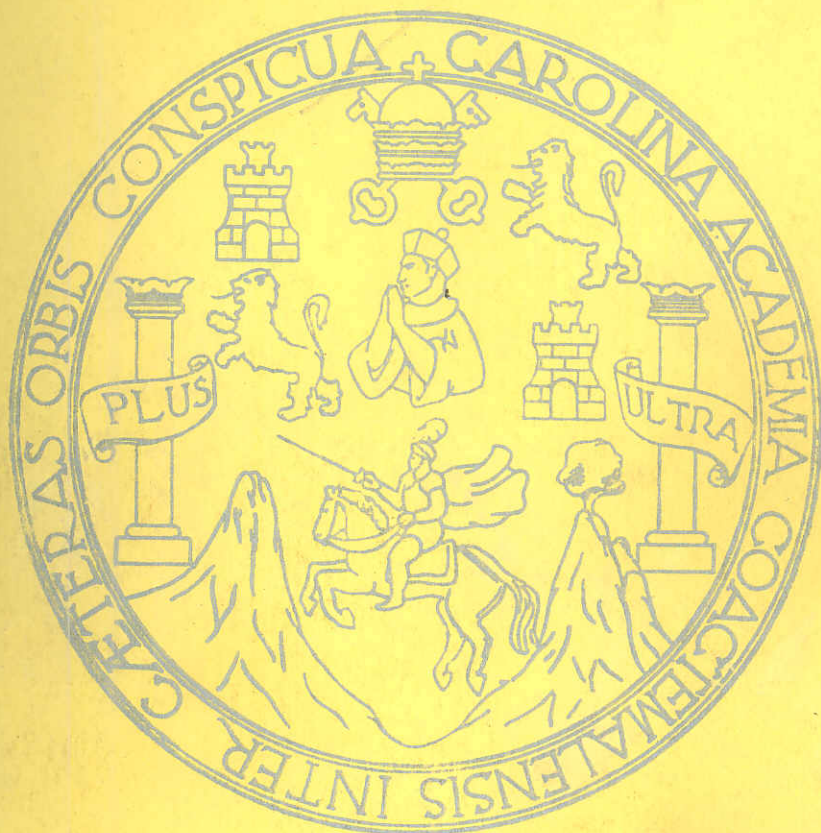


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AFECCIONES DERMATOLOGICAS MAS FRECUENTES
EN PACIENTES CON VIH SEROPOSITIVOS Y SI



ABEL ADAN CETO LOPEZ

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE DE CONTENIDOS.

I.- INTRODUCCION.....	01
II.- DEFINICION DEL PROBLEMA.....	03
III.- JUSTIFICACION.....	04
IV.- OBJETIVOS.....	05
V.- REVISION BIBLIOGRAFICA.....	06
VI.- METODOLOGIA.....	11
VII.- ETICA DE LA INVESTIGACION.....	14
VIII.- INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES.....	15
IX.- EJECUCION DE LA INVESTIGACION.....	17
X.- PRESENTACION DE RESULTADOS.....	18
XI.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	26
XII.- CONCLUSIONES.....	31
XIII.- RECOMENDACIONES.....	32
XIV.- RESUMEN.....	33
XV.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34
XVI.-ANEXO	37

I INTRODUCCION

El problema de las manifestaciones cutáneas, en enfermedad sistémicas tales como: Diabetes mellitus, desnutrición, pacientes tratados con medicamentos inmunosupresores, Insuficiencia renal crónica y llamado mal del siglo el SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/ SIDA, causado por el virus de la inmunodeficiencia humana / VIH; son muy frecuentes, y como es sabido, la compleja relación que guarda la piel con los órganos internos, nos refleja entonces la gravedad y el grado de afección provocado por el problema de base (24).

Las manifestaciones cutáneas son frecuentes en las personas infectadas por el VIH y su reconocimiento puede facilitar el diagnóstico temprano de la enfermedad. Por tanto, siempre debe realizarse un examen dermatológico cuidadoso, ya que las manifestaciones cutáneas pueden ser la señal de una enfermedad sistémica, (22).

El problema del VIH/SIDA, es serio y alarmante en nuestro medio; sobre todo, los efectos que este tiene sobre cada individuo que la padece. Se encontrara, que las edades mas afectadas de aquellos que fueron sometidos a estudio, es la edad media, dicho en otras palabras, aquellos comprendidos entre los 15 y 40 años.

También se hace mención, que el sexo masculino es el mayormente afectado con relación al femenino.

En Guatemala, hasta la fecha, se desconocía la frecuencia de alteraciones cutáneas en los pacientes seropositivos para VIH, cuyo número cada vez es mayor.

Es importante determinar la incidencia y tipificación de estas manifestaciones, con el propósito de conocer más de la epidemiología de las lesiones dermatológicas en el paciente con SIDA. Esperando que, este estudio sirva de referencia para otros similares, y que sea de utilidad para el personal medico, paramédico y a los lectores en general.

El estudio tuvo una duración de tres meses. Se evaluaron a todos aquellos pacientes VIH seropositivos o que presentaran algún síntoma inicial de SIDA, en las clínicas de enfermedades infecciosas y dermatología del Hospital Roosevelt, que asistieron a consulta durante el tiempo en mención, no así, aquellos pacientes menores de 12 años, como también los que no aceptaron formar parte del estudio.

El número de pacientes evaluados con VIH/SIDA fue de 454, el cual incluye primeras consultas y reconsultas, de los cuales únicamente 26 presentaron lesiones de piel, sin embargo es necesario mencionar, que aunque fueron contados, hubo quienes no aceptaron ser evaluados, ni ser parte del estudio.

El sexo mas afectado es el masculino, con una relación de 3:1 en cuanto al femenino, el cual es relativamente constante, entre pacientes con VIH/SIDA, y afecciones de la piel.

Se encontró entre los pacientes evaluados dos casos de tumores malignos, el primero de los cuales corresponde a un Sarcoma de Kaposi en un paciente masculino de 27 años; y el segundo caso a una neoplasia intraepitelial grado II en vulva y perine de una paciente de 43 años.

Lo más importante, de este estudio, es haber encontrado una relación similar, con lo descrito por la literatura internacional en cuanto a presentación, frecuencia, y severidad de las lesiones de piel en aquellos pacientes evaluados; Esperando, esto sea de utilidad al lector.

II DEFINICION DEL PROBLEMA

El VIH/SIDA es una enfermedad mortal e incurable que afecta a hombres mujeres y niños de cualquier clase social en todos los países del mundo. La OMS estima que para 1,996 había casi 22 millones de adultos viviendo con el VIH en todo el mundo. (En Guatemala, las estadísticas arrojan un número estimado de 20,000^{*} infectados) por el virus para la misma fecha, situación que ubica al país como el segundo lugar, después de Honduras, de los países Centroamericanos, sin embargo, hasta la fecha se estima que el número se ha incrementado a 150,000. Cerca de 5,000 niños en Centroamérica, habrán nacido con el VIH y al menos la mitad de ellos se habrá enfermado. (22).

(De acuerdo a la literatura existente tanto internaciónal, como nacional, las personas de mayor riesgo son los jóvenes adultos sexualmente activos con una relación de acuerdo al sexo de 2:1 hombre-mujer.)

En la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt, se ve un promedio de 125 pacientes mensuales, en donde asisten mas hombres que mujeres, y se diagnostican, 5 nuevos casos al mes.

(Hasta la fecha no existe tratamiento efectivo alguno para este mal, a pesar de los grandes esfuerzos realizados por la comunidad científica, aún no se ha logrado crear para esta una vacuna. Existen algunos medicamentos antivirales, el cual ayuda únicamente a prolongar la vida a aquellos pacientes infectados, pero no se curaran. Mientras tanto: EL UNICO TRATAMIENTO EFICAZ ES LA PREVENCION.)

(El VIH/SIDA, sin embargo no es el problema en sí, sino su relación con otras enfermedades, ya que es el responsable de comprometer la inmunidad de la persona infectada para estar más propensa a enfermarse por agentes oportunistas, como por ejemplo las enfermedades de la piel, y la severidad con que estas lesiones se presentan en estos pacientes.)

Las manifestaciones cutáneas son variadas en estos pacientes, por tanto la piel puede estar afectada por diferentes agentes etiológicos:

(CAUSAS INFECCIOSAS: Pueden ser vírales, bacterianas, micóticas y parasitarias.

TUMORES MALIGNOS: Sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodgking.)

CASUSAS FARMACOLOGICAS: Pacientes tratados con fármacos por su mismo problema de base SIDA.

OTRAS CAUSAS, (22, 24).

III JUSTIFICACION

Debido a la falta y/o escasa información que se tiene sobre el comportamiento de los problemas dermatológicos en pacientes inmunocomprometidos tanto aquellos infectados con el virus del SIDA, como los que padecen de algún otro tipo de inmunosupresión de otras causas en nuestro medio, por lo que se hace necesario documentar estos padecimientos a través de estudios que refuercen el conocimiento de todos los médicos en general.

Las afecciones de la piel y sus anexos son frecuentes en pacientes seropositivos para VIH. Según lo reportan algunas publicaciones. En nuestro medio, se desconoce la frecuencia con que estas lesiones comprometen a los pacientes, es por ello que es necesario determinar su incidencia, y especialmente su etiología, ya que buena parte de estas son de tipo infeccioso, mismas que se podrían prevenir a través de una buena orientación y educación a los pacientes propensos o de alto riesgo.

Se ha determinado que algunas lesiones pueden ser consideradas como síntomas iniciales de la infección por VIH, tal es el caso de la Xerosis generalizada, el Herpes Soster, Herpes mucocutáneo crónico, micosis ungueales, etc.

Otra condición importante de las lesiones dermatológicas, es que pueden tener un significado pronóstico, ya que con frecuencia su presentación ocurre en pacientes con recuentos de linfocitos CD4 por debajo de 150/mm³. (3, 4).

En la actualidad, no se conoce ningún estudio acerca de este problema, sobre el comportamiento y el impacto que tiene en nuestro medio, ya que un paciente portador del VIH o con SIDA, ya no le preocupa ningún otro problema mas que el que tiene y por tanto no lo menciona durante su visita al medico, estos se subestiman y no se agregan a la lista de problemas y estos quedan al subregistro, a menos que sean tan severos. Esta es la razón por la que se hace necesario documentar dichos casos y actualizarlos en nuestro medio, (4, 17, 24).

IV OBJETIVOS

GENERALES:

.- Identificar las afecciones cutáneas más frecuentes y el orden con que se presentan en pacientes seropositivos para VIH/SIDA.

ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar el porcentaje de pacientes seropositivos para VIH/SIDA con lesiones de piel y sus anexos.
- 2.- Clasificar las lesiones de la piel encontradas en pacientes seropositivos.
- 3.- Identificar la etiología de las lesiones cutáneas en pacientes seropositivos para VIH.
- 4.- Relacionar afección cutánea con procesos infecciosos, cáncer, reacción a medicamentos y otros.

V REVISION BIBLIOGRAFICA.

La piel es comúnmente afectada en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana HIV. Infecciones vírales, bacterianas, hongos, protozoos, así como infestaciones por ectoparásitos pueden afectar la piel primaria o secundariamente; en adición dermatosis inflamatorias, pueden ser severas y persistentes. (4, 13, 15, 22).

El VIH produce inmunodeficiencia progresiva, que conduce a infecciones por agentes oportunistas, como desordenes cutáneos papulo-escamosos. La mayoría de estas infecciones y desordenes proliferativos, suceden cuando el recuento de linfocitos CD4, está por debajo de 150Xmm³.

La enfermedad de las uñas ha sido observada hasta en un 32% de los pacientes con síntomas de la infección por VIH. La incidencia de onicomicosis no es significativamente diferente entre seropositivos y seronegativos. Otros procesos que pueden comprometer las uñas son: Herpes Zoster, Psoriasis y Síndrome de reiter, discromia inducida por zidovudina y uñas amarillas (observadas en pacientes con infección por *Pneumocystis carinii*).

Los desordenes del cabello incluyen, tinea capitis, cambios en su cosistencia y alopecia areata. (4, 14).

Leucoplaquia vellosa, fue descrita por primera vez en un joven homosexual en 1,981, en San Francisco. Esta entidad puede ser diagnosticada por medio del examen ultraestructural de especímenes de citología exfoliativa. En 1, 985 se demostró su relación con el virus de Epstein Barr. (16)

Los rangos de presentación oscilan entre 7.5 y 25% en pacientes seropositivos, con un máximo de 36% en pacientes con SIDA. (16)

La respuesta a pruebas de hipersensibilidad retardada, son una medida predictora de progresión a SIDA en pacientes seropositivos. (1)

En general las manifestaciones cutáneas no neoplásicas en pacientes seropositivos, pueden agruparse en categorías infecciosas y no infecciosas. (4).

A. Las Manifestaciones infecciosas incluyen:

1.- Exantema agudo de la infección por VIH: Esta se considera como un hallazgo clínico temprano caracterizado por una erupción de máculas rosadas y pápulas en tronco y extremidades, acompañado de fiebre y faringitis.

2. - Herpes simple: En pacientes seropositivos esta puede tener múltiples presentaciones, que pueden ir desde pequeñas vesículas que resuelven espontáneamente hasta lesiones crónicas persistentes (4).

3. - Herpes Zoster: Esta se caracteriza por su cronicidad, severo dolor y cicatrización, aunque la reacción inflamatoria puede ser mínima en estadios avanzados, además de requerir supresión antiviral para prevenir recurrencias. (4, 13).

4. - La afección cutánea en pacientes seropositivos, a menudo significa pobre pronostico.

5. - Papiloma virus humano: puede manifestarse como condiloma acuminado o múltiples verrugas vulgares, (4, 17, 22)

6. - Molusco contagioso: Usualmente ocurre en el área genito-urinario, aunque puede encontrarse en cualquier parte del cuerpo, en la cara, cuero cabelludo y diseminado. El molusco contagioso se puede tratar puncionando cada lesión con aguja y pincelándola con fenol; y como alternativa en lugares donde se dispone de nitrógeno líquido con crioterapia. La tasa de recurrencia es elevada, (4, 20, 24).

7. - Candidiasis y dermatofitosis: y otras lesiones cutáneas como la criptococosis sistémica o la histoplasmosis diseminada, aunque raras, pero se han reportado casos, por lo que la histoplasmosis en particular, hoy se considera como un marcador cutáneo de SIDA. (19, 22).

8. - Foliculitis:
a.- bacteriana
b.- hongos
c.- orbicular

9. - Sífilis: puede presentarse en forma inusual, con ulceraciones en mucosa oral y piel, enfatizando la importancia de considerar la sífilis secundaria en el diagnóstico diferencial en pacientes seropositivos, (4, 8).

10. - Criptococosis: Se manifiesta por encefalitis y meningitis; en piel depende de diseminación, y hay celulitis, úlceras, vasculitis o abscesos y lesiones papulopustulares, (25).

11. - Histoplasmosis: Es micosis relativamente común en pacientes seropositivos, se presenta con múltiples pápulas discretas en tronco, cara y extremidades. Histológicamente, se caracteriza por infiltrado perivascular, polimorfonucleares, linfocitos y ocasionalmente histiocitos.

Los pacientes además pueden presentar ulceraciones orofaríngeas o cutáneas, nódulos, placas erisipeloides, pseudofoliculitis, pápulas umbilicadas de tipo moluscoide o exantemas maculopapulosos. (4, 6, 19, 22).

12. - Mycobacterias: Tuberculosis extrapulmonar, incluyendo infección inusual por complejo *M. avium*, en pacientes con recuento de linfocitos CD4 menor de 100/mm³ (3, 4).

13. - *Toxoplasma gondii*.

14. - *Pneumocystis Carinii*. Produce uñas amarillas, neumonías con infiltrados alveolares bilaterales observados en las radiografías, (25).

15. - Escabiosis: debe ser sospechada en pacientes con prurito atípico y rash; hay dos tipos, Escabiosis Noruega y exagerada, esta suele asemejar una dermatitis generalizada, además puede cursar en formas graves produciendo hiperqueratosis especialmente en genitales externos. (4, 15, 22)

16. - *Acantoameba* cutánea: Es rara complicación de pacientes seropositivos, se asocia a vasculitis leucocitoclastica, (15).

B Manifestaciones no infecciosas

1. - Foliculitis pustulosa eosinofílica: Es una erupción papulopustular acneiforme en cara, cuello, tronco y extremidades. (4).

2. - Dermatitis seborreica: Esta compromete especialmente áreas malares, cuero cabelludo y otras partes; se le considera la afección cutánea más común en pacientes seropositivos. Muestra relación con el decremento de linfocitos CD4 y de células de Langerhans, así como con presencia de linfocinas; se observa estimulación de queratinocitos epidérmicos; en estos pacientes las manifestaciones clínicas aparecen en etapas tempranas, pero para algunos no se trata verdaderamente de una dermatitis seborreica, (4, 22, 25).

3. - Alopecia: Usualmente es difusa, sin reacción inflamatoria secundaria; existen cuatro tipos: Tipo I común, tipo II atópica, tipo III prehipertensiva y tipo IV combinada, y se presentan en el orden como están descritas.

4. - Urticaria papular: A últimas fechas se describió un Exantema maculopapular que dura de una a dos semanas, dependiente del CMV y virus del Epstein Barr. Las erupciones papulares pruriginosas, afectan cabeza, cuello, tronco y extremidades, las papulas miden de 2 a 5mm de tamaño, (25).

5. - Reacción morbiliforme a drogas: 65 a 75% de pacientes refieren algún tipo de reacción, principalmente, con trimetropin sulfametoxazole, sulfadiazina, trimetropin dapsone, y aminopenicilinas, estas últimas extremadamente común. Incluyen hospitalización por celulitis y la incidencia se incrementa, conforme se deteriora la función inmune, (4, 5, 22).

6. - Leucoplaquia oral: Estas alteraciones en la pigmentación mucocutánea, pueden ser frecuentes, pero su etiología aún esta en discusión. (21).

7. - Angiomatosis epiteloide basilar: Especialmente en la mucosa oral, anal y tracto gastrointestinal, aunque no se observan microorganismos con técnicas microbiológicas ni histologicamente. (4, 18).

8. - Psoriasis y Síndrome de Reiter's: En estos pacientes, principalmente los primeros se reportan porcentajes de 1.5 a 2% de incidencia y en los que son contraindicadas las drogas inmunosupresoras por causar mayor impacto en ellos. El personal de salud puede prevenir la transmisión accidental al manipular pacientes con lesiones eczematosas y seropositivos tratados (9).

El Sarcoma de Kaposi es el cáncer más común en pacientes con SIDA, ocurre predominantemente en hombres homosexuales. Su porcentaje de presentación ha declinado en los últimos seis años, y dentro de las posibles razones a la cual se atribuye su disminución podría ser: La disminución de uso de nitritos inhalados y la practica del sexo seguros (la no-promiscuidad, tener una sola pareja sexual en el caso de los homosexuales, y el uso de los preservativos, (10, 12, 25).

Otras enfermedades malignas no Kaposi, aumentan en frecuencia, como el carcinoma de células escamosas. (14).

En ausencia de inmunodeficiencia severa, pacientes infectados con VIH 1, con Linfoma de células T cutáneo concomitante, pueden seguir un curso progresivo típico más lento, (2).

VI METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de carácter prospectivo-descriptivo de corte transversal, que se llevo a cabo en la unidad de dermatología y clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt, previa autorización del jefe del departamento de medicina interna, así también como de los doctores dermatólogos de la unidad. Dicho estudio abarcó un periodo de tres meses, evaluando así a todos los pacientes que asistieron a ambas clínicas.

B. GRUPO DE ESTUDIO

Se evaluaron a todos los pacientes cuya serología era positiva para VIH o que presentaran síntomas iniciales de SIDA, quienes consultaron tanto a la clínica de enfermedades infecciosas como a la unidad de dermatología, para la detección de lesiones de piel y sus anexos. Se incluyeron únicamente aquellos a quienes se les encontró lesiones de piel llenando así la boleta de recolección de datos que aparece en anexos. Estos pacientes fueron evaluados en conjunto con el médico especialista de dermatología.

Se hicieron algunos estudios de laboratorio por indicación del medico asesor en contados casos, con autorización del paciente.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron a todos los pacientes que asistieron tanto a la clínica de enfermedades infecciosas como a la unidad de dermatología, durante el periodo de tres meses (3) que duro el estudio, no así a los que se negaron a ser evaluados.

D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

INCLUSION: Se incluyeron a todos aquellos pacientes seropositivos para VIH, quienes a la vez presentaban lesiones de piel y sus anexos, siempre que este aceptara ser evaluado.

EXCLUSION:

Pacientes seronegativos.

Pacientes que no aceptaron evaluación dermatológica,

Pacientes menores de 12 años.

E. VARIABLES:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Preferencia sexual.
- Lugar de procedencia.
- Tipo de dermatosis.
- Instrumento de medición de las variables.

F INSTRUMENTO:

- De medición de variables.
- Registro clínico del paciente.
- Boleta para recabar los datos de cada paciente, que aparece En anexos.
- Examen físico.
- Escala de Karnofsky.

G RECURSOS:

a.- Humanos:

Médico revisor

Médico asesor.

Pacientes en estudio.

b.- Físicos

- Área donde funciona la unidad de dermatología y la clínica De enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt.

c.- Materiales:

- De escritorio.
- Boleta de recolección de datos.
- Fotocopias.
- Láminas, cobre y porta objetos.
- Jeringas
- Hojas de bisturí
- Pinzas
- Microscopio
- Lámparas
- Cámara fotográfica.

H.- Institucionales; bibliográficas:

- Hospital Roosevelt.
- Hospital General San Juan de Dios.
- INCAP.
- Universidad de San Carlos de Guatemala.

VII ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION.

La presente investigación, no tuvo ningún efecto directo sobre cada paciente, ya que no se les practico o no se llevo a cabo experimento alguno, mas bien, fue de beneficio para ellos, ya que se les brindo toda la ayuda necesaria así como el tratamiento adecuado a cada uno de ellos de acuerdo al problema que presentaban.

1.- Sin embargo, se ha considerado importante, la confidencialidad y el anonimato para cada uno de ellos, como condición para que cada paciente aceptara ser evaluado.

2.- Otro de los aspectos a considerarse, fue el tratamiento que se le brindo a cada paciente, de acuerdo a su problema o sea el diagnóstico dermatológico, por el que consultaron.

VIII INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES.

Variable.	D. concept.	D. operacio.	Tipo de varia	Escala de m.
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nac. De una persona a la fecha de consulta.	Edad expresado en años, referido por cada paciente	Numérica.	De 15 años en adelante.
Sexo.	Genero de la especie a la que pertenece un individuo.	Clasificado en Masculino y Femenino.	Nominal.	Masculino. Femenino.
Estado civil.	Estado marital de una persona ante la sociedad civil.	Lo referido por cada paciente o según aparezca en la ficha clín.	Nominal.	Soltero (a) Unido (a) Casado (a) Viudo. (a).
Lugar de residencia.	Sitio geográfico donde vive una persona.	Lo referido por el paciente.	Nominal.	Cualitativa.

Variable.	D. concep.	D. operacio.	Tipo de varia	Escala de m.
Ocupación.	Actividad a la cual una persona dedica la mayor parte de sus tiempo.	Lo referido por cada paciente.	Nominal.	Cualitativa.
Preferencia sexual.	Practica sexual por la cual una persona demuestra mayor interés	Lo referido por cada paciente al interrogatorio.	Nominal.	Heterosexual Homosexual Bisexual.
VIH/SIDA.	Enfermedad viral que afecta el sistema inmune de una persona.	Paciente con diagnostico de VIH y SIDA.	Nominal.	VIH +; - SIDA.
Escala de Karnofsky	Mide la evolución clínica de una enfermedad y el rendimiento físico del enf.	Lo referido por cada paciente, según su actividad física diaria.	Numérica.	Se mide de 0 a 100 pts.

IX EJECUCION DE LA INVESTIGACION.

Previa autorización del jefe del departamento de medicina interna, como de los doctores de la unidad de Dermatología y clínica de enfermedades infecciosas, se procedió a iniciar el trabajo de campo, de acuerdo al tiempo estipulado para dicho fin, y la fecha planteada, así como la metodología inicialmente planteada.

a.- Se evaluaron a todos los pacientes conocidos tanto por la clínica de infecciosas, como de dermatología, los cuales como criterio, todos con serología positiva para VIH, o que presentaran síntomas iniciales de SIDA.

b.- Cada paciente que presentaba lesiones de piel, fueron presentados a los médicos de Dermatología quienes daban su visto bueno, confirmaran el diagnostico y en casos especiales, sugerían algún examen de laboratorio complementario.

c.- Con la asesoría de cada medico especialista de dermatología, se procede a llenar la hoja o boleta de recolección de datos, anotando los datos más importantes obtenidos del interrogatorio, como del examen físico practicado a cada paciente.

d.- Finalmente se procede a tabular los datos de los pacientes evaluados durante el tiempo que duró el estudio, siempre con la asesoría de los doctores (Revisor y asesor).

CUADRO No. 1

TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS CON VIH/SIDA EN LAS CLINICAS DE: INFECCIOSAS Y DERMATOLOGÍA DURANTE TRES MESES, CLASIFICADOS DE ACUERDO AL TIPO DE CONSULTA (PRIMERAS Y RECONSULTAS), POR EDAD Y SEXO.

Tipo de cons.	P. consultas.		Reconsultas.		Porcentaje.		TOTAL	
Sexo. E. en años	F	M	F	M	F	M	F	M
15 - 24 a.	6	8	47	72	11.7	17.4	53	80
25 - 34 a.	7	13	76	115	18.3	28.2	83	128
35 - 44 a.	2	6	28	48	6.6	11.9	30	54
45 - 54 a.	0	1	7	8	1.5	1.9	7	9
mayor- 55 a.	0	1	2	7	0.44	1.8	2	8
TOTAL.	15	29	160	250	38.6	61.4	175	279
	44		410		100%		454	

FUENTE: Estadísticas mensuales de la clínica de infecciosas y boleta de recolección de datos de dermatología.

CUADRO No. 2

TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS CON VIH/SIDA EN LAS CLINICAS DE: INFECCIOSAS Y DERMATOLOGÍA, POR MES, DURANTE TRES MESES, SEGÚN EDAD Y SEXO

Meses	Del 15 de ab. Al 14 de may		Del 15 Mayo Al 14 Junio.		Del 15 Junio Al 15 Julio		TOTAL	
Sexo. E. en años.	F	M	F	M	F	M	F	M
15 - 24 a.	13	22	24	26	16	32	53	80
25 - 34 a.	30	46	27	40	26	42	83	128
35 - 44 a.	8	21	5	15	17	18	30	54
45 - 54 a.	2	3	3	4	2	2	7	9
mayor-55 a.	1	2	0	1	1	5	2	8
TOTAL.	54	94	59	86	62	99	175	279
	148		145		161		454	

FUENTE: Estadísticas mensuales de la clínica de infecciosas y boleta de recolección de datos de dermatología.

CUADRO No. 3

TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS CON VIH/SIDA EN LAS CLINICAS DE: INFECCIOSAS Y DERMATOLOGÍA DURANTE TRES MESES, SEGÚN ESTADO CIVIL, EDAD Y SEXO.

Estado c.	Soltero		Unido		Casado		Viudo		TOTAL	
Sexo. E. en años	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
15 - 24 a.	45	64	6	11	1	2	1	3	53	80
25 - 34 a.	56	92	19	26	3	4	5	6	83	128
35 - 44 a.	19	31	7	15	2	5	2	3	30	54
45 - 54 a.	4	6	2	2	1	0	0	1	7	9
> - 55 a	2	4	0	2	0	1	0	1	2	8
TOTAL.	126	197	34	56	7	12	8	14	175	279
	323		90		19		22		454	

FUENTE: Estadísticas mensuales de la clínica de infecciosas y boleta de recolección de datos de dermatología.

CUADRO No. 4

TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS CON VIH/SIDA EN LAS CLINICAS DE: INFECCIOSAS Y DERMATOLOGÍA DURANTE TRES MESES, QUE PRESENTARON DERMATOSIS, CLASIFICADOS POR TIPO DE CONSULTA, EDAD Y SEXO.

Tipo de cons.	Primera con.		Reconsulta.		TOTAL	
Sexo. E. en años.	F	M	F	M	F	M
15 - 24 a.	2	2	1	1	3	3
25 - 34 a.	0	4	1	4	1	8
35 - 44 a.	1	2	1	3	2	5
45 - 54 a.	0	1	0	1	0	2
mayor- 55 a.	0	0	2	0	2	0
TOTAL.	3	9	5	9	8	18
	12		14		26	

FUENTE: Boleta de recolección de datos de dermatología

CUADRO No. 5

TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS CON VIH/SIDA EN LAS CLINICAS DE INFECCIOSAS Y DERMATOLOGÍA DURANTE TRES MESES CLASIFICADOS DE ACUERDO AL TIPO DE DERMATOSIS, EDAD Y SEXO.

Tipo de dermatosis	Localizada		Diseminada		Generalizada		TOTAL	
Sexo E. en años.	F	M	F	M	F	M	F	M
15 - 24 a.	1	1	2	1	0	1	3	3
25 - 34 a.	1	5	0	2	0	1	1	8
35 - 44 a.	2	2	0	3	0	0	2	5
45 - 54 a.	0	1	0	0	0	1	0	2
> - 55 a.	1	0	0	0	1	0	2	0
TOTAL	5	9	2	6	1	3	8	18
	14		8		4		26	

FUENTE: Boleta de recolección de datos de dermatología.

CUADRO No. 6

TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS CON VIH /SIDA EN LAS CLINICAS DE: INFECCIOSAS Y DERMATOLOGÍA DURANTE TRES MESES, CLASIFICADOS SEGÚN DIAGNOSTICO DERMATOLOGICO Y SEXO

Sexo.	F	M	TOTAL
Diagnostico dermatologico			
Onicomycosis	3	2	5
Condilomas acuminados	3	0	3
Papilomatosis.	0	3	3
Molusco contagioso	0	3	3
Dermatitis seborreica.	0	3	3
Neurodermatitis.	0	2	2
Candidiasis oral	0	2	2
Tumores malignos	1	1	2
Sarcoptiosis	0	2	2
Otros.	1	7	8
T O T A L.	8	25	33

FUENTE: Boleta de recolección de datos de dermatología.

CUADRO No. 7

TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS CON VIH/SIDA EN LAS CLINICAS DE: INFECCIOSAS Y DERMATOLOGÍA DURANTE TRES MESES, SEGÚN CRITERIO DEL ESTADO DE RENDIMIENTO, BASADO EN LA ESCALA DE KARNOSEKY, POR TIPO DE CONSULTA Y SEXO.

Tipo de cons.	P. consulta		Reconsulta.		T O T A L.	
Sexo.	F	M	F	M	F	M
E. de Karnosfky						
00 - 19 pts.	0	0	0	0	0	0
20 - 39 pts.	0	2	0	1	0	3
40 - 59 pts.	0	1	2	2	2	3
60 - 79 pts.	2	3	2	2	4	5
> - 80 pts.	1	3	1	4	2	7
TOTAL.	3	9	5	9	8	18
	12		14		26	

FUENTE: Boleta de recolección de datos de dermatología

XI ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Como podrá notarse, que del total de pacientes evaluados durante los tres meses el número asciende a 454 de ambos sexos, desde la edad de 15 años en adelante, incluyendo primeras consultas y reconsultas.

La razón por la que se ha dispuesto ordenar las edades según aparece en el cuadro, es debido a que no se logro detectar o en ningún momento consultó alguien que fuera menor de 15 años.

Durante el tiempo que duró el estudio se evaluaron 44 pacientes nuevos de ambos sexos y 410 reconsultas haciendo el total ya mencionado.

Como se puede ver, el sexo más afectado es el masculino casi con una relación de 2:1 o sea dicho en otras palabras, el porcentaje asciende a 61.4% y el sexo femenino el porcentaje es de 38.6%.

Cuando se habla de reconsultas, obviamente se incluyen a todos los pacientes que asisten hasta 3 veces a la clínica por mes, dependiendo de su estado o situación clínica, y además quienes más asisten a esas reconsultas son varones, quizá porque estos sean un poco más temerosos a los efectos de la enfermedad, por lo que son más cuidadosos y acatan todas las recomendaciones del medico.

En cuanto a las edades como es ya conocido y según se observa la edad mas afectada es la comprendida entre los 25 a 34 años, seguido de los que están entre los 15 a 24 años y así le siguen los de 35 a 44 años, esto se deba quizá a la actividad sexual de cada grupo etareo, el cual los hace propenso a contraer cualquier enfermedad de transmisión sexual.

CUADRO No.2

En cuanto al número de consultas por mes durante los tres meses, el número de pacientes que consultó no varia de un mes a otro, ya que si se observa el cuadro, la cantidad es casi constante por lo que se considera el tiempo no influye como para variar o afectar la asistencia de los pacientes a sus citas. Como ya se menciono anteriormente, lo que si no varia es la relación en cuanto a la consulta por sexo, el cual se mantiene siempre casi el doble de consultas masculinos con respecto a femeninos.

CUADRO No. 3

En este cuadro se trata de explicar la relación que guarda la enfermedad en cuanto al estado civil de los pacientes que asistieron o que fueron evaluados en la clínica.

Se puede observar que el estado civil más afectado es el grupo de solteros, seguido por el grupo de unidos, luego el grupo de viudos y finalmente los casados. Del total de pacientes evaluados (454), de ambos sexos el porcentaje más alto es de 71.1% (323) que corresponde a los solteros, seguido por los unidos con un 19.8% (90), luego el grupo de viudos con un porcentaje de 4.8% (22) y finalmente el grupo de casados con un porcentaje de 4.1% (19). Predominando siempre el sexo masculino como el más afectado.

Todo esto se deba quizás por lógica, primero, por la poca orientación que cada grupo tiene con respecto a la sexualidad, y por su misma condición del grupo a que pertenece según su estado civil, por lo que no es de extrañarse, que el grupo más afectado sea el de los solteros, con relación a los otros grupos como el caso de los casados, quienes aunque en menor porcentaje, también son afectados, pero debe de tomarse en cuenta que es el grupo de menor afección según el porcentaje presentado quizás esto se deba a que son conservadores de la fidelidad en sus relaciones.

CUADRO No. 4

Haciendo referencia del cuadro No. 1, del total de pacientes vistos en ambas clínicas, a quienes se les realizó evaluación dermatológica, y tenían serología positiva para VIH, o que presentaban síntomas de SIDA, de los 454 (100%), 26 casos (5.7%) presentaron lesiones de piel clínicamente significativas, y algunos que presentaban mas de una lesión.

De los 26 casos encontrados, casos dermatológicos, de ese total 8 corresponden al sexo femenino y 18 al sexo masculino; se evaluaron 12 primeras consultas, y 14 reconsultas.

En cuanto a las edades afectadas, el grupo que más presentó lesiones de piel es el de 25 a 34 años con 9 casos, seguido por el grupo de 35 a 44 años, con 7 casos, luego los de las edades de 15 a 24 con 6 casos y los otros grupos afectados en igual número.

La razón por la que es mayormente afectada el grupo masculino se puede atribuir a que tienen mayor actividad física, que las mujeres y por el mismo tipo de actividad a que se dedican; y también el grupo de edad, que es la edad de mayor productividad.

CUADRO No. 5

Este nos muestra la distribución por edad y sexo el tipo de dermatosis que presentaron los pacientes; localizada, diseminada y generalizada.

De los 26 pacientes evaluados con afección de piel, 14 presentó dermatosis localizada, 8 con dermatosis diseminada y el resto, 4 con dermatosis generalizada. Siempre predominando en el sexo masculino con una relación de casi el 2:1.

CUADRO No. 6

Las lesiones de piel y sus anexos más comunes, se presentan en este cuadro clasificados únicamente por sexo, y la frecuencia con que se presentaron estas, en orden de mayor a menor, encontrándose que fueron 33 casos de diagnostico; recalando, que hubo pacientes con mas de un diagnostico dermatológico.

El primer diagnostico encontrado fue la onicomycosis con 5 casos, luego, le siguió en su orden los condilomas acuminados, con 3 casos, seguido por la papilomatosis con igual número de casos. Y así cada caso fue disminuyendo: De todos estos casos, se registro que 25 correspondían al sexo masculino equivalente al 75.75% y el resto 8 casos con 24.25%.

Se registraron dos casos de tumores malignos, uno para cada sexo, uno de los cuales corresponde a un Sarcoma de Kaposi de un paciente masculino de 27; el otro caso es de una paciente femenina de 43 años con una neoplasia intraepitelial grado II en vulva y perine, ambos diagnosticados con biopsia, dichos pacientes fueron referidos a otras unidades para que se les brindara tratamiento especializado y agresivo. Estos 2 casos se presentan como lo describen las literaturas, esporádicos.

CUADRO No.7

Este cuadro nos muestra por edad, sexo y tipo de consulta, el criterio de rendimiento de los pacientes según la actividad física que cada cual desempeña basado en la escala de karnofsky el cual evalúa tanto la evolución clínica del paciente como sus actividades por los que se vale por sí mismo. Es una escala que va desde 0 hasta 100 puntos con una relación directamente proporcional, es decir a mayor actividad física que realiza un paciente y de valerse por si mismo para atender sus necesidades mayor puntaje, y a medida que disminuye el rendimiento físico, es menor el puntaje.

No hubo significativa diferencia entre un tipo de consulta y otro, del total de pacientes que fueron 26, pero la relación de afección entre un sexo y el otro siempre persiste predominando el masculino sobre femenino.

Aunque fueron pocos los pacientes con puntajes menores, sin embargo, a medida que el tiempo transcurra estos cada vez mas se deterioran y el puntaje irá disminuyendo, pero lo más importante es hacer notar, que la mayoría aún realiza la mayor parte de sus actividades diarias para sobrevivir.

XII CONCLUSIONES.

1.- El problema del VIH/SIDA como se puede ver, afecta a todas las edades, aunque predomina en jóvenes sexualmente activos de ambos sexos; así también el estado civil de los pacientes, podrá notarse que el grupo mas afectado es el de solteros abarcando así dos terceras partes del total de pacientes con relación a los otros grupos.

2.- El porcentaje de pacientes con lesiones de piel es de 5.7% de los 454 evaluados con VIH/SIDA, incluyendo masculinos y femeninos; sin embargo se puede notar que predomina la afección en el sexo masculino con una relación de 2:1.

3.- Es contado el número de casos de pacientes que presentaron lesiones de piel secundaria a los medicamentos tanto antiretrovirales, como antibioticos profilácticos.

4. - Las afecciones de la piel y sus anexos, son en su mayoría secundarias a agentes oportunistas y características de los pacientes que tienen o cursan con algún grado de inmunocompromiso, como la onicomicosis, papilomatosis y el molusco contagioso, el cual no es común en pacientes normales o sin sida.

5.- La mitad de los casos, corresponde a dermatosis localizada, y el resto para los otros tipos de dermatosis, diseminada y generalizada, con una distribución uniforme con relación a sexo, así también de edades.

XIII RECOMENDACIONES.

- 1.- Es importante que se dé especial atención a cada uno de estos pacientes, ya que dependiendo de los datos que se obtengan tanto del interrogatorio, como del examen físico, será también así efectivo el tratamiento, para solucionar el problema que presenten.
- 2.- Aun cuando el paciente no lo menciona debido a que para ellos no hay otro problema mas que el que les aqueja (VIH/SIDA), se debería de preguntar acerca de otras molestias como en este caso, los problemas de la piel, a manera de que estos no progresen, o que se trate de una enfermedad maligna, y luego sean difíciles de tratar.
- 3.- Agregar cada uno de los diagnósticos sean estos provisionales o definitivos o que estén en estudio, en la lista de problemas, y así se puede dar seguimiento a cada paciente y detectar cuantas veces presenta diferentes problemas o el mismo problema durante un determinado periodo.
- 4.- Es también importante y en lo mayor posible que sea dar apoyo a cada paciente, tanto moral, así como de una buena orientación (consejería) para que cada paciente se sienta como cualquier otro que asiste a cualquier otra clínica sin discriminación alguna, y que cumpla con las recomendaciones medicas.

XIV RESUMEN

El presente estudio, se llevó a cabo en las clínicas de enfermedades infecciosas y dermatología del Hospital Roosevelt; el proposito de la misma es relacionar, la frecuencia con que se presentan las afecciones dermatológicas en pacientes con VIH/SIDA. Dicho estudio tuvo una duración de tres meses, en el que se consideraron todos aquellos pacientes VIH seropositivos, o que presentaran algún síntoma inicial de SIDA, incluyendo únicamente aquellos que aceptaran ser parte del estudio, considerando para ello, el sexo, edad, estado civil así como el tipo de consulta.

El total de pacientes evaluados durante el periodo que duro el estudio, fue de 454, de los cuales el 61.4% (279) corresponden al sexo masculino y el 38.6 (175) al sexo femenino. De los 454 pacientes de ambos sexos, se encontró que 26 presentaron lesiones de piel de diferentes tipos y etiología, recalando que hubo pacientes que presentaron mas de un tipo de lesión o diagnostico dermatológico.

En este estudio se encontró que, el sexo mas afectado es el masculino, así como también el estado civil, el cual hay un predominio en el grupo de solteros. En cuanto al tipo de dermatosis, se encontró que es mas frecuente la localizada, seguido por la diseminada y luego la generalizada.

Los tipos de dermatosis muestran relación directa con la enfermedad de base, como también el agente etiologico, que en estos casos son oportunistas, como las micosis, y otros de tipo virales.

XV REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Blatt, SP; Hendrix, CW; Butzin, CA; et al. Delayed type sensitivity skin testing predicts progression to Aids in HIV infected patents. Ann inter Med. 1,993 August 1;119(3): 177-84
- 2.- Burns, MK; Cooper, KD: Cutaneous T-cell limphomas associated with HIV infection. J, Am. Acad. Dermatol. 1,993 Sep. 29(3): 394-9.
- 3.- Clark, JA; Margolis, DM. A cutaneous lesion in patients with Aids: an inusual presentation of ifection due to Mycobacterium avium complex: Clin ifect Dis. 1,993 Apr; 16(4): 555-7.
- 4.- Cockerell, CJ. Cutaneous manifestations of HIV infection other than Kaposi Sarcoma: Clinical and histologic aspects. J Am Acad Dermatol. 1,990 Jun; 22(6): 1260-9.
- 5.- Coopman, SA; et al. Cutaneous disease and drug reaction in HIV infection. N. Engl J Med. 1,993 Jun 10; 328(23): 1670-4
- 6.- Eidbo, J; Sanchez, RL; et al. Cutaneous manifestations of histoplasmosis in the adquired immune deficiency syndrome. Am J Surg Pathol. 1,993 Feb. 17(2): 110-6
- 7.- Fasrber; EM; Nall, L. Psoriasis associated with human immunodeficiency virus/adquired immunodeficiency syndrome. Cutis. 1,993 Jul; 52(1): 29-35.
- 8.- Ficarra, G; Zaragoza, AM; et al. Early oral presentation of lues maligna in a patient with HIV infection. A case report. Oral surg, Oral med, Oral pathol. 1,993 Jun; 75(6): 728-32.
- 9.- Gurtler, LG; et al. HIV transmission by needly stick and eczematous lesion, three cases from Germany. Infection 1,993 Jan-Feb.

- 10.- Haverkos, HW; et al. The changing incidence of kaposi's Sarcoma among patient with Aids. J: Am Acad Dermatol, 1,990 Jun; 22(6) 1250-2
- 11.- Helton, J; Loveless, M; et al. Cutaneous acantamoeba infection associated with leucosytoclastic vasculitis in an Aids patient. Am J Dermatol. 1,993 Apr; 15(2): 146-9.
- 12.- Hoover, DR; Bladk, C; et al. Epidemiologic analysis of kaposi's Sarcoma as an Early an later Aids outcome in homosexual men. Am J Epidemiol. 1,993 Aug. 15; 138(4):266-78.
- 13.- Johnsoton, WH; Holland, GN; et al. Recurrence of presumed varicella zoster virus retinopathy in patient with adquired immunodeficiency syndrome. Am J Ophthal. 1,993; Jul 15; 116(1): 42-50
- 14.- Myskowsky, PL; Straus, DJ; et al. Lymphoma and other HIV associated malignancies. J Am Acad Dermatol. 1,990 Jun; 22(6): 1253-59
- 15.- Orkin, M; Scabie in Aids. Semin Dermatol. 1,993 Mar; 12(1): 9-14.
- 16.- Resnick, L; et al. Oral hairy leukoplaquia. J Am Acad Dermatol. 1,990 Jun; 22(6): 1278-81
- 17.- Sadick, NS; Scott, N; et al. Papulosquamous dermatoses of Aids. J Am Acad Dermatol. 1,990 Jun; 22(6): 1270-77.
- 18.- Teira, R; López. I, et al. [(Bacillary epitelioid) angiomatosis with a nodular presentation an self limited evolution]. Med Clin Barc. 1,993 Jun. 12; 101(3): 102-4.
- 19.- Ramonda, Sergio: Histoplasmosis cutánea diseminada en pacientes con SIDA. Arch. Argent. Dermatol. 1,996; May, Jun 46: 219-224.

20. - Sandra E. Zaccari; Lesiones moluscoides en pacientes con SIDA. Arch. Argent. Dermatol. 1,996; Sep. Oct. 46: 267-272
21. - Fernández B. Ramón. Hiperpigmentación cutáneo mucosa en pacientes VIH positivos. Arch. Argent. Dermatol; 1,996, Nov. Dic. 46: 117-121.
22. - OPS: Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH; Enfermedades cutáneas relacionadas con VIH. 1,994 Enero, Cap. 9.
23. - Tumax Díaz, Lidia L. Dermatosis infecciosa en pacientes diabeticos; Tesis de medico y cirujano. Facultad de Ciencias Medicas USAC; Julio de 1,995 pg 38
24. - Cruz Armas, Ana R. Manifestaciones cutáneas más frecuentes en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica; Tesis de medico y cirujano Facultad de Ciencias Medicas USAC, Mayo de 1,995 pg 1, 14, 32, 33.
25. - Arenas, Dr. Roberto; Dermatología Atlas, Diagnostico y Tratamiento: 2da. Edición, Editorial McGraw Hill-Interamericana, 1,996.

XVI ANEXO

ESCALA DE KARNOFSKY CRITERIOS DEL ESTADO DE RENDIMIENTO.

Puede desempeñar una actividad normal; 100 Normal; no hay molestias; no
No se requiere cuidado especial. hay datos de enfermedad

90 Puede desempeñar una activi-
dad que es normal; signos o-
síntomas menores de
enfermedad.

80 Desempeña actividades
normales con esfuerzo;
algunos signos o síntomas de
enfermedad.

No puede trabajar; puede vivir en casa
y atender la mayor parte de necesidades
personales; se requiere un grado variable
de asistencia.

70 Cuida de sí mismo; no puede
desempeñar actividades
normales ni efectuar trabajo
activo.

60 Requiere asistencia
ocasional, pero puede
atender la mayor parte de
sus necesidades.

50 Requiere considerable
asistencia y cuidado médico
frecuente.

No puede cuidar de sí mismo; requiere
el equivalente de atención institucional
o intrahospitalaria; la enfermedad puede
estar en progreso rápido.

40 Hay minusvalidez; requiere
cuidado y asistencia especial
30 La minusvalidez es intensa;
está indicada la hospitaliza-
ción, aunque la muerte no
es inminente.

20 Está muy grave; requiere
hospitalización, se precisa
tratamiento de sostén
activo

10 Está moribundo;
los procesos letales están
en rápido empeoramiento.

0 Muerte.

FICHA CLINICA.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE PACIENTES CON AFECCION DERMATOLOGICA Y
VIH/SIDA.

DATOS GENERALES: PUNTAJE DE KARNOSFKY _____

SEXO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

OCUPACION: _____ ORIGINARIO: _____

RESIDENCIA: _____ FECHA: _____

FECHA DE DIAGNOSTICO _____

ENFERMEDAD OPORTUNISTA _____

HISTORIA
DERMATOLOGICA _____

ANTECEDENTES _____

EXAMEN FISICO

TALLA: _____ MTS. _____ CMS. PESO: LBS _____ KGS _____

PREFERENCIA SEXUAL: _____

EXAMEN DERMATOLOGICO

TOPOGRAFIA: _____
LOCALIZACION: _____
PREDOMINIO: _____
ASIMETRIA: _____
SIMETRIA: _____
TENDENCIA A LA SIMETRIA: _____

MORFOLOGIA:

NUMERO: _____
AGRUPACION: _____
FORMA: _____
TAMAÑO: _____
AREA: _____
LIMITES O BORDES: _____
INTENSIDAD: _____
ASPECTO EVOLUTIVO: _____
COSISTENCIA: _____
EVOLUCION: _____

ANEXOS:

UÑAS: _____
PELO: _____
MUCOSA: _____

IMPRESIÓN CLINICA

FOTO: SÍ _____ NO _____ AREA TOMADA _____

LABORATORIOS:
HEMATOLOGIA; RGB _____ HG _____ HT _____ V/S _____
RECuento DE LINFOCITOS _____ Y CD4 _____

PRUEBAS CUTANEAS:

PROTES GRAM: _____
KOH: _____
GIEMSA: _____
BIOPSIAS: _____
CULTIVO DE TEJIDOS: _____

OBSERVACIONES: _____

DIAGNOSTICO FINAL: _____