagnosticadas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Herpes simple	29	32	13	27	42	30
Condiloma	18	20	15	31	33	24
Herpes zóster	20	22	4	8,2	24	17
Verrugas vulgares	8	8,8	5	10	13	9,3
Molusco contagioso	6	6,6	5	10	11	7,9
Verrugas filiformes	6	6,6	4	8,2	10	7,1
Verrugas plantares	4	4,4	3	6,1	7	5
Total	**91**	**100**	**49**	**100**	**140**	**100**

La onicomicosis alcanzó casi la mitad de todas las micosis superficiales referidas, con 10 pacientes para un 35 % y diagnosticadas 29, para un 48 %. La tiña pedis ocupó un segundo lugar con similar frecuencia, fue referida por 7 pacientes (24 %) y diagnosticada en 16 de ellos (27 %). La candidiasis le siguió en orden descendente con igual número de casos referidos y diagnosticados (7 casos) para un 24 % y 12 % respectivamente. (Tabla 4).

Tabla 4. Afecciones dermatológicas en pacientes VIH/sida según dermatosis micóticas

Dermatosis micóticas	Referidas		Diagnosticadas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Onicomicosis	10	35	29	48	39	44
Tiña pedis	7	24	16	27	23	26
Candidiasis	7	24	7	12	14	16
Tiña cruris	4	14	2	3,3	6	6,7
Tiña versicolor	-	-	4	6,7	4	4,6
Tiña corporis	1	3,4	2	3,3	3	3,4
Total	**29**	**100**	**60**	**100**	**89**	**100**

La más frecuente de las enfermedades bacterianas, tanto referida como diagnosticada fue la foliculitis con un 43 %. La forunculosis ocupó el segundo lugar, fue referida por 2 pacientes para un 25 % y diagnosticada en 2 de los casos para un 33,3 %. La sífilis fue referida por 3 pacientes para un 38 %. El ectima se presentó en uno de los pacientes (17 %), no fue referido. (Tabla 5).

Tabla 5. Afecciones dermatológicas en pacientes VIH/sida según dermatosis bacterianas

Dermatosis bacterianas	Referidas		Diagnosticadas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Foliculitis	3	38	3	50	6	43
Forunculosis	2	25	2	33,3	4	28,5
Sífilis	3	38	-	-	3	21,4
Ectima	-	-	1	17	1	7,1
Total	**8**	**100**	**6**	**100**	**14**	**100**

Dentro de las afecciones pápuloescamosas la dermatitis seborreica aportó el mayor número de casos tantos referidos como diagnosticados, con 11 y 12 pacientes, para un 92 % y 63 % respectivamente. La psoriasis vulgar fue referida por un paciente y diagnosticada en 2 de ellos en el momento de la investigación, al igual que el liquen plano y la dermatitis atópica. La pitiriasis rosada de Gilbert solo se diagnosticó en un caso para un 5,3 %. (Tabla 6).

Tabla 6. Afecciones dermatológicas en pacientes VIH/sida según dermatosis pápuloescamosas

Dermatosis pápuloescamosas	Referidas		Diagnosticadas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Dermatitis seborreica	11	92	12	63	23	74
Psoriasis vulgar	1	8,3	2	11	3	9,7
Liquen plano	-	-	2	11	2	6,4
Dermatitis atópica	-	-	2	11	2	6,4
Pitiriasis rosada de Gilbert	-	-	1	5,3	1	3,3
Total	**12**	**100**	**19**	**100**	**31**	**100**

Dentro de otros desórdenes dermatológicos, la xerosis de la piel fue vista en 9 pacientes para un 25,7 %. El prurito fue referido por 9 casos para un 45 %. La lipodistrofia fue referida por 6 casos y diagnosticada en 7, para un 30 % y 20 % respectivamente. La queilitis y la queratosis actínica fueron diagnosticadas en 4 casos para un 11,4 % cada una. La dermatitis solar fue diagnosticada en 3 casos para un 8,5 %. El acné vulgar fue referido por dos casos y diagnosticado en igual número de pacientes junto al prurigo por insectos, lo que representó el 5,7 % para ambas afecciones. La urticaria crónica fue referida por 2 pacientes y diagnosticada en uno de ellos para un 10 % y 2,9 % respectivamente. La miliaria, amiloidosis cutis y el carcinoma basal fueron diagnosticadas en 3 de los casos vistos indistintamente, para un 2,9 % respectivamente. (Tabla 7).

Tabla 7. Afecciones dermatológicas en pacientes VIH/sida según otros desórdenes

Otros desórdenes	Referidos		Diagnosticados		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Lipodistrofia	6	30	7	20	13	23,6
Xerosis de la piel	-	-	9	25,7	9	16,3
Prurito	9	45	-	-	9	16,3
Queilitis actínica	-	-	4	11,4	4	7,2
Queratosis actínica	-	-	4	11,4	4	7,2
Acné vulgar	2	10	2	5,7	4	7,2
Dermatitis solar	-	-	3	8,5	3	5,4
Urticaria crónica	2	10	1	2,9	3	5,4
Prúrigo por insectos	-	-	2	5,7	2	3,7
Miliaria	1	5	1	2,9	2	3,7
Amiloidosis cutis	-	-	1	2,9	1	1,9
Carcinoma basal	-	-	1	2,9	1	1,9
Total	**20**	**100**	**35**	**100**	**55**	**100**

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en cuanto a la frecuencia de pacientes según edad fueron los esperados por ser este segmento de la población el de mayor prevalencia de VIH/sida.

Según Mederos Rodríguez, en su estudio realizado en el 2012 el sexo más afectado resultó ser el masculino con un 66,5 %, resultados similares a los obtenidos en la investigación realizada.[2]

En los resultados del trabajo se encontró un predominio de pacientes con piel blanca. Esto refleja las características generales de la población cienfueguera.

Otra característica propia de los pacientes del estudio es que la mitad era seropositiva al VIH y la otra mitad clasificó como pacientes con sida. En la provincia predominan los portadores, por tanto, esta característica de los pacientes en el estudio, se debió al muestreo utilizado.

Las afecciones virales constituyen las más frecuentes de todas las afecciones infecciosas en los pacientes VIH/sida[7] y fueron referidas o estaban presentes en el momento de la investigación en un número importante de los pacientes estudiados. Los virus son los principales patógenos que causan infecciones oportunistas en la enfermedad del VIH, ya sea por activación de la infección subclínica (VPH, Poxvirus) o por reactivación de infecciones latentes (herpes *simplex* tipo 1 [HSV-1], herpes *simplex* tipo 2 [VHS-2], virus varicela zóster [VVZ], citomegalovirus [CMV], virus de Epstein-Barr [VEB] y el virus herpes humano tipo 8 [VHH-8]), lo que se corresponde con los resultados obtenidos en la investigación realizada.

Una parte importante de los pacientes estudiados sufrieron recurrencias de las infecciones por herpes simple. El virus del herpes simple continúa siendo la causa mundial más frecuente de úlcera genital; en pacientes con infección por VIH puede presentarse de manera atípica o extensa, de forma ulcerativa o hipertrófica-tumoral y de manera crónica.[5]

Los condilomas acuminados o verrugas genitales producidas por los papiloma virus, constituyen otras de las afecciones cutáneas más frecuentemente encontradas en los portadores de anticuerpos anti VIH, puesto que pueden alcanzar una prevalencia de más del 30 %.

Según Cristián Navarrete-Dechent, Rinna Ortega, Félix Fich y Marcela Concha, en su estudio aproximadamente 13 % de los pacientes con infección por VIH presentaban patología ano-rectal; de este grupo 92 % correspondía a condilomas perianales.[6]

El herpes zoster puede ocurrir en personas VIH positivos poco tiempo después que comienza a

tomar tratamiento antirretroviral, pues se cree que estos casos pueden ser una señal del síndrome de recuperación inmunitaria,[5] criterio que pudiera estar en relación con los resultados obtenidos en esta investigación, pues los casos diagnosticados fueron pacientes que se encontraban bajo terapia.

Desde el comienzo de la epidemia del sida se determinó la infección por *Candida* spp como un marcador de falla inmunológica. Además, es la infección oportunista más frecuente en muchas series, llegando a 90 % de prevalencia. En los pacientes con infección por VIH, las infecciones por dermatofitos pueden ser asintomáticas extensas, diseminadas con compromiso de las cuatro extremidades, de múltiples uñas, de presentación atípica y con mala respuesta a tratamiento,[6] resultados muy semejantes a los obtenidos en este trabajo (con excepción de las micosis por *Cándida albicans*), donde estas afecciones micóticas antes descritas fueron las dermatopatías más frecuentemente observadas, tanto referidas como diagnosticadas, de todas las afecciones infecciosas estudiadas.

La onicomicosis blanca proximal subungueal se presenta en el 88,7 % de las onicomicosis en pacientes VIH/sida. Por su frecuencia se considera un marcador de sida y ocurre cuando las cifras de CD4 son menores de 100 cel/mm^3,[6] hecho que no guarda relación con los resultados obtenidos en este estudio, donde no se encontró ningún caso con este tipo de onicomicosis, aunque no podemos afirmar que esta entidad no es frecuente en nuestro medio al no estudiarse todos los pacientes de la provincia que viven con VIH/sida.

Una de las principales manifestaciones cutáneas de las infecciones bacterianas en los pacientes VIH/sida son la foliculitis, el impétigo y la celulitis; también puede manifestarse como ectima, forúnculos, ántrax y absceso,[7] similares resultados fueron obtenidos en el estudio, donde esta dermatosis fue la piodermitis más frecuentemente referida y diagnosticada.

Existe una asociación epidemiológica entre sífilis e infección por VIH, las úlceras genitales favorecen la transmisión de *Treponema pallidum* y este a su vez, la transmisión del VIH 46,[8] en la presente investigación se recoge el antecedente de tres pacientes que padecieron sífilis, con características clínicas y de laboratorio similares a las de un paciente seronegativo.

El ectima solamente se presentó en uno de los pacientes, con las mismas características clínicas que se presenta a menudo en los pacientes inmunocompetentes.

Las dermatosis pápuloescamosas y misceláneas son usuales en la población general, pero en los pacientes seropositivos pueden presentarse de manera atípica, de forma más intensa o con una mayor frecuencia que en los pacientes no infectados por el VIH.[7]

Las telangiectasias fueron observadas en algunos casos, sobretodo en la piel de la cara y el cuello, relacionadas, según criterio del autor, con el daño solar crónico, pues se observaron en pacientes de piel blanca con un fotodaño importante.

Las características clínicas de la dermatitis seborreica identificadas en los pacientes estudiados fueron similares a lo planteado en la literatura internacional y similares también a las de los pacientes seronegativos al VIH vistos en la consulta diaria de dermatología, se destacó el gran número de seropositivos afectados, con brotes muy frecuentes con tendencia a la cronicidad, que se mostraron resistente a la terapéutica tópica habitual, resultados que se asemejan a los de otros estudios donde se plantea que la incidencia de esta enfermedad en seropositivos al VIH es significativamente mayor, llega a 85 % en algunas series.[8]

La psoriasis vulgar fue otra de las dermatosis pápuloescamosas encontradas en los casos estudiados. La prevalencia en los pacientes infectados con VIH es similar a la de los seronegativos; hecho que se demuestra en el estudio, sin embargo, la enfermedad tiende a ser más intensa, acral, extensa, destructora y recalcitrante. Cabe destacar que tienen mayor frecuencia de artritis psoriásica.[9]

Otras patologías pápuloescamosas vistas en nuestros casos fueron el liquen plano y la pitiriasis rosada de Gilbert, con características clínicas semejantes a las observadas en la población inmunocompetente.

Algunas alteraciones del cabello (pelo fino y ralo), la alopecia y el cambio de coloración ungueal, fueron vistas con cierta frecuencia en los casos estudiados.

También se pudo observar que algunos pacientes presentaban pelo ralo, afinamiento del mismo

con pérdida del brillo y disminución en la población pilosa, por lo que muchos de los casos vistos presentaban una alopecia difusa. Es de destacar que la mayoría de estos casos se acompañaba de dermatitis seborreica, donde se observó la presencia de escamas oleosas.

Los cambios de coloración de las uñas estuvieron dados fundamentalmente por la presencia de bandas azulosas transversales, lo que al parecer estaba en relación con el tratamiento antirretroviral, específicamente con el uso de zidovudina.

Bajo la terminología de otros desordenes dermatológicos son encerradas el resto de las alteraciones cutáneas más frecuentes en este tipo de paciente, las cuales fueron diagnosticadas con relativa frecuencia. Se describen aquí desde la xerosis de la piel hasta lesiones premalignas y malignas de la piel.

La lipodistrofia fue uno de los trastornos que con mayor frecuencia se diagnosticó en los casos del estudio. Los efectos adversos de la TARV incluyen varios puramente dermatológicos, como por ejemplo: efectos retinoide-símil (paroniquia, xerosis cutánea intensa, alopecia, granuloma telangiectásico y queilitis), lipodistrofia (caracterizado por redistribución de la grasa corporal con pérdida de grasa periférica, aumento de la grasa central, hipertrofia mamaria y aumento de la grasa dorso-cervical asociado a anormalidades metabólicas), erupción morbiliforme y síndrome de Stevens-Johnson; entre otros.[9]

En los casos donde diagnosticamos la lipodistrofia se recogió el antecedente de tratamiento antirretroviral con inhibidores de la proteasa, pues todos estos pacientes comenzaron a desarrollar la lipodistrofia inmediatamente tras la terapéutica señalada, una vez que clasificaron como casos sida.

La xerosis es muy frecuente en pacientes VIH positivo, y se producen hasta en un 30 % de los pacientes con enfermedad avanzada, y generalmente se asocian a prurito refractario.[9]

En los pacientes en que se diagnosticó este trastorno se hizo por inspección y palpación de la piel afectada, donde predominó la sequedad de la piel, con presencia de escamas y liquenificación secundaria al rascado continuo. Todos los casos diagnosticados refirieron un prurito intenso. En mucho de los casos se recogió el antecedente de tratamiento con terapia antirretroviral, lo que quizás pudiese estar relacionado con este padecimiento, pues muchos refirieron que la sequedad de la piel comenzó tras el tratamiento con los retrovirales.

El prurito fue uno de los síntomas frecuentemente referidos por los casos estudiados.

Es de destacar que en los casos estudiados el 100 % de los pacientes que refirieron prurito estaban siendo afectados por la xerosis de la piel, por lo que podemos inferir que esta sea una de las causas posibles, independientemente que todos estos casos se encontraban bajo terapia antirretroviral, lo que pudiese ser otras de las causas de este prurito aparentemente desconocido.

La queilitis actínica se presentó en el típico paciente de piel blanca, con un daño solar importante, con eritema y descamación a nivel de los labios, con grietas a este nivel, o sea, iguales características clínicas de los casos seronegativos al VIH.

[1] Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Grupo Provincial de Enfermedades Transmisibles. Programa de control ITS/VIH/SIDA. Cienfuegos, 2014.

[2] Mederos Rodríguez SR. Manifestaciones dermatológicas en pacientes VIH/SIDA [tesis]. Cienfuegos: Policlínico Área II Dr. Serafín Ruiz de Zarate; 2012.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lamotte Castillo JA. Infección-enfermedad por VIH/ sida. MEDISAN [revista en Internet]. 2004 [cited 3 Jul 2015] ; 8 (4): [aprox. 14p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm.

2. Johnson RA. Manifestaciones cutáneas de la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D, Wolff K. Dermatología en

Medicina General. T II. 8va. ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 123-58.

3. Garza-Garza R, González-González SE, Ocampo-Candiani J. Manifestaciones cutáneas del VIH. Gaceta Médica de México. 2014 ; 150 Suppl 2: S194-221.

4. Vilata Corell JJ, Rodríguez-Cerdeira C, Solla Acuña MJ, Hernández Bel P, Alcántara Cáceres R, López Davia J. Manifestaciones cutáneo-mucosas producidas por el virus de la inmunodeficiencia adquirida. In: Vilata Corell JJ. Manual de dermatología y venereología: atlas y texto. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 695-71.

5. Navarrete-Dechent C, Ortega Rinna FF, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. Rev Chil Infectol. 2015 ; 32 Suppl 1: S57-71.

6. Pech-Ortiz LG, Pérez-Cortés S, Peralta-Pedrero ML. Manifestaciones dermatológicas en los pacientes con VIH y su correlación con la cantidad de linfocitos CD4 en la Clínica de Infecciones de Trasmisión Sexual del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Dermatol Rev Mex. 2014 ; 58: 3-9.

7. Tschachler E. The dermatologist and the HIV/AIDS pandemic. Clin Dermatol. 2014 ; 32 (2): 286-9.

8. Piot P, Quinn TC. Response to the AIDS pandemic-a global health model. N Engl J Med. 2013 ; 368: 2210-8.