



## TÍTULO: MANIFESTACIONES MUCOCUTÁNEAS EN PERSONAS CON VIH/SIDA”. MUNICIPIO YAGUAJAY. 2017-2019.

**Autores: \* Dr. Javier Morales Armas.**

**\*\*Dr. Pedro Aníbal Morales López.**

**\*\*\* MSc. Yoanys Alberto Rodríguez**

\* Residente de segundo año de Medicina General Integral

\*\* Especialista de Primer Grado en medicina general integral. Especialista de 1er grado en dermatología. Profesor Asistente

\*\*\* Máster en Urgencias Médicas. Licenciada en Enfermería. Profesor Auxiliar.

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Javier Morales Armas, Pedro Aníbal Morales López y Yoanys Alberto Rodríguez (2019): “Manifestaciones mucocutáneas en personas con VIH/sida”. municipio Yaguajay. 2017-2019”, Revista Caribeña de Ciencias Sociales (diciembre 2019). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/12/manifestaciones-mucocutaneas-vih.html>

<http://hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1912manifestaciones-mucocutaneas-vih>

### **Resumen**

La aparición de alteraciones de la piel es extraordinariamente frecuente a lo largo de la infección por VIH. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de caracterizar las manifestaciones mucocutáneas en personas con VIH/SIDA del Municipio Yaguajay. La población estuvo constituida por todos los pacientes con infección por VIH/SIDA atendidos en Municipio Yaguajay, (ingresados o atendidos de forma ambulatoria en la consulta Provincial de atención a Pacientes con VIH). La muestra por pacientes que presentaron manifestaciones mucocutáneas en el momento del examen dermatológico resultando 37 pacientes. Se analizaron variables demográficas como: sexo y edad, además de los tipos de manifestaciones cutáneas recuento de linfocitos TCD4. La información se obtuvo de la base de datos provincial y se apeló a fuentes secundarias en caso necesario y a los datos obtenidos se les aplicó distribuciones de frecuencia absolutas y relativas, así como la prueba de

independencia basada en la distribución chi cuadrado, se obtuvo que el sexo más predominante fue el masculino con el 18% , las manifestaciones cutáneas que más prevalecieron fueron las Micóticas, se concluyó que existe una relación significativa entre los niveles de linfocitos T CD4 + y la aparición de estas entidades.

## **Introducción**

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA, fue reconocido como una nueva entidad clínica en junio de 1981 en E.U.A. En 1984, se demostró que la enfermedad estaba ligada a un retrovirus linfocitotrópico de las células T Helper, al que se denominó virus de la inmunodeficiencia humana. (1)

Muy poco después se identificó un segundo virus de la inmunodeficiencia humana, el VIH-2.1 El número de personas que viven con VIH se ha incrementado de aproximadamente 8 millones en 1990 a más de 33 millones en la actualidad y sigue en aumento; de estos 2.5 millones son niños, convirtiéndose en la cuarta causa de mortalidad en el mundo. (2)

La mayoría de los diagnosticados habitan en países subdesarrollados. África presenta más de 22.5 millones de casos y 14.8 millones de huérfanos a causa del SIDA, alrededor de un 67% se encuentran en África subsahariana. Asia meridional y sudoriental presentan 4.1 millones, Europa oriental y Asia central 1.4 millones, América del Norte y Latina 3.4 millones y el Caribe 240 000 de casos.

No obstante las muertes por SIDA y las infecciones descendieron al mínimo en la última década, las defunciones y los nuevos contagios descendieron notablemente según la agencia de Naciones Unidas con el SIDA (ONUSIDA) en su informe anual del 2017. (3)

Este comportamiento se debe fundamentalmente, al inicio del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), a partir de 1996, después de lo cual hubo una disminución en la incidencia de infecciones oportunistas, tumores y morbi-mortalidad en estos pacientes, por lo que el SIDA, dejó de ser una enfermedad mortal para convertirse en una infección crónica. (4)

Cuba ha hecho grandes esfuerzos por mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH: Ha invertido recursos en la producción de fármacos antirretrovirales desde el año 2001, garantiza el manejo integral de los pacientes y el acceso gratuito a la terapéutica antirretroviral; la disponibilidad de complementarios para el diagnóstico y seguimiento de los casos; y se toman medidas para reforzar la alimentación de los pacientes y su cuidado. Esto ha permitido la reducción de los casos SIDA, disminución de la mortalidad y el aumento de los años de vida después de la infección por VIH/SIDA. Además se trabaja en un protocolo para el desarrollo de un candidato vacunar.

El personal de la salud debe mantener una constante vigilancia para poder realizar un diagnóstico precoz de los infectados garantizando una atención médica, de forma integral, evitando los debut clínicos en etapas avanzadas de la enfermedad cuando el pronóstico se hace más sombrío. (5)

La aparición de alteraciones de la piel es extraordinariamente frecuente a lo largo de la infección por VIH/SIDA, pudiendo observarse en más del 90% de enfermos seropositivos. Si bien las enfermedades de la piel se presentan a lo largo de todo el curso de la enfermedad, en ocasiones representan la manifestación inicial de la infección por VIH. Por otra parte determinadas lesiones permiten alertar de la progresión a SIDA de un enfermo con infección VIH asintomática. (6)

El abanico de enfermedades cutáneas es muy amplio, pudiendo ir desde un exantema viral a procesos infecciosos o neoplásicos. Aunque con frecuencia la alteración cutánea es la manifestación primaria, en otras ocasiones se trata de la expresión en la piel de una infección sistémica. (7, 8, 9)

Si en los primeros momentos era lógico que los estudios se centrasen en la mera descripción de las enfermedades que acompañaban al síndrome, agrupándolas por familias etiológicas e incluso que, por inexperiencia, algunas especialidades importantes, como la Dermatología, tardasen años en ser incluidas en la Comisión Nacional de Control Epidemiológico del SIDA, en la actualidad, se debe ser conscientes de las dificultades del problema y de la irresponsabilidad que representa el basar la actuación en Programas especiales que generalmente están concebidos con miras limitadas a algunas o muy pocas especialidades.

El reconocimiento de la amplia variedad de lesiones cutáneas que aparecen en los pacientes infectados permite realizar un diagnóstico y tratamiento agresivo que disminuye la morbilidad y mortalidad. (10)

La presentación de infecciones oportunistas de carácter viral bacteriano o micótico deben llevar al dermatólogo a la sospecha de la enfermedad en cuadros recidivantes o una expresión exagerada de la patología. Con la aplicación del TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad), se ha observado una supervivencia más larga y ha dado lugar a la presentación de afecciones tumorales como carcinomas cutáneos o neoplasias anales intraepiteliales.

Algunos padecimientos son comunes también en personas no infectadas, pero su forma de presentación o su respuesta a los tratamientos habituales está alterada con tendencia a las recidivas, todo ello dificulta el diagnóstico oportuno, de modo que no basta con la sospecha clínica; la histopatología, cultivos bacteriológicos y micológicos de las secreciones son indispensables.(11)

Frecuentemente se asocian varias dermatosis al mismo tiempo, pudiendo o no haber síntomas constitucionales como fiebre, pérdida de peso, diarrea recurrente, fatiga o cefalea. (12)

En la infancia el proceso los hace más susceptibles a las infecciones bacterianas, mientras que el paciente adulto lo son las infecciones virales y micóticas.

El examen dermatológico de los pacientes con VIH/SIDA es de suma importancia y en el mundo se han publicado gran cantidad de trabajos que reflejan la relación de las lesiones mucocutáneas con el grado de inmunodepresión y con la etapa de evolución de la infección por VIH/SIDA. (13)

Esto motiva al autor de la presente investigación a describir cómo se comporta este fenómeno en los pacientes atendidos en el municipio Yaguajay en el período estudiado sirviendo dicha investigación como referencia a posteriores estudios.

### **Situación problema:**

La infección por VIH/SIDA es una pandemia que ha provocado la muerte a millones de personas en el mundo y aunque se han hecho grandes esfuerzos para controlarla no se ha detenido su avance. La epidemia cubana aunque de bajo nivel tampoco ha podido ser detenida por lo que se debe seguir trabajando en aras de su detención.

El municipio hoy presenta un total de 37 pacientes viviendo con SIDA (PVS) para una tasa de prevalencia de 64.6 x 100 000 hab. De ellos pertenecen al área de Venegas 9 pacientes con tasa de 81.9 superior al municipio y una de las áreas más afectadas.

Las lesiones dermatológicas son muy frecuentes en los pacientes con VIH/SIDA y muchas veces las primeras manifestaciones que se presentan en estos pacientes, por tanto su diagnóstico y el relacionarlas con la infección es de gran importancia.

### **Problema Científico:**

¿Cómo se comportan las manifestaciones mucocutáneas de los pacientes con VIH/SIDA del Municipio Yaguajay en el comprendido del 2014 a junio del 2018?

### **Preguntas científicas:**

1. ¿Cómo distribuir a los pacientes estudiados según variables demográficas?
2. ¿Cuál será la incidencia de manifestaciones cutáneas en pacientes con VIH/SIDA del Municipio Yaguajay en el período estudiado?
3. ¿Cuáles serán las principales manifestaciones mucocutáneas de los pacientes con VIH/SIDA del Municipio Yaguajay en el período estudiado?

4. ¿Cuál será la relación entre las distintas manifestaciones mucocutáneas presentadas por los pacientes con VIH/SIDA?

### **Objetivos**

#### **Objetivos:**

##### **General:**

1. Caracterizar las manifestaciones mucocutáneas presentadas en personas con VIH/SIDA del municipio Yaguajay en el periodo comprendido del año 2014 al 2018.

##### **Específicos:**

1. Caracterizar la población según variables demográficas.
2. Identificar las principales manifestaciones mucocutáneas que presentan los pacientes.
3. Determinar la asociación entre las principales manifestaciones mucocutáneas presentadas por los pacientes con VIH/SIDA y el grado de inmunodeficiencia celular.

### **Diseño Metodológico**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de caracterizar las manifestaciones mucocutáneas presentadas en personas con VIH/SIDA pertenecientes al municipio de Yaguajay en el periodo comprendido del año 2014 al 2018.

**Población:** Quedó constituida por todos los pacientes con infección por VIH/SIDA pertenecientes al Municipio Yaguajay, (atendidos de forma ambulatoria en la consulta de dermatología) en el período de estudio.

**Muestra:** Los pacientes que presentaron manifestaciones mucocutáneas en el periodo de estudio.

**Criterios de inclusión:** Se incluyeron a todos los pacientes con infección por VIH/SIDA del municipio Yaguajay en el período de estudio, (que presentaron manifestaciones mucocutáneas en el momento del examen físico dermatológico).

**Criterios de exclusión:**

Pacientes que se nieguen a participar.

Pacientes con datos incompletos relacionados con la investigación.

**Variables:**

Edad, manifestaciones mucocutáneas, recuento de linfocitos T, CD4.

**Del nivel teórico:**

- **Histórico-lógico:** Para estudiar el fenómeno en su evolución y desarrollo histórico.
- **El analítico – sintético:** Para la determinación de las partes que constituyó el proceso investigativo y su integración en las distintas etapas del cumplimiento de las tareas científicas.
- **Inducción y deducción:** Para determinar el comportamiento de la enfermedad e identificar las características que incidieron el fenómeno el fenómeno objeto de estudio.
- **Hipotético-deductivo:** Para a partir del planteamiento que se sustenta en una teoría, ofrecer y posibilitar el estudio de importantes referentes teóricos sobre la problemática abordada.

**Del nivel empírico:**

**Revisión documental:** Análisis de los documentos: se revisaron las historias clínicas, ambulatoria los pacientes con VIH/SIDA del Municipio Yaguajay.

**Del nivel estadístico-matemático:** Se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel con las variables que se analizaron las cuales fueron recolectadas a partir de la base de datos provincial de los pacientes y en caso necesario se apeló a las historias clínicas ambulatorias, se analizaron los datos mediante el software estadístico SPSS vs 20.0 obteniéndose medidas descriptivas de tendencia central como la media, distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, los resultados se mostraron en tablas y gráficos para una mejor comprensión.

**Variables en estudio:**

Edad, manifestaciones cutáneas, conteo de linfocitos.

### Operacionalización de variables:

Variables	Tipo	Escala	Definición operacional	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49	Tiempo vivido expresado en años cumplidos.	Distribuciones de frecuencias absolutas y relativas
Manifestaciones mucocutáneas	Cualitativa Nominal politémica	Micóticas Virales Parasitarias Otras Enfermedades Por gérmenes piógenos.	Manifestaciones clínicas que presenten los pacientes estudiados en el momento del examen físico dermatológico	Distribuciones de frecuencias absolutas y relativas

Conteo de linfocitos	Cuantitativa	> 500 499 – 350 349-200 < 200	Número de células de linfocitos TCD4 por $\mu\text{L}^3$ de sangre que presente el paciente en el momento del estudio.	Distribuciones de frecuencias absolutas y relativas
----------------------	--------------	--	--	---

### Aspectos Éticos

Se solicitó el consentimiento de todos los incluidos en la investigación para la realización del estudio (Anexo 1), se les explicó la importancia del cumplimiento de los objetivos y se les pidió su participación en la organización de las entrevistas para aplicar los cuestionarios.

La investigación respetó los postulados de la ética en la investigación con seres humanos, su objetivo esencial fue puramente científico, sin afectaciones del medio ambiente ni riesgos predecibles.

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.**

A continuación realizamos un análisis de los resultados obtenidos para dar salida a los objetivos propuestos en la investigación.

**Tabla 1: Distribución de pacientes por edades en personas con VIH/SIDA. Municipio Yaguajay. 2014-2018.**

<b>Grupos de Edades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
20-24	3	8,1
25-29	4	10,8
30-34	12	32,4
35-39	7	18,9
40-44	8	21,6
45-49	3	8,1
Total	<b>37</b>	100

Fuente: Base de datos

La Tabla No 1 representó la distribución de los pacientes por grupos de edades resultando que el grupo que más prevaleció fue el de 30-34 años con 12 pacientes para el 32.4%, continuó el de 40-44 años con 8 pacientes para el 21.6%, los demás grupos de edades se comportaron con frecuencias por debajo del 10% y la edad media resultó de 34 años, coincidiendo con un estudio realizado por ONU SIDA en América Latina que plantea que el promedio de edad de los individuos con VIH en la región es de 33.0 años y en los grupos de edad, la seroprevalencia, entre adultos de 20 años o más es de 0.16% (IC 95% 0.09-0.23), con diferencias entre hombres y mujeres. (50)

Es conocido que entre las edades mayores de 25 años, es decir los adultos jóvenes, se presenta una mayor propensión a las conductas sexuales y sociales de riesgo. (51)



**Tabla 2: Etiología de las enfermedades dermatológicas en personas VIH/SIDA. Área Venegas. 2017-2019.**

Enfermedades	Nº de casos	%
Micóticas	22	59,5
Virales	19	51,4
Parasitarias	14	37,8
Producidas por gérmenes piógenos	10	27,0
Otras enfermedades	9	24,3

Fuente: Base de datos

La tabla número dos representó la etiología de la enfermedades dermatológicas más frecuentes en los pacientes, las cuales se clasificaron en micóticas: se diagnosticaron un total 22 (59.5%) infecciones por hongos, virales 19 (51.4%) infecciones, parasitarias 14 (37.6%), producidas por gérmenes piógenos 10 (27.0%), otras enfermedades 9 para el (24.3%). Desde los comienzos de la epidemia de VIH/SIDA. Los médicos han estado presentes en el diagnóstico, la investigación y el tratamiento de ese grupo de pacientes. Desde 1986 se han reportado manifestaciones cutáneas de diferentes etiologías en pacientes con VIH y SIDA. (52).

Hay múltiples factores que hacen que las lesiones dermatológicas en este tipo de pacientes presenten diferentes cuadros clínicos, lo cual depende de factores nutricionales, localización geográfica de los pacientes, estadios inmunológicos entre otros. (53).

La mayor frecuencia de aparición la representan las enfermedades Micóticas esto es explicable debido a que su condición de inmunodeprimidos los hace vulnerables a padecer de esta enfermedad, en cuanto a las enfermedades virales nuestro resultado coincide con lo planteado por Eversole LR (54) quien manifiesta que muchos virus causan infecciones oportunistas en pacientes con VIH. Existen bajas frecuencias de dermatosis por gérmenes piógenos lo cual no se ha descrito cómo se comportan estos porcentos en la Literatura consultada, las enfermedades parasitarias también aparecen con frecuencias altas lo que concuerda con lo planteado por otros autores quienes la reportan entre las dermatosis más comunes capaces de provocar epidemias. A continuación se detalla el comportamiento de cada una de dichas manifestaciones.

**Tabla # 3: Distribución de las enfermedades micóticas superficiales de acuerdo a su clasificación. Municipio Yaguajay. 2017-2019.**

<b>Tipo de Enfermedad</b>			<b>#</b>	<b>%</b>
Micóticas	Por Cándida	A- Oral	4	36,4
		B-Vulvovaginitis	4	36,4
		C- En Pliegues	2	18,2
		D- Balanopostitis	1	9,1
		<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
	Por Hongos filamentosos	A- Epidermofitosis	4	36,4
		B- Tiña Circinada	1	9,1
		C- Pitiriasis Versicolor	2	18,2
		D- Eczema Marginado de hebra	1	9,1
		E- Onicomycosis	3	27,3
		<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>22</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos

En la tabla número tres se observó que de las dermatosis por hongos superficiales la más frecuente resultó las enfermedades por cándida albicans y dentro de estas la forma oral (36.4%), lo que corresponde con lo planteado por Wilson Delgado (55).

La inmuno supresión es la principal enfermedad predisponente para el desarrollo de micosis; fundamentalmente las producidas por hongos levaduriformes. Los factores determinantes para su desarrollo son la magnitud del defecto inmunológico del individuo y la exposición ambiental; más del 90% son producidas por Candida. Es conocido el carácter saprofito de Candida albicans en el tracto digestivo, pero en los infectados por el VIH es un precioso marcador, no sólo por la media del 35% de la incidencia que puede alcanzar sino por la persistencia y frecuentes recidivas orales a pesar de los tratamientos específicos y sobre todo cuando afecta al esófago. Con respecto a las enfermedades por hongos filamentosos obtuvimos como más frecuente a la epidermofitosis (36.4%) y en segundo y tercer lugar a las Onicomycosis y la Pitiriasis Versicolor lo que se corresponde con la bibliografía que plantea una frecuencia elevada en pacientes con

enfermedades como la diabetes mellitus, los obesos, los casos seropositivos a VIH o en franco SIDA. La onicomicosis blanca proximal subungueal se presenta en el 88.7% de las onicomicosis en pacientes VIH+. Por su frecuencia se considera un marcador de SIDA y ocurre cuando las cifras de CD4 son menores de 100 mm<sup>3</sup>, La Pitiriasis versicolor es común y puede ser vista tempranamente en el curso de la infección por el VIH, cuando las células T cooperadoras son más de 300 células/ml. (56)

**Tabla # 4: Distribución de las enfermedades virales. Municipio Yaguajay. 2017-2019.**

<b>Virales</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Herpes Simple	6	31.6
Herpes Zoster	4	21.1
Condiloma	2	10.5
Verruga Vulgar	1	5.3
Molusco	2	10.5
Varicela	3	15.8
Verruga Plantar	1	5.3
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos

En cuanto a las enfermedades virales encontramos con mayor frecuencia el herpes simple, presente en el 31.6% diferentes autores reportan una alta prevalencia de esta entidad que incluso pudiera llegar a cifras superiores, el Herpes Zóster se presentó con tres casos representando el 21.1% de los casos. El herpes zóster es muchas veces la manifestación inicial del SIDA presentándose en el periodo asintomático de esta enfermedad de una forma habitual, pero durante el curso de la inmuno supresión recidiva con mayor intensidad afectando varios dermatomas y tiene tendencia a la cronicidad, las lesiones vesiculosas rápidamente se transforman en úlceras necróticas muy dolorosas (57). Las demás enfermedades se presentaron en frecuencias por debajo de cinco.

**Tabla # 5: Distribución de las enfermedades por gérmenes piógenos, Municipio Yaguajay. 2017-2019.**

<b>Gérmenes piógenos</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Foliculitis	5	50.0
Hidrosadenitis	3	30.0
Forunculosis	1	10.0
Abscesos	1	10.0
Total	10	100.0

Fuente: Base de datos

Se pudo observar en la tabla anterior que, dentro de las enfermedades por gérmenes piógenos, la más frecuente resultó la Foliculitis con 5 casos que representó el 50.0% del total. Las infecciones bacterianas de la piel ocurren con mayor frecuencia en enfermos con infección por el VIH que en controles de edad similar, la literatura plantea que la foliculitis se puede observar a cualquier edad en pacientes con enfermedad por VIH, con una incidencia de casi el 10% (58) lo cual no coincide con nuestro estudio que mostró un 45% de las producidas por gérmenes piógenos, otros estudios encontraron como la más frecuente a la furunculosis e incluso muchos casos han sido diagnosticados al realizar estudios inmunológicos a pacientes por forunculosis a repetición, (59) continuaron en orden la Hidrosadenitis representando el 18.2%, la furunculosis y los abscesos con el 9.1% respectivamente.

**Tabla # 6: Distribución de las enfermedades por parasitarios. Municipio Yaguajay. 2017-2019.**

<b>E. parasitarios</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Escabiosis	12	85.7
Pediculosis	2	14.3
Total	14	100

Fuente: Base de datos

En la tabla anterior se obtuvo la distribución de enfermedades producidas por parásitos reportándose 12 escabiosis (85.7%) y una pediculosis. La sarna puede presentarse de forma clásica con pápulas y surcos en los pliegues interdigitales y áreas genitales, en los últimos años ha vuelto a estar de actualidad porque se han constatado brotes epidémicos de sarna de la cual no escapan los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, cuanto mayor es la inmunodepresión más atípica y grave la forma de presentación y menos probable que responda al tratamiento (60). Estudios realizados plantean la aparición de sarna noruega con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad avanzada por VIH con aparición de placas eritemato-escamosas con costras gruesas localizadas en cuero cabelludo, cara, palmas, plantas, tronco y superficies extensoras (61, 62) lo cual no se presentó en nuestro estudio.

**Tabla # 7: Distribución de las manifestaciones cutáneas por otras Enfermedades. Municipio Yaguajay. 2017-2019.**

Otras Enfermedades	#	%
Alopecia areata	3	33.3
Aftas bucales	3	33.3
blenorragia	1	11.1
Leucoplasia pilosa oral	1	11.1
Vasculitis	1	11.1
Total	9	100

Fuente: encuesta

La tabla anterior mostró las manifestaciones cutáneas por otras enfermedades donde se obtuvo una mayor frecuencia en la Alopecia areata y aftas bucales (33.3%), continuaron por orden la Blenorragia, la leucoplasia pilosa oral, Vasculitis y la LUES con (33.3%), En pacientes infectados por VIH se ha observado alopecia asociada a tiña de la cabeza grave, la infecciones con fiebre pueden producir un efluvio telógeno, además se ha descrito alopecia por análogos de los nucleósido. En pacientes que inician tratamiento con zidovudina se ha observado crecimiento del pelo; otros trabajos no señalan estas enfermedades como hallazgos importantes en pacientes inmunodeprimidos y si relacionan la sífilis y la blenorragia como producto de las prácticas sexuales desprotegidas en dichos pacientes. (63)

**Tabla # 8: Relación entre las enfermedades micóticas superficiales y el nivel de inmunidad en los pacientes VIH/SIDA. Municipio Yaguajay. 2017-2019.**

Enfermedades Micóticas Superficiales	CD4 < = 350 Cel/mm3	CD4 > 350 Cel/mm3
Si	18	2
No	1	1

Fuente: Base de datos

**Tabla # 9: Relación entre las enfermedades virales y el nivel de inmunidad en los pacientes VIH/SIDA. Municipio Yaguajay. 2017-2019.**

Enfermedades Virales	CD4 < = 200 Cel/mm3	CD4 > 200 Cel/mm3
Sí	14	1
No	1	1

Fuente: Base de datos

En la tabla No 8 y 9 se expuso la relación entre la enfermedad micóticas superficiales, virales y el último conteo realizado de linfocitos CD4+, obteniendo que el mayor número de casos aparece en aquellos pacientes con la afección que tienen conteo de CD4 por debajo de 350 mm<sup>3</sup>, existiendo una relación significativa entre la aparición de la entidad y el conteo de CD4. Muchas de las manifestaciones dermatológicas en pacientes infectados con VIH tienen clara relación con el conteo de células CD4. Es así como algunas de las entidades están claramente definidas por el grado de inmunidad. Cuando el recuento de CD4 es mayor de 500/mm<sup>3</sup> la mayoría de las personas VIH positivas carecen de síntomas, excepto la presencia de adenopatías que se correlacionan con una adecuada respuesta inmune, y su desaparición se considera un signo inminente de inmunodeficiencia. Cuando el recuento de células CD4 es menor a 350/mm<sup>3</sup>, el paciente se clasifica como inmuno suprimido y comienza la aparición de distintas manifestaciones (64) lo que coincide con nuestro estudio.

## **Conclusiones**

Existió un predominó del adulto joven, las manifestaciones cutáneas que más se presentaron en el curso de la infección por VIH, fueron las micóticas, seguidas de las manifestaciones virales.

Las manifestaciones cutáneas micóticas y virales en estos pacientes están relacionadas con el nivel de inmunidad, lo que motiva descartar la presencia de infección por VIH, así muchas veces el medico diagnostica precozmente esta infección.

## **Recomendaciones.**

Se recomienda continuar con el estudio de los pacientes estratificando y profundizando por cada manifestación cutánea, buscando nuevas relaciones para así fortalecer la calidad de la consulta dermatológica a estos pacientes.

Extender el estudio a niveles de mayor población como la provincia.



## **Referencias Bibliográficas**

1. Cancio Enrique I, Sánchez Fuentes J, Reymond González V, López Rodríguez V. Información Básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA. Ediciones Lazo Adentro. 2016. 16-7.
2. Informe de ONUSIDA por el Día Mundial del SIDA. 2015. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC22\\_16\\_WorldAIDSday\\_report\\_2011\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC22_16_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf).
3. Las muertes por SIDA y las infecciones descienden en 2014 al mínimo en la última década Naciones Unidas con el SIDA (ONUSIDA)  
<http://www.rtve.es/noticias/20120718/numero-muertes-SIDA-nuevas-infecciones-descendido-2011/548205.shtml>.
4. Stöckle M, Elzi L, Rockstroh JK, Battegay M. Morbidity and mortality in HIV infection. Internist (Berl). 2012 Sep 22. [Epub ahead of print] PMID: 22996358 [PubMed - as supplied by publisher]
5. Oropesa González L, Sánchez Valdez L, Berdasquera Corcho D, Gala González A, Pérez Ávila JL, Isela Lantero M. Debut clínico de SIDA en Cuba. Rev Cubana Med Trop. 2017;59(2) Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mtri/vol59\\_2\\_07/mtr08207.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mtri/vol59_2_07/mtr08207.htm).
6. Lutwak N, Dill C. Dermatologic manifestations as indicators of immune status in HIV/AIDS. J Gen Intern Med. 2015 Jul;27(7):765. doi: 10.1007/s11606-012-2062-0. PMID: 22528623 [PubMed - indexed for MEDLINE]
7. Levy TH, Jacobson DF. Dermatologic manifestations as indicators of immune status in HIV/AIDS. J Gen Intern Med. 2012 Jan;27(1):124. Epub 2011 Jun 7. PMID: 21647751 [PubMed - indexed for MEDLINE]
8. Cancela García R. Manifestaciones cutáneas del SIDA. Rev Fac Med UNAM Vol.46 No.4 Julio-Agosto, 2013
9. Blanes M, Belinchón I, Merino E, Portilla J, Sánchez-Payá J, Betlloch I. [Current prevalence and characteristics of dermatoses associated with human immunodeficiency virus infection]. Actas Dermosifiliogr. 2014 Oct;101(8):702-9. PMID: 20965013 [PubMed - indexed for MEDLINE]
10. Punyaratabandhu P, Prasithsirikul W, Jirachanakul P. Skin manifestation of Thai HIV infected patients in HAART era. J Med Assoc Thai. 2015 Apr;95(4):497-504. PMID: 22612002 [PubMed - indexed for MEDLINE]

11. Ameen M. Cutaneous markers of HIV infection and progression. *Curr HIV Res.* 2014 Sep;8(6):450-5. PMID: 20636278 [PubMed - indexed for MEDLINE]
12. Blanes M, Belinchón I, Merino E, Portilla J, Sánchez-Payá J, Betlloch I. [Current prevalence and characteristics of dermatoses associated with human immunodeficiency virus infection]. *Actas Dermosifiliogr.* 2015 Oct;101(8):702-9. PMID: 20965013 [PubMed - indexed for MEDLINE]
13. Hu J, McKoy K, Papier A, Klaus S, Ryan T, Grossman H, Masenga EJ, Sethi A, Craft N. Dermatology and HIV/AIDS in Africa. *J Glob Infect Dis.* 2015 Jul;3(3):275-80. PMCID: PMC3162816 PMID: 21887061 [PubMed]
14. Rodgers S, Leslie KS. Skin infections in HIV-infected individuals in the era of HAART. *Curr Opin Infect Dis.* 2014 Apr;24(2):124-9. PMID: 21169832 [PubMed - indexed for MEDLINE]
15. Garbe C, Husak R, Orfanos CE. [HIV-associated dermatoses and their prevalence in 456 HIV-infected patients. Relation to immune status and its importance as a diagnostic marker]. *Hautarzt.* 2014 Sep;45(9):623-9. PMID: 7960770 [PubMed - indexed for MEDLINE]
16. Jenkins, D.J., Fisher, B.K., Chalvardjian, A. y cols. Eosinophilic pustular folliculitis in a patient with AIDS. *Int J Dermatol* 2010;27:34-35.
17. Jiang W, Ghosh SK, Flyckt R, Kalinowska M, Starks D, Jurevic R, Weinberg A, Lederman MM, Rodriguez B. Bacterial colonization and beta defensins in the female genital tract in HIV infection. *Curr HIV Res.* 2012 Sep;10(6):504-12. PMCID: PMC3427638 PMID: 22716110 [PubMed - in process]
18. Aftergut, K., Cockerell, C.J. Update on the cutaneous manifestations of HIV infection: clinical and pathologic features. *Dermatol Clin* 1999;17: 445-471.
19. Paula Muñoz M., Orietta Gómez H. y Amaranta Luzoro V. Manifestaciones cutáneas de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en niños de Santiago de Chile *Rev. chil. infectol.* v.25 n.4 Santiago ago. 2008 [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0716-10182008000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0716-10182008000400005&script=sci_arttext).
20. De Troya, M., Bosch, R.J., Herrera, E. Manifestaciones mucocutáneas de la infección herpética en el SIDA. *Piel* 2014; 10: 77-86.
21. Maalouf E, Moutran R, Maatouk I. Disseminated primary HSV-2 infection of the face. *Dermatol Online J.* 2017 Jun 15;18(6):15. PMID: 22747939 [PubMed - in process]

22. Feller L, Wood NH, Lemmer J. Herpes zoster infection as an immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-seropositive subjects: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2017 Oct;104(4):455-60. Epub 2007 Jun 29. PMID: 17604657 [PubMed - indexed for MEDLINE]
23. Gatell, J.M., Clotet, B., Podzamczar, D., Miró, J.M., Mallolas, J. (Eds.). *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento.* Masson, Barcelona 2012; 331.
24. Zichichi L, Maniscalco M. The challenges of a neglected STI: Molluscum contagiosum. *G Ital Dermatol Venereol.* 2012 Oct;147(5):447-53. PMID: 23007250 [PubMed - in process]
25. Sung KU, Lee HE, Choi WR, Seo MC, Yoon HJ. Molluscum contagiosum as a skin manifestation of immune reconstitution inflammatory syndrome in an AIDS patient who is receiving HAART. *Korean J Fam Med.* 2012 May;33(3):182-5. Epub 2013 May 24. PMCID: PMC3391644 PMID: 22787541 [PubMed]
26. Theiler M, Kempf W, Kerl K, French LE, Hofbauer GF. Disseminated molluscum contagiosum in a HIV-positive child. Improvement after therapy with 5% imiquimod. *Dermatol Case Rep.* 2015 Jun 6;5(2):19-23. PMCID: PMC3163354 PMID: 21894250 [PubMed]
27. Meys R, Gotch FM, Bunker CB. Human papillomavirus in the era of highly active antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus: an immune reconstitution-associated disease? *Br J Dermatol.* 2015 Jan;162(1):6-11. Epub 2009 Jun 22. PMID: 19709102 [PubMed - indexed for MEDLINE]
28. Meys R, Macedo C, Jones R, Day S, Weir J, Gotch FM, Bunker CB. Cutaneous human papillomavirus-related immune reconstitution-associated disease in human immunodeficiency virus: an under-recognized phenomenon. *Br J Dermatol.* 2016 Feb;164(2):458-9. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.10109.x. PMID: 21039411 [PubMed - indexed for MEDLINE]
29. Negroni R, Wallach J, Arechavala A, Luis Francos J, Messina F, Maiolo E, Walter L. [Clinical problems in medical mycology: problem number 42]. *Rev Iberoam Micol.* 2014 Jan-Mar;28(1):56-9. Epub 2010 Dec 15. PMID: 21167299 [PubMed - indexed for MEDLINE]
30. Chang P, Rodas C. Skin lesions in histoplasmosis. *Clin Dermatol.* 2012 Nov;30(6):592-8. doi: 10.1016/j.clindermatol.2012.01.004. PMID: 23068146 [PubMed - in process]
31. Harnalikar M, Kharkar V, Khopkar U. Disseminated cutaneous histoplasmosis in an immunocompetent adult. *Indian J Dermatol.* 2012 May;57(3):206-9. PMCID: PMC3371525 PMID: 22707773 [PubMed]

32. Qin Y, Li YY, Jiang AP, Jiang JF, Wang JH. Stimulation of *Cryptococcus neoformans* isolated from skin lesion of AIDS patient matures dendritic cells and promotes HIV-1 trans-infection. *Biochem Biophys Res Commun*. 2013 Jul 13;423(4):709-14. Epub 2012 Jun 12. PMID: 22704932 [PubMed - in process]
33. Kothavade RJ, Oberai CM, Valand AG, Panthaki MH. Disseminated cryptococcosis and fluconazole resistant oral candidiasis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *J Infect Dev Ctries*. 2013 Oct 28;4(10):674-8. PMID: 21045363 [PubMed - indexed for MEDLINE]
34. Gomes J, Pereira T, Carvalho A, Brito C. Primary cutaneous actinomycosis caused by *Actinomyces meyeri* as first manifestation of HIV infection. *Dermatol Online J*. 2016 Nov 15;17(11):5. PMID: 22136861 [PubMed - indexed for MEDLINE]
35. Inwald, D., Nelson, M., Cramp, M., Francis, N., Gazzard, B. Cutaneous manifestations of mycobacterial infection in patients with AIDS. *Br J Dermatol* 2011; 130: 111-114.
36. Mitha M, Naicker P, Taljaard J. Cutaneous *Mycobacterium kansasii* infection in a patient with AIDS post initiation of antiretroviral therapy. *J Infect Dev Ctries*. 2015 Jul 27;5(7):553-5. PMID: 21795826 [PubMed - indexed for MEDLINE]
37. Sanghi S, Grewal RS, Vasudevan B, Lodha N. Immune reconstitution inflammatory syndrome in leprosy. *Indian J Lepr*. 2015 Apr-Jun;83(2):61-70. PMID: 21972657 [PubMed - indexed for MEDLINE]
38. Tamburro KM, Yang D, Poisson J, Fedoriw Y, Roy D, Lucas A, Sin SH, Malouf N, Moylan V, Damania B, Moll S, van der Horst C, Dittmer DP. Vironome of Kaposi sarcoma associated herpesvirus-inflammatory cytokine syndrome in an AIDS patient reveals co-infection of human herpesvirus 8 and human herpesvirus 6A. *Virology*. 2013 Nov 10;433(1):220-5. doi: 10.1016/j.virol.2012.08.014. Epub 2012 Aug 24. PMID: 22925337 [PubMed - in process]
39. Iurchenko AV, Martynchuk NA, Vikhtiuk NV. [AIDS-associated sarcoma Kaposi: features of clinical manifestations, dynamics on a background of antiretroviral therapy]. *Lik Sprava*. 2011 Oct-Dec;(7-8):81-5. PMID: 22768744 [PubMed - indexed for MEDLINE]
40. Mehta S, Garg A, Gupta LK, Mittal A, Khare AK, Kuldeep CM. Kaposi's sarcoma as a presenting manifestation of HIV. *Indian J Sex Transm Dis*. 2014 Jul;32(2):108-10. PMID: 22021973 [PubMed]
41. Sampaio AL, Mameri AC, Vargas TJ, Ramos-e-Silva M, Nunes AP, Carneiro SC. Seborrheic dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2017 Nov-Dec;86(6):1061-71; quiz 1072-4. PMID: 22281892 [PubMed - indexed for MEDLINE]

42. Chen H, Hayashi G, Lai OY, Dilthey A, Kuebler PJ, Wong TV, Martin MP, Fernandez Vina MA, McVean G, Wabl M, Leslie KS, Maurer T, Martin JN, Deeks SG, Carrington M, Bowcock AM, Nixon DF, Liao W. Psoriasis patients are enriched for genetic variants that protect against HIV-1 disease. *PLoS Genet.* 2016 Feb;8(2):e1002514. Epub 2012 Feb 16. PMID: 22577363 [PubMed - indexed for MEDLINE]
43. Rainforth SI. Historical diagnosis & treatment: psoriasis. 1910. *Skinmed.* 2014 Mar-Apr;9(2):113, 126. PMID: 21548517 [PubMed - indexed for MEDLINE] PMID: 21250313 [PubMed]
44. Muñoz, M.A. *Manifestaciones cutáneas del SIDA.* *Piel* 2015; 15: 256-266
45. Hernandez C, Ivkovic A. Acute onset of facial pruritic papules in a patient with AIDS: AIDS-associated eosinophilic folliculitis. *Am Fam Physician.* 2015 Mar 15;79(6):511-2. [PubMed - indexed for MEDLINE]
46. Núñez M, González-Lahoz J. Síndrome de lipodistrofia: nuevo desafío en el tratamiento de la infección por VIH. 2011 24(3): 69-70.
47. Gelanew T, Hurissa Z, Diro E, Kassahun A, Kuhls K, Schönian G, Hailu A. Disseminated cutaneous leishmaniasis resembling post-kala-azar dermal leishmaniasis caused by *Leishmania donovani* in three patients co-infected with visceral leishmaniasis and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in Ethiopia. *Am J Trop Med Hyg.* 2014 Jun;84(6):906-12. PMID: 21633027 [PubMed - indexed for MEDLINE]
48. Nissapatorn V, Sawangjaroen N. Parasitic infections in HIV infected individuals: diagnostic & therapeutic challenges. *Indian J Med Res.* 2014 Dec;134(6):878-97. PMID: 22310820 [PubMed - indexed for MEDLINE].
49. UNAIDS. UNAIDS Report of the Global AIDS Epidemic 2012. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013.
50. Juan Pablo Gutiérrez, PhD, Héctor Sucilla-Pérez, MHML Seroprevalencia de VIH en población mexicana de entre 15 y 49 años: resultados de la Ensanut 2012. [consultado 2019 May 27]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2014/sal144c.pdf>.
51. CDC. Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data –United States and 6 U.S. dependent areas– 2010. *HIV Surveillance*

Supplemental Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. [consultado el 15 de May de 2019]. Disponible en: [http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/2010/surveillanceport\\_vol\\_17\\_no\\_3.html](http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/2010/surveillanceport_vol_17_no_3.html).

52. Mulleman MF, Anderson MG, Paradinás FJ., et al. Early warning skin signs in AIDS and persistent generalized lymphadenopathy. *Br J Dermatol* 1986; 114: 419-24.
53. Coopman S, Johnson P, Stern RS. Cutaneous disease and drug reaction in HIV infections. *N Engl J Med* 2013; 328: 1670-4.
54. Henao A, Rubiano L, Corral R. Comportamiento general de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Boletín del SIE* 1997; 3: 10-9. consultado el 15 de May de 2019]. Disponible en: <http://revistasocolderma.org/files/Articulo%20Original%20-%20Manifestaciones%20dermatologicas%20en%20pacientes%20con%20VIH.pdf>.
55. Wilson Delgado, José Manuel Aguirre. Las micosis orales en la era del SIDA. *Rev Iberoam Micol* 2015; 14: 14-22. [consultado el 16 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.reviberoammicol.com/1997-14/014022.pdf>.
56. Larrondo Muguercia Rubén José, González Angulo Aymée Rosa, Hernández García Luis Manuel. Micosis superficiales: Candidiasis y pitiriasis versicolor. *Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]*. 2001 Dic [citado 2014 feb 19]; 17(6): 565-571. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000600010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000600010&lng=es).
12. Ríos Varillas, Hilda, Manifestaciones cutaneas en infecciones por VIH Junio 1998-Julio 1999 Hospital III Es SALUD. *Revista de dermatología Peruana* **2000; 10(Supl 1): 44-46**. consultado el 11 de Marzo de 2013]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVREVISTAS/DERMATOLOGIA/V10\\_SUP1/manifest\\_infeccion.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVREVISTAS/DERMATOLOGIA/V10_SUP1/manifest_infeccion.htm).
58. Abreu Rodríguez M. Morbilidad Dermatológica en pacientes con VIH/SIDA . 1990-1995, Sanatorio Territorial Sancti Spiritus, Trabajo para optar por el título de la especialidad de primer grado en dermatología.
59. Carretero Ares JL, Giménez García R, Robles García M. Escabiosis. Revisión y actualización terapéutica. *FMC* 2000; 7 (7): 483-90.

60. RENGIFO-PINEDO, Lizbeth, CORTEZ-FRANCO, Florencio, QUIJANO-GOMERO, Eberth et al. Sarna noruega con linfoma cutáneo en paciente HTLV-1 positivo. *Dermatol. peru., ene./abr.* 2016, vol.17, no.1, p.49-52. ISSN 1028-7175
- 61.Bravo F. Nuevas enfermedades dermatológicas inducidas por virus. *Diagnóstico.* 2004;43(4):176-9.

## **Anexos**

### **Anexo 1**

**Yo** \_\_\_\_\_

**Estoy de acuerdo en participar en la investigación que se realizará, se me informó que puedo retirarme cuando desé y los datos solos serán utilizados con fines investigativos siempre respetando los principios de ética.**

\_\_\_\_\_

**Firma**