

# MANIFESTACIONES CUTANEAS QUE HACEN SOSPECHAR INFECCION POR VIH

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 4, 1996/ 16-18

*Dr. Félix Fich Schilcrot\**

## INTRODUCCION

Las manifestaciones dermatológicas del SIDA han sido abordadas en múltiples oportunidades en un sinnúmero de revistas tanto de Dermatología como de Infectología.

Está claro que cualquier proceso infeccioso que comprometa la piel en un paciente inmunodeprimido adquirirá características especiales, a veces con diseminación extensa de la infección, otras veces puede ser puerta de entrada de una septicemia. Del mismo modo, agentes infecciosos poco agresivos adquieren la capacidad de infectar la piel y fanéreos, dando origen a cuadros clínicos totalmente nuevos que poco a poco nos hemos acostumbrado a reconocer.

Más interesante aun es referirse a aquellos signos cutáneos y/o mucosos que nos revelan que el paciente presenta una inmunodeficiencia y específicamente a algunos cuadros clínicos cutáneos que nos indican con una alta probabilidad que esa inmunodeficiencia es producida por el VIH. En esta oportunidad me referiré por lo tanto exclusivamente a aquellos signos cutáneos que pueden ser marcadores de la infección por VIH aunque no necesariamente signos de progresión de la enfermedad.

Sin establecer una ordenación sistemática por agente etiológico que es lo acostumbrado, revisaremos algunos cuadros que nos obligan a pensar en la infección por el VIH.

## 1. DERMATITIS SEBORREICA EXTENSA

Es un cuadro común en personas inmunocompetentes y compromete por lo general cejas, surcos nasogenianos y cuero cabelludo con escamas oleosas amarillentas sobre un fondo eritematoso. En el paciente VIH+ se presenta en forma brusca y extensa; habitualmente no tiene antecedente anterior de un cuadro similar y compromete toda la cara, pabellones auriculares y en el cuero cabelludo pueden verse grandes escamas y costras en un fondo a menudo rezumante. Estos elementos en un paciente con conductas de riesgo nos obliga a descartar la infección por VIH. Este cuadro no tiene una etiología precisa y está muy relacionado con la presencia de *Pityrosporum ovale*, una levadura comensal que se encuentra en cantidades importantes en las lesiones.

## 2. LEUCOPLASIA VELLOSA ORAL

Sin duda es un marcador de enfermedad por VIH. Suele presentarse en los bordes laterales de la lengua como un reticulado de color blanco con un aspecto que justifica el adjetivo "velloso". En otras ocasiones compromete la lengua en su totalidad y puede ser difícil de distinguir de una candidiasis. Es provocada por el virus de Epstein Barr. Es altamente específico de la infección por VIH y se han descrito pocos casos en inmunodepresiones de otro origen, como en trasplantedos.

---

\* Servicio de Dermatología, Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

### 3. CANDIDIASIS ORAL Y OROFARINGEA

Antes de la aparición del SIDA en nuestro medio, su presencia en un adulto obligaba a descartar una diabetes y se acompañaba de intertrigo-candidiásico en zonas de pliegues. También puede verse en pacientes con terapias corticoidales prolongadas y en general en otras inmunodeficiencias. Hoy día el problema es distinto. Prácticamente en todos los casos en que vemos pacientes jóvenes o adultos con este cuadro debemos descartar la infección por VIH y la probabilidad de equivocarnos es más bien baja. No siempre veremos la clásica forma pseudomembranosa en lengua, mucosa yugal y paladar blando, sino que en ocasiones se presenta como un eritema crónico difuso de la mucosa oral y encías con atrofia de las papilas y también puede verse como eritema en un fondo hiperplástico especialmente en las encías.

### 4. MOLUSCOS CONTAGIOSOS DISEMINADOS

En el paciente inmunocompetente se aprecian las clásicas pápulas umbilicadas aisladas en cara, cuello y en zona abdominal y pelviana. En el VIH+ se ven lesiones profusas formando placas, que se diseminan con facilidad por la cara con el proceso de afeitarse y también por el cuero cabelludo. A veces son pápulas apenas solevantadas, pero profusamente diseminadas y confluentes; en ocasiones es virtualmente imposible estar seguro de haberlas tratado completamente. Recidivan con mucha facilidad.

Son provocadas por poxvirus.

### 5. ULCERACIONES CRONICAS PERIANALES

Corrientemente provocadas por virus Herpes simplex II en el paciente VIH+. Habitualmente no se parecen a las clásicas vesículas cuyo techo se rompe y confluyen en erosiones superficiales de corta evolución. En general en el paciente VIH+ se aprecian grandes lesiones ulceradas confluentes o no, de larga evolución; cuando confluyen adoptan una configuración trebolada. Los bordes suelen ser muy netos y las úlceras responden en forma variable al aciclovir. En estas mismas lesiones se pueden encontrar citomegalovirus que pueden estar jugando un rol agravante de las lesiones. En toda úlcera de esta naturaleza debemos solicitar exámenes para descartar sífilis pues es

sabido que la sífilis secundaria y terciaria adopta morfologías poco usuales en los pacientes inmunosuprimidos.

### 6. CONDILOMAS ACUMINADOS PERIANALES Y PERIGENITALES

En este caso nos enfrentamos a un problema mayor, puesto que grandes condilomas en racimo podemos verlos en pacientes inmunocompetentes así como en inmunosuprimidos y en ambos pueden ser difíciles de tratar y con recidivar frecuentes. Más bien podría decirse que la presencia de estas lesiones es un elemento más a considerar dentro del conjunto de lesiones que aquí se mencionan que nos hacen sospechar que un individuo está infectado por el VIH. Sin embargo, la profusión de estos condilomas asociados a múltiples verrugas confluentes en placas, especialmente en la cara donde se produce un fenómeno similar al de los moluscos contagiosos, nos indica una inmunodepresión que es necesario investigar. Recordemos que condilomas y verrugas son producidas por el virus papiloma humano del que se describen más de 60 genotipos distintos que producen variadas manifestaciones cutaneomucosas.

### 7. SARCOMA DE KAPOSI

Ya se ha escrito mucho sobre esta enfermedad y sus cuatro variedades clínicas, pero realmente la noticia más importante al respecto es el descubrimiento de que todas estas variedades son producidas por un virus de la familia Herpes, denominado herpes 8. Un paciente joven con profusión de lesiones de Sarcoma de Kaposi en nuestro medio es casi siempre SIDA. Lo interesante es diagnosticar estas lesiones al comienzo, donde pueden ser tratadas en forma más exitosa. Se aprecian máculas y a veces nódulos eritematovioláceos que pueden ubicarse en cualquier región, pero que con mayor frecuencia se ven en cara y tórax. En la cara tienden a comprometer el lóbulo nasal y zonas pre y retroauriculares, motivo frecuente de consulta por el daño estético que implica. Lo habitual es que el paciente presente Sarcoma de Kaposi cuando ya su infección por VIH ha sido diagnosticada con bastante anterioridad, pero en ocasiones es el motivo de consulta del paciente y sus manchas son poco notorias y sólo por ese motivo es solicitado el examen de VIH. Siempre examinemos la mucosa palatina pues estas máculas se presentan en esa zona con frecuencia.

Se podría decir que en nuestro medio las lesiones mencionadas nos orientan en gran medida a pensar que el paciente sufre de una inmunodepresión y si a eso sumamos una conducta de riesgo es probable que no nos equivoquemos si pensamos en la infección por VIH.

Hemos revisado someramente hasta aquí aquellos cuadros más habituales pero podríamos mencionar algunos más, que aunque no se presentan con la misma frecuencia que los mencionados o no son tan patognomónicos, debe hacernos pensar en el problema. Mencionaremos en primer lugar un exantema mobiliforme en un adulto joven asociado a fiebre, malestar general y adenopatías generalizadas; por lo menos en 3 oportunidades hemos hecho el diagnóstico con estos elementos constitutivos de la primera fase de la infección y confirmados por PCR, puesto que la serología aún es negativa.

Herpes zoster en un individuo joven y con conducta de riesgo. Antes era considerado indicador de pronóstico y de cambio de etapa de portador a SIDA. Hoy no tiene esa connotación, sin embargo es conveniente pensar en SIDA y enfrentar el problema con el paciente.

Brote agudo de psoriasis en un paciente sin antecedentes familiares de la enfermedad, o bien agravamiento brusco de psoriasis en un paciente psoriático común. Con frecuencia se ven las lesiones de psoriasis en palmas y plantas y en otras ocasiones la hemos visto debutar en el dorso de las manos, constituyendo el signo que nos hizo sospechar que el paciente podía ser VIH+.

También es necesario considerar las onicomicosis. Podemos tener micosis ungueales tanto por dermatofitos (género *Tricophyton*) como por le-

vaduras del género *Candida*. Es frecuente la presencia de infecciones mixtas y además asociadas a bacterias (*Pseudomonas*). Las micosis se ven tanto en uñas de pies como de manos y pueden comprometer las 20 uñas; cuando esto sucede habitualmente el recuento de CD4 es inferior a 100 cel/mm<sup>3</sup>. El tratamiento no siempre es exitoso y puede constituir una puerta de entrada para otras infecciones. A veces vemos al paciente con onicomicosis y con elementos micóticos muy extensos en toda su piel.

La erupción papular pruriginosa persistente y la foliculitis eosinofílica, dos cuadros que para algunos autores son sinónimos y para otros son entidades distintas, las vemos en general en pacientes ya diagnosticados y no como signo marcador de infección por VIH, aunque es un cuadro habitual. Otro cuadro pruriginoso, la sarna, para nosotros es endémica, pero mencionemos acá que en USA y Europa con frecuencia se menciona a esta patología como marcadora de infección por VIH.

En este resumen sólo hemos mencionado aquellos cuadros que pueden ser considerados marcadores de la infección y no se han mencionado otras patologías que se presentan en pacientes ya diagnosticados o como complicación de su tratamiento. Ahí se puede mencionar la criptocosis cutánea, histoplasmosis cutánea y muchas infecciones más y también las reacciones cutáneas por drogas que en estos pacientes adoptan caracteres severos. Tampoco se han mencionado otras neoplasias fuera del Sarcoma de Kaposi puesto que lo habitual es hacer el diagnóstico como hallazgo en un paciente previamente diagnosticado como VIH+ y que frecuentemente constituyen elementos definitivos de casos de SIDA.