

Enfermedades dermatológicas de pacientes en seguimiento ambulatorio por VIH en Manizales, Colombia

Simón Gallo-Echeverri¹; César Caraballo-Cordovez²; Ana María Hoyos-Zuluaga³;
Consuelo Vélez-Álvarez⁴; Wilson Galvis-Franco, MD⁵

RESUMEN

Introducción: las dermatosis infecciosas y no infecciosas tienen una alta prevalencia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y son importantes para su diagnóstico y seguimiento clínico. A pesar de que hay extensa documentación de dichas dermatosis en otras poblaciones y especialmente en países desarrollados, la información es escasa en pacientes de nuestro medio.

Objetivos: describir los hallazgos dermatológicos de pacientes con VIH en la ciudad de Manizales, Colombia, y determinar la distribución de estos según el estado inmunológico y virológico.

Métodos: estudio de corte transversal. Se recolectaron los datos mediante interrogatorio, revisión de historia clínica y examen físico de pacientes con diagnóstico confirmado de VIH atendidos en la consulta especializada de dermatología de la Universidad de Caldas en Manizales, Colombia, entre 2012 y 2013.

Resultados: se incluyeron 123 pacientes (26 mujeres y 97 hombres) con una mediana (rango intercuartílico [RIQ]) de edad de 40 (19) años. El 93% recibían terapia antirretroviral (TAR) y la mediana (RIQ) del recuento de linfocitos T CD4+ (LT CD4) fue 350 (326) por mL. De cada 10 pacientes 9 tenían por lo menos una dermatosis, 73,2% alguna no infecciosa y 68,3% alguna infecciosa. Las dermatosis infecciosas más frecuentes fueron *tinea pedis* (37%), condilomas anogenitales (25%) y onicomicosis (19%), mientras que las no infecciosas más frecuentes fueron dermatitis seborreica (18%), xerodermia (10%) y lipoatrofia (8%). La melanoniquia y la erupción papular prurítica fueron más frecuentes en sujetos con recuentos más bajos de LT CD4 y las dermatosis infecciosas en aquellos que tenían mayor carga viral.

Conclusiones: las manifestaciones cutáneas (infecciosas y no infecciosas) son altamente prevalentes en pacientes con VIH en nuestro medio, siendo más frecuentes las no infecciosas. Algunas de ellas podrían encontrarse con mayor frecuencia en los sujetos con mayor deterioro de su estado inmunológico o virológico.

PALABRAS CLAVE: manifestaciones cutáneas; enfermedades de la piel; dermatosis; virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

1. Sección de Dermatología, Centro de Investigaciones Dermatológicas CIDERM, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2473-2516>
2. Center for Outcomes Research and Evaluation (CORE), Yale New Haven Health, New Haven, CT, Estados Unidos. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4557-9437>
3. Departamento de Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8460-3639>
4. Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7274-7304>
5. Sección de Dermatología, Centro de Investigaciones Dermatológicas CIDERM, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1674-3506>

Correspondencia: Wilson Galvis Franco, MD; **email:** wilsongalvisf@yahoo.com

Recibido: 20/08/19; **aceptado:** 05/02/20

Cómo citar: Gallo-Echeverri S, Caraballo-Cordovez C, Hoyos-Zuluaga AM, Vélez-Álvarez C, Galvis-Franco. Enfermedades dermatológicas de pacientes en seguimiento por VIH en Manizales, Colombia. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2020;28(2): 122-137. DOI:

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

SKIN DISEASES IN PATIENTS WITH HIV INFECTION FROM MANIZALES, COLOMBIA

SUMMARY

Introduction: Infectious and non-infectious dermatoses are highly prevalent among patients with human immunodeficiency virus (HIV) infection and may be important for diagnostic and follow-up purposes. Although there is extensive documentation of such dermatoses in other populations, especially in developed countries, little is known about it in Latin America populations like ours.

Objective: To describe the dermatological findings of patients with HIV in Manizales city, and to determine the distribution of these according to the immunological and virological state.

Methods: Cross-sectional study. Data were collected through interrogation, review of clinical history and physical examination of patients with confirmed HIV diagnosis in the outpatient dermatology clinics of the Universidad de Caldas in Manizales, Colombia, from 2012 to 2013.

Results: We included 123 patients (26 women and 97 men) with a median (interquartile range [IQR]) age of 40 (19) years. 93% were receiving antiretroviral therapy and the median (IQR) of the CD4 + T cell count was 350 (326) per mL. 9 in 10 patients had at least one dermatosis, 73.2% presenting a non-infectious disease and 68.3% presenting an infectious one. The most frequent infectious dermatoses were tinea pedis (37%), anogenital condylomas (25%) and onychomycosis (19%); while the most frequent non-infectious were seborrheic dermatitis (18%), xeroderma (10%) and lipoatrophy (8%). Melanonychia and pruritic papular rash were more frequent in subjects with lower CD4 LT counts and infectious dermatoses in those with higher viral loads.

Conclusions: Infectious and non-infectious cutaneous manifestations are highly prevalent among patients with HIV in our local setting, with a higher burden of non-infectious dermatoses. Some dermatological disorders are more frequent in patients with greater deterioration of their immune system and a higher viral load.

KEY WORDS: Skin manifestations; Dermatoses; Skin disease; Human immunodeficiency virus (HIV); Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS).

INTRODUCCIÓN

Los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pueden presentar gran cantidad de trastornos mucocutáneos relacionados con su enfermedad de base⁽¹⁾. Más del 90% de las personas infectadas por el VIH desarrollan al menos un trastorno de la piel y sus anexos en el curso de la enfermedad, las cuales tienden a ser más graves y con presentaciones atípicas, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento^(2,3). Dentro de las posibilidades hay dermatosis infecciosas o no infecciosas que pueden dividirse, a su vez, en inflamatorias, asociadas a la terapia antirretroviral (TAR) o neoplásicas⁽⁴⁾.

Teniendo en cuenta que en diferentes etapas de la enfermedad las patologías en piel y mucosas pueden ser las únicas presentes^(5,6), es importante entender las manifestaciones cutáneas de la infección por VIH, ya

que son claves para lograr un enfoque diagnóstico y terapéutico adecuados⁽³⁾. Por otro lado, estas dermatosis se han asociado a deterioro de la calidad de vida de estos pacientes y el advenimiento de la TAR cambió el panorama con la mejoría de las condiciones de vida⁽⁷⁾, la mayor supervivencia y el cambio de la frecuencia y el espectro de los trastornos cutáneos asociados a la infección crónica por el VIH⁽⁸⁾. Esto, sumado a la tendencia actual de inicio de TAR tempranamente en todos los infectados, hace que conocer las dermatosis más frecuentes asociadas al curso de la enfermedad en la población diana sea sumamente importante para el dermatólogo y todo el personal encargado de la atención de este grupo de pacientes⁽⁹⁾.

La mayoría de la literatura y la investigación médica sobre enfermedades dermatológicas en pacientes con VIH se ha llevado a cabo en poblaciones de otras re-

giones, con escasa información al respecto en nuestro medio ^(10, 11). Diferencias étnicas, genéticas, climáticas y sociodemográficas contribuyen a que en cada región pueda variar la frecuencia de las diferentes dermatosis, por lo que es importante abordar este vacío en el conocimiento local, que gana importancia al considerar que en Colombia se estima una prevalencia de infección por VIH de 150.000 personas y 14.411 nuevos casos registrados en 2018 ⁽¹²⁾.

El caracterizar las patologías dermatológicas en los pacientes infectados con VIH permitirá al clínico involucrado en la atención tener presente cuáles de ellas son las más frecuentes, fomentará su búsqueda activa, ayudará a sospechar cambios del estado inmunológico y virológico del paciente y, finalmente, influirá de forma positiva en el manejo integral e interdisciplinario de esta población. Este estudio ampliará la poca información epidemiológica que se tiene al respecto en nuestro medio y servirá de punto de comparación para futuras investigaciones, en una enfermedad cuyo panorama está en constante cambio.

Los objetivos de este estudio son describir las características sociodemográficas y paraclínicas y los diagnósticos dermatológicos de pacientes con VIH en consulta ambulatoria de dermatología y determinar la distribución de estos hallazgos según el estado inmunológico y virológico.

MÉTODOS

Diseño, lugar y participantes

El estudio tuvo un diseño de corte transversal y fue realizado en Manizales, Colombia, entre junio de 2012 y mayo de 2013. Se incluyeron pacientes con diagnóstico previo de infección por VIH confirmado por laboratorios que hacían parte de programas de seguimiento por su infección. Los participantes fueron evaluados en consulta dermatológica del servicio de dermatología de la Universidad de Caldas en Manizales. Todos los participantes, o sus representantes legales, firmaron el consentimiento informado.

Se contó con el aval del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas para la realización de este estudio.

Recolección de los datos

Durante la consulta dermatológica, el médico examinador recolectó los datos demográficos, clínicos y de laboratorio mediante interrogatorio y revisión de historia clínica. Se usaron como referencia los últimos resultados de laboratorio disponibles. Posteriormente se realizó un examen físico riguroso con especial énfasis en el sistema tegumentario y se registraron todos los diagnósticos identificados.

Variables de interés

Se incluyeron las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, orientación sexual, estado civil, estrato socioeconómico (de 1 a 6), aseguramiento en salud (contributivo, subsidiado o vinculado). Con respecto a la infección por VIH, se incluyeron las variables: posible vía de transmisión (sexual no protegida, parenteral, vertical), recuento de CD4 (células/ μ L), carga viral (copias/mL), uso actual de terapia antirretroviral y diagnóstico de SIDA de acuerdo con la clasificación inicial de cada paciente registrada en su historia clínica. Se registraron los diagnósticos dermatológicos específicos del paciente y, de acuerdo con su etiología, cada uno se clasificó como dermatosis infecciosa o no infecciosa. Se definieron tres categorías del estado inmunológico según el recuento de LT CD4, teniendo como base los puntos de corte usados en la clasificación de la infección por VIH del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) ⁽¹³⁾.

Análisis estadístico

Las variables continuas se describieron con mediana y rango intercuartílico (RIQ). Las variables categóricas fueron descritas con su frecuencia y porcentaje. Las variables continuas se compararon usando la prueba de Mann-Whitney-Wilcoxon y la prueba de Kruskal-Wallis. Para la comparación de variables categóricas se usó la prueba de X^2 y la prueba exacta de Fisher; $p < 0,05$ fue considerado como estadísticamente significativo. Todo el análisis estadístico se realizó usando Stata versión 16.1 (Statacorp, College Station, Texas, EE. UU.).

RESULTADOS

Se incluyeron 123 participantes con una mediana de edad de 40 años (RIQ=19), de los cuales, el 21,1% eran mujeres. El tipo de aseguramiento en salud más frecuente fue contributivo (63,4%), la mayor proporción pertenecía a estrato socioeconómico 3

(37,4%) y el 61% (n=75) se identificó como heterosexual. El 79,7% (n=98) de los participantes tuvo conteos de LT CD₄ >200 células/μL y la mediana fue de 350 (RIQ=326) células/μL, mientras que la mediana de carga viral (CV) fue de 31 (RIQ=611) copias de ARN/mL. El 51,2% (n=63) tenía diagnóstico de SIDA y el 93% (n=114) recibía terapia antirretroviral (**tabla 1**).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la población de estudio

Variable	Total
	n=123
Edad en años, mediana (RIQ)	40 (19)
Sexo femenino, n (%)	26 (21,1)
Aseguramiento, n (%)	
Contributivo	78 (63,4)
Subsidiado	44 (35,8)
Vinculado	1 (0,8)
Estrato, n (%)	
1	23 (18,7)
2	39 (31,7)
3	46 (37,4)
4	11 (8,9)
5	3 (2,4)
6	1 (0,8)
Orientación, n (%)	
Bisexual	9 (7,3)
Heterosexual	75 (61,0)
Homosexual	39 (31,7)
Diagnóstico de SIDA, n (%)	63 (51,2)
Recuento de CD ₄ (células/μL), mediana (RIQ)	350 (326)
Clasificación según recuento de CD ₄ , n (%)	
<200	25 (20,3)
200-499	58 (47,2)
>500	40 (32,5)
Carga viral (copias/μL), mediana (RIQ)	31 (611)
Recibe terapia antirretroviral, n (%)	114 (92,7)
Diagnóstico dermatológico, n (%)	
Cualquier dermatosis	114 (92,7)
Dermatosis infecciosa	84 (68,3)
Dermatosis no infecciosa	90 (73,2)
Biopsia realizada	10 (8,1)

El 93% de los participantes presentó alguna dermatosis al momento de la evaluación, de las cuales, el 68,3% (n=84) tenía alguna dermatosis infecciosa y el 73,2% (n=90) alguna no infecciosa. La dermatosis infecciosa más frecuente fue *tinea pedis* (31,2%), seguida por condilomas anogenitales (17,1%), onicomicosis (13%), verruga vulgar y herpes simple (ambos en el 11,4%) (**figuras 1 y 2**). Entre las dermatosis no infecciosas, la más frecuente fue la dermatitis seborreica (18,7%), seguida por xerodermia, lipoatrofia facial, melanoniquia y erupción papular prurítica (12,2%, 9,8%, 8,9% y 7,3%, respectivamente) (**figura 3**). Las alteraciones clásicamente asociadas al VIH, como el sarcoma de Kaposi o la leucoplasia vellosa oral,

fueron infrecuentes (2,4% y 1,6%, respectivamente) (**tabla 2 y figura 4**).

Al comparar por categorías según el recuento de LT CD4, la mayoría de las dermatosis (infecciosas y no infecciosas) tuvieron una prevalencia similar. Las únicas dermatosis que se presentaron con mayor frecuencia en alguna de las categorías fueron la melanoniquia, presente en el 20%, 18% y 0% de los pacientes con recuento de LT CD4 <200, entre 200 y 500 y >500 células/ μ L, respectivamente ($p = 0,018$), y la erupción papular prurítica, presente en el 35%, 2% y 3% de los pacientes con recuento de LT CD4 <200, entre 200 y 500 y >500 células/ μ L, respectivamente ($p 0.001$) (tabla 2).

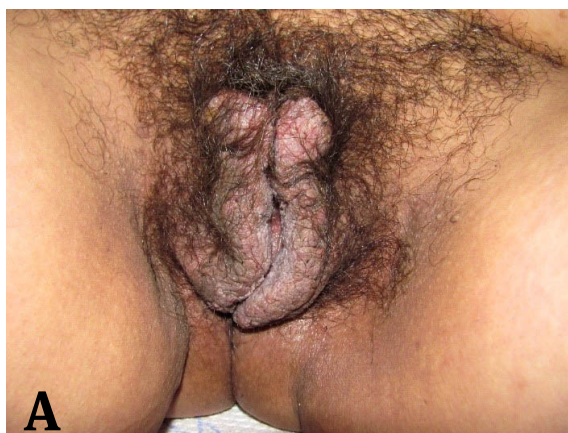




Figura 1. Dermatitis virales **A)** Condiloma vulvar. **B)** Condilomas anales. **C)** Herpes genital. **D)** Molusco contagioso.





Figura 2. Dermatofitosis. **A y B)** *Tinea pedis*. **C)** *Tinea cruris*. **D)** Onicomicosis.

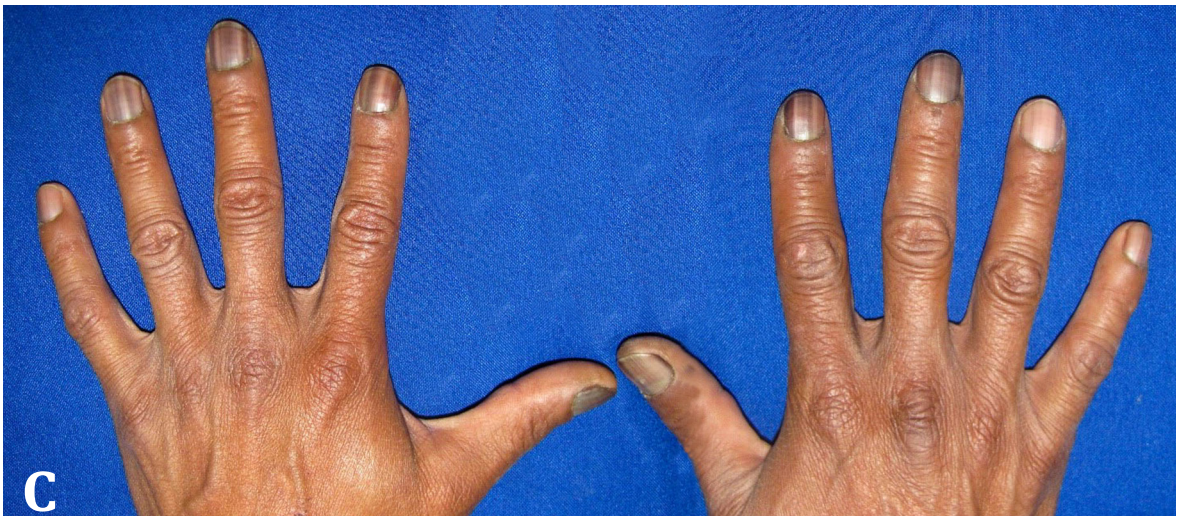




Figura 3. Dermatitis no infecciosas asociadas a TAR. **A y B)** Lipodistrofia.
C) Melanoniquia. **D)** Reacción medicamentosa.





Figura 4. Otras dermatosis. **A y B)** Sarcoma de Kaposi. **C)** Leucoplasia vellosa oral. **D)** Escrofuloderma.

Tabla 2. Diagnósticos dermatológicos de origen infeccioso y no infeccioso según conteo de LT CD4

Diagnóstico	Total n (%)	≥500 n (%)	200-499 n (%)	<200 n (%)	Valor de <i>p</i>	Diagnóstico	Total n (%)	≥500 n (%)	200-499 n (%)	<200 n (%)	Valor de <i>p</i>
Infecciosas						No infecciosas					
Total	84 (68)	25 (62,5)	41 (71)	18 (72)	0,63	Total	90 (73)	30 (75)	40 (69)	20 (80)	0,55
<i>Tinea pedis</i>	31 (37)	8 (32)	17 (41)	6 (33)	0,76	Dermatitis seborreica	23 (26)	6 (20)	13 (32)	4 (20)	0,41
Condilomas anogenitales	21 (25)	5 (20)	9 (22)	7 (39)	0,35	Xerodermia	15 (17)	5 (17)	5 (12)	5 (25)	0,45
Onicomycosis	16 (19)	5 (20)	9 (22)	2 (11)	0,71	Lipoatrofia facial	12 (13)	5 (17)	6 (15)	1 (5)	0,52
Verruga vulgar	14 (17)	3 (12)	8 (20)	3 (17)	0,75	Melanoniquia	11 (12)	0 (0)	7 (18)	4 (20)	0,018
Herpes simple	14 (17)	6 (24)	3 (7)	5 (28)	0,062	Erupción papular prurítica	9 (10)	1 (3)	1 (2)	7 (35)	<0,001
Escabiosis	5 (6)	0 (0)	3 (7)	2 (11)	0,18	Melasma	8 (9)	5 (17)	2 (5)	1 (5)	0,22
<i>Tinea cruris</i>	5 (6)	2 (8)	3 (7)	0 (0)	0,7	Liquen simple crónico	5 (6)	3 (10)	0 (0)	2 (10)	0,068
Molusco contagioso	5 (6)	2 (8)	1 (2)	2 (11)	0,35	Acné	6 (7)	3 (10)	1 (2)	2 (10)	0,35
Foliculitis	3 (4)	2 (8)	1 (2)	0 (0)	0,44	Sarcoma de Kaposi	3 (3)	1 (3)	1 (2)	1 (5)	>0,9
Pitiriasis versicolor	3 (4)	1 (4)	2 (5)	0 (0)	>0,9	Queratosis seborreica	4 (4)	1 (3)	3 (8)	0 (0)	0,55
Forunculosis	2 (2)	0 (0)	2 (5)	0 (0)	0,71	Alopecia androgenética	2 (2)	2 (7)	0 (0)	0 (0)	0,16
Herpes zóster	2 (2)	0 (0)	2 (5)	0 (0)	0,71	Queratosis actínica	5	3 (10)	2 (5)	0 (0)	0,43
Leucoplasia vellosa oral	2 (2)	0 (0)	1 (2)	1 (6)	0,47	Enfermedad de Bowen	2	1 (3)	0 (0)	1 (3)	0,28
Piodermitis	2 (2)	0 (0)	2 (5)	0 (0)	0,71	Otras dermatosis no infecciosas	14 (15)	5 (17)	7 (18)	2 (10)	0,87
Otras dermatosis infecciosas	5 (6)	3 (12)	2 (5)	0 (0)	0,41						

Al comparar aquellos que presentaban alguna dermatosis infecciosa con los que no tenían este diagnóstico, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el recuento de LT CD4+ ($p = 0,17$), proporción de diagnóstico de SIDA ($p = 0,71$) ni de uso actual de terapia antirretroviral ($p = 0,53$). No obstante, la CV fue mayor en aquellos con dermatosis infecciosa com-

parados con aquellos sin este diagnóstico (40 copias/mL [RIQ=3858] vs. 10 copias/mL [RIQ=30]; $p = 0,01$). Por otro lado, al comparar pacientes con dermatosis no infecciosa con aquellos sin este diagnóstico, no se encontraron diferencias significativas en las mismas variables ya enumeradas (**tabla 3**).

Tabla 3. Diferencias entre variables relacionadas con la infección por VIH en aquellos con dermatosis infecciosa o no infecciosa

Variable	Dermatosis no infecciosa			Dermatosis infecciosa		
	Sí, n=90	No, n=33	Valor de <i>p</i>	Sí, n=84	No, n=39	Valor de <i>p</i>
Recuento de CD4 (células/ μ L), mediana (RIQ)	355 (345)	326,5 (250)	0,71	338 (301)	441 (330)	0,17
Carga viral (copias/mL), mediana (RIQ)	20 (1090)	40 (104,5)	0,51	40 (3858)	10 (30)	0,01
Diagnóstico de SIDA, n (%)	45 (50)	18 (54,6)	0,66	44 (52,4)	19 (48,72)	0,71
Tratamiento antirretroviral, n (%)	83 (92,2)	31 (93,9)	0,75	37 (94,9)	77 (91,7)	0,53

DISCUSIÓN

Desde su reconocimiento por primera vez en 1981^(14, 15), el VIH se ha extendido rápidamente con más de 35 millones de muertes atribuidas^(16, 17). Su progresión natural conlleva gran morbimortalidad y sigue siendo un problema prioritario de salud pública. El último reporte del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH (ONUSIDA) indica que en 2017, a nivel global, 36,9 millones de personas vivían con VIH, hubo 1,8 millones nuevos casos de transmisión y 940.000 murieron por causas relacionadas con la infección⁽¹⁸⁾.

Las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes incluidos en este estudio son similares a las reportadas para la población nacional. La población incluida se compuso de adultos, en su mayoría hombres, heterosexuales, de estrato medio-bajo, lo que es acorde con lo reportado para la totalidad de la población infectada de Manizales (64% hombres)⁽¹⁹⁾ y Colombia (78,8% hombres)⁽¹⁸⁾. Con respecto a la epidemiología local, hasta 2015 se tenía reporte de 679 personas que vivían con el VIH en la ciudad de Manizales⁽²⁰⁾ y se re-

portaron 141 nuevos casos en 2018, cifra similar a la obtenida en los años anteriores⁽²¹⁾. Aunque en los reportes epidemiológicos de Manizales la principal vía de transmisión es la heterosexual (65%), al igual que lo encontrado en nuestro estudio, al compararlo con Colombia hay una menor representación de pacientes que se identifican como homosexuales y bisexuales, ya que se calcula que hasta el 65% de todos los pacientes con VIH en el país son hombres que mantienen relaciones homosexuales⁽¹⁸⁾.

La distribución de la CV y el conteo de LT CD4 en este estudio sugiere que la mayoría de los pacientes tenían poco o moderado compromiso de su estado inmunológico. El alto porcentaje de pacientes con conteos de LT CD4 >200 células/ μ L se correlaciona con el porcentaje que estaba recibiendo TAR.

En este estudio, 9 de cada 10 pacientes tenían alguna manifestación dermatológica, lo que es coherente con lo publicado en estudios previos locales y de otras zonas geográficas, donde la mayoría de los pacientes presentan alguna alteración mucocutánea. Así, a nivel

local, un estudio realizado en Medellín, Colombia, que incluyó 349 pacientes, reportó una prevalencia del 78% de dermatosis en pacientes con VIH ⁽¹⁰⁾, similar a lo encontrado en otras poblaciones: 65,3% en Francia ⁽²²⁾, 69% en España ⁽²³⁾, 80% en Tailandia ⁽²⁴⁾, 86% en Singapur ⁽²⁵⁾ y hasta 92% en India ⁽²⁶⁾ y Estados Unidos ⁽²⁷⁾.

En cuanto a la predominancia de las dermatosis infecciosas o las no infecciosas, en el presente estudio fueron más frecuentes las no infecciosas, algo observado también en otras poblaciones ^(23, 24); sin embargo, otro estudio local reportó un claro predominio de las dermatosis infecciosas (66% vs. 33%) ⁽¹⁰⁾, lo que también ha sido reportado en otros estudios ^(3, 22, 28). Al comparar estos grupos de pacientes se evidencian diferencias principalmente en el estado inmunológico; de este modo, los estudios que tuvieron predominio de dermatosis infecciosas reportaron menores medias y medianas de LT CD4, con una mayor proporción de pacientes con conteos <200 células/ μ L. Esto está acorde con estudios previos que han evidenciado invariablemente mayor proporción de infecciones en aquellos sujetos con menores niveles de LT CD4 ⁽²⁹⁾. Sin embargo, en este estudio no fueron más prevalentes las dermatosis infecciosas o las no infecciosas como grupo al discriminarlas según los niveles de LT CD4.

En cuanto a las manifestaciones infecciosas en la población estudiada, predominaron las micosis superficiales y las enfermedades virales mucocutáneas localizadas, en un menor porcentaje las bacterianas, seguidas de las parasitarias, representadas únicamente por la escabiosis, y, en cuanto a las infecciones cutáneas por micobacterias, se evidenció un único caso de escrofulodermia (**figura 4**). Es importante resaltar que no se evidenciaron dermatosis sugestivas de enfermedades fúngicas invasoras o micobacterianas diseminadas lo que se correlaciona con el estado inmunológico de estos pacientes evaluados en el ámbito ambulatorio. Por otro lado, en las dermatosis no infecciosas las más frecuentes fueron las inflamatorias, seguidas por las asociadas a la TAR y, por último, las neoplásicas. En orden de frecuencia, las más comunes fueron las tiñas,

los condilomas y las verrugas, la onicomycosis, la dermatitis seborreica, el herpes simple y la xerodermia; estas son las mismas dermatosis que se presentan con mayor frecuencia (aunque no en el mismo orden) a través de los diferentes estudios, lo cual se mantiene independientemente de las diferencias en el estado inmunológico o el uso de TAR entre las poblaciones analizadas ^(3, 10, 23, 27, 28, 30, 31). En este estudio la erupción papular prurítica se encontró con mayor frecuencia en los pacientes con mayor inmunocompromiso, esto último acorde con lo reportado en otros estudios donde la mayoría de los pacientes afectados tenían conteos de LT CD4 <100 células/ μ L ⁽³²⁾.

Con la TAR se ha documentado claramente la disminución de infecciones invasoras, neoplasias como el sarcoma de Kaposi o manifestaciones mucocutáneas como la candidiasis oroesofágica ⁽³³⁾; sin embargo, también han aparecido nuevas alteraciones asociadas a esta. La lipodistrofia facial y la melanoniquia, dos de las dermatosis no infecciosas más comunes, son posibles efectos adversos de la TAR. En este estudio fueron identificadas en un menor porcentaje que el reportado en estudios previos realizados entre 2000 y 2005, donde la prevalencia alcanza hasta el 80% en los pacientes que reciben TAR ^(34, 35). Esta diferencia podría deberse al uso e implementación de nuevos medicamentos antirretrovirales que, se presume, tienen un menor riesgo de generar estos resultados no deseados.

Finalmente, fue mayor la CV en los pacientes con dermatosis infecciosas, lo que podría ser un indicador de progresión de la enfermedad e ineffectividad terapéutica en estos pacientes ⁽³⁶⁾. Es importante mencionar que si bien la diferencia de medianas en ambos grupos no es clínicamente significativa, los respectivos rangos intercuartílicos sí, aunque el diseño de este estudio no permite establecer una relación de causalidad; ya ha sido reportada anteriormente la posibilidad de encontrar mayor prevalencia de trastornos cutáneos infecciosos en los pacientes con niveles más altos de CV, específicamente candidiasis mucocutánea y CV >55.000 copias/mL ⁽³¹⁾.

Puntos clave

- Las enfermedades dermatológicas son altamente frecuentes en los pacientes infectados por el VIH
- Algunas manifestaciones cutáneas dependen del estado inmunológico y virológico de estos pacientes
- En la población estudiada fueron más frecuentes las dermatosis no infecciosas, algo cada vez más frecuente debido al uso extensivo de la terapia antirretroviral

LIMITACIONES

No se dispuso de todos los datos por contar con historias clínicas incompletas. En la mayoría de los casos, los diagnósticos fueron clínicos, sujetos a la capacidad del dermatólogo evaluador. La muestra representada en este estudio es la de pacientes que acuden a la consulta externa dermatológica y que tenían diagnóstico previo de VIH, por lo que no podrían aplicarse los mismos principios a pacientes hospitalizados.

CONCLUSIONES

Los trastornos mucocutáneos fueron altamente frecuentes en la población estudiada. Algunas de ellas podrían encontrarse con mayor frecuencia en los sujetos con mayor deterioro de su estado inmunológico o virológico, específicamente los pacientes con una elevada CV podrían presentar mayor proporción de dermatosis infecciosas. Finalmente, conocer las dermatosis más frecuentes en la población con VIH que acude a la consulta dermatológica en nuestra población permite al clínico hacer un mejor ejercicio de enfoque diagnóstico y terapéutico oportuno.

REFERENCIAS

1. Altman K, Vanness E, Westergaard RP. Cutaneous Manifestations of Human Immunodeficiency Virus: a Clinical Update. *Curr Infect Dis Rep.* 2015;17(3):464. doi: 10.1007/s11908-015-0464-y
2. Chawhan S, Bhat D, Solanke S. Dermatological manifestations in human immunodeficiency virus infected patients: Morphological spectrum with CD4 correlation. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2013;34(2):89-94. doi: 10.4103/0253-7184.120538
3. Uthayakumar S, Nandwani R, Drinkwater T, Nayagam AT, Darley CR. The prevalence of skin disease in HIV infection and its relationship to the degree of immunosuppression. *Br J Dermatol.* 1997;137(4):595-8. doi: 10.1111/j.1365-2133.1997.tb03793.x
4. Navarrete-Dechent C, Ortega R, Fich F, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. *Rev Chil Infectol.* 2015;32(Suppl. 1):57-71. doi: 10.4067/S0716-10182015000100005
5. Garman ME, Tyring SK. The cutaneous manifestations of HIV infection. *Dermatol Clin.* 2002;20(2):193-208. doi: 10.1016/s0733-8635(01)00011-0
6. Thompson GR, Patel PK, Kirkpatrick WR, Westbrook SD, Berg D, Erlandsen J, Redding S, Patterson T. Oropharyngeal candidiasis in the era of antiretroviral therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010;109(4):488-95. doi: 10.1016/j.tripleo.2009.11.026
7. Mirmirani P, Maurer TA, Berger TG, Sands LP, Chren M-M. Skin-Related Quality of Life in HIV-Infected Patients on Highly Active Antiretroviral Therapy. *J Cutan Med Surg.* 2002;6(1):10-5. doi: 10.1177/120347540200600102
8. Valeyrie-Allanore L, Obeid G, Revuz J. Drug Reactions. En: Bologna J, Schaffer J, Cerroni L (editores). *Textbook of Dermatology.* Elsevier; 2018.
9. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, Merriman B, Saag M, Justice A, Hogg R, Deeks S, Eron J, Brooks J, Rourke S, Gill J, et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *N Engl J Med.* 2009;360(18):1815-26. doi: 10.1056/NEJMoa0807252
10. Gaviria M, Orozco B, Gómez LM, Maya C, Estrada S, Peláez LM, Cataño J. Manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH. Seguimiento en 349 pacientes. *Rev Asoc Col Dermatol Cir Dermatol.* 2007;15(3):203-7.
11. Porras de Quintana L, Tamayo-Buendía M, Sánchez-Vanegas G. Prevalencia de Infección Por VIH en Pacientes con Patología Dermatológica en un Centro de Referencia Nacional 2005-2006. *Rev Salud Pública.* 2009;11(4):613-9.
12. Cuéllar N; Instituto Nacional de Salud; Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Informe Evento VIH/Sida a Periodo Epidemiológico XIII-2018 [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA PE XIII 2018.pdf>
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised surveillance case definition for HIV infection--United States, 2014. *MMWR Recomm Rep.* 2014;63(RR-03):1-10.
14. Centers for Disease Control (CDC). Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men--New York City and California. *MMWR Recomm Rep.* 1981;30(25):305-8.
15. Centers for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia--Los Angeles. *MMWR Recomm Rep.* 1981;30(21):250-2.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The Global HIV/AIDS pandemic, 2006. *MMWR Recomm Rep.* 2006;55(31):841-4.

17. UNAIDS. Fact Sheet - Latest Global and Regional Statistics on the Status of the AIDS Epidemic. Disponible En: <https://bit.ly/2Y8aK4r>
18. UNAIDS. UNAIDS DATA 2018. Disponible En: <https://bit.ly/3ayuzop>.
19. Alcaldía de Manizales; Secretaría de Salud Pública. Perfil Epidemiológico de Manizales 2014. Alcaldía de Manizales; 2014. Disponible en: <https://bit.ly/2CARqFf>
20. Alcaldía de Manizales; Secretaría de Salud Pública. Perfil Epidemiológico de Manizales 2015. Alcaldía de Manizales; 2015. Disponible en: <https://bit.ly/3h6MAOW>
21. Secretaría de Salud Manizales. Boletín Epidemiológico 2018. Alcaldía de Manizales; 2018.
22. Spira R, Mignard M, Doutre M-S, Morlat P, Dabis F. Prevalence of Cutaneous Disorders in a Population of HIV-Infected Patients. Southwestern France, 1996. *Arch Dermatol.* 1998;134(10):1208. doi: 10.1001/archderm.134.10.1208
23. Muñoz-Pérez MA, Rodríguez-Pichardo A, Camacho F, Colmenero MA. Dermatological findings correlated with CD4 lymphocyte counts in a prospective 3 year study of 1161 patients with human immunodeficiency virus disease predominantly acquired through intravenous drug abuse. *Br J Dermatol.* 1998;139(1):33-9.
24. Wiwanitkit V. Prevalence of dermatological disorders in Thai HIV-infected patients correlated with different CD4 lymphocyte count statuses: a note on 120 cases. *Int J Dermatol.* 2004;43(4):265-8. doi: 10.1111/j.1365-4632.2004.01649.x
25. Goh BK, Chan RKW, Sen P, Theng C, Tan H, Wu Y, Paton N. Spectrum of skin disorders in human immunodeficiency virus-infected patients in Singapore and the relationship to CD4 lymphocyte counts. *Int J Dermatol.* 2007;46(7):695-9. doi: 10.1111/j.1365-4632.2007.03164.x
26. Vasudevan B, Sagar A, Bahal A, Mohanty A. Cutaneous manifestations of HIV-a detailed study of morphological variants, markers of advanced disease, and the changing spectrum. *Med J Armed Forces India.* 2012;68(1):20-7. doi: 10.1016/S0377-1237(11)60122-6
27. Coldiron BM, Bergstresser PR. Prevalence and clinical spectrum of skin disease in patients infected with human immunodeficiency virus. *Arch Dermatol.* 1989;125(3):357-61.
28. Ortiz LGP, Cortés SP, Pedrero MLP. Manifestaciones dermatológicas en los pacientes con VIH y su correlación con la cantidad de linfocitos CD4 en la Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. *Dermatología Rev Mex.* 2014;58(1):3-9.
29. Kaplan MH, Sadick N, McNutt NS, Meltzer M, Sarngadharan MG, Pahwa S. Dermatologic findings and manifestations of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *J Am Acad Dermatol.* 1987;16(3 Pt 1):485-506. doi: 10.1016/S0190-9622(87)70066-8
30. Oh J, Conlan S, Polley EC, Segre JA, Kong HH. Shifts in human skin and nares microbiota of healthy children and adults. *Genome Med.* 2012;4(10):77. doi:10.1186/gm378
31. Zancanaro PCQ, McGirt LY, Mamelak AJ, Nguyen RH-N, Martins CR. Cutaneous manifestations of HIV in the era of highly active antiretroviral therapy: An institutional urban clinic experience. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54(4):581-8. doi: 10.1016/j.jaad.2005.12.030
32. Eisman S. Pruritic Papular Eruption in HIV. *Dermatol Clin.* 2006;24(4):449-57. doi: 10.1016/j.det.2006.06.005
33. Ives NJ, Gazzard BG, Easterbrook PJ. The Changing Pattern of AIDS-defining Illnesses with the Introduction of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) in a London Clinic. *J Infect.* 2001;42(2):134-9. doi: 10.1053/jinf.2001.0810
34. Heath KV, Hogg RS, Chan KJ, Harris M, Montessori V, O'Shaughnessy M, Montanera J. Lipodystrophy-associated morphological, cholesterol and triglyceride abnormalities in a population-based HIV/AIDS treatment database. *AIDS.* 2001;15(2):231-9. doi: 10.1097/00002030-200101260-00013
35. Grinspoon S, Carr A. Cardiovascular Risk and Body-Fat Abnormalities in HIV-Infected Adults. *N Engl J Med.* 2005;352(1):48-62. doi: 10.1056/NEJMra041811
36. UNAIDS. The Need for Routine Viral Load Testing. Disponible En: Http://Www.Unaids.Org/Sites/Default/Files/Media_asset/JC2845_en.Pdf; 2016.