



Caracterización de las afecciones cutáneas en pacientes con VIH

Characterization of skin conditions in patients with HIV

Yenisey Román-Manrique^{1*}  <https://orcid.org/0000-0003-3071-9879>

Jenny Soler-Borges¹  <https://orcid.org/0000-0002-2094-6747>

Lauren Flavia Otero-Ortega¹  <https://orcid.org/0000-0002-2052-7032>

Cristy Darias-Domínguez¹  <https://orcid.org/0000-0001-5529-4999>

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

* Autora para la correspondencia: yeniseyroman@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades de la piel son una complicación frecuente durante el curso de la infección por VIH. Se presentan en más del 90 % de los casos, y a menudo son la primera manifestación de la enfermedad y constituyen un marcador de progresión.

Objetivo: Caracterizar las afecciones cutáneas en pacientes con VIH.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, en el período de junio a diciembre de 2024, en el municipio de Unión de Reyes, de la provincia de Matanzas. El universo estuvo constituido por los pacientes con diagnóstico de VIH que asistieron a la consulta de Dermatología. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, conteo de CD4 y tipo de dermatosis. Los datos se procesaron utilizando el paquete estadístico SPSS.



Resultados: Se consultaron un total de 30 pacientes; el grupo de edad más identificado fue el de 30 a 49 años (53,4 %); el 66,7 % perteneció al sexo masculino; 76,7 % presentó niveles normales de conteo de CD4. De los pacientes del estudio, al 73,3 % se le diagnosticó dermatosis; prevalecieron las de etiología micótica. La enfermedad que predominó fue la tiña ungueal, en el 90,9 %; las menos diagnosticadas fueron la pitiriasis versicolor y el herpes zóster, con 9,1 %.

Conclusiones: Las afecciones cutáneas en pacientes con VIH son causa de alta morbilidad. El seguimiento y control por parte de los dermatólogos favorece la vigilancia para un diagnóstico oportuno y una conducta terapéutica adecuada.

Palabras clave: dermatosis, VIH, manifestaciones cutáneas.

ABSTRACT

Introduction: Skin diseases are a frequent complication during the course of HIV infection. They occur in more than 90% of cases, and are often the first manifestation of the disease and constitute a marker of progression.

Objective: To characterize skin conditions in patients with HIV.

Methods: A cross-sectional, descriptive, observational study was carried out from June to December 2024 in the municipality of Unión de Reyes, province of Matanzas. The universe consisted of patients diagnosed with HIV who attended the Dermatology consultation. The variables used were: age, sex, CD4 count and type of dermatosis. Data were processed using the SPSS statistical package.

Results: A total of 30 patients were consulted; the most identified age group was 30 to 49 years (53.4%). 66.7% were male. 76.7% had normal CD4 count levels. Of the patients in the study, 73.3% were diagnosed with dermatosis; those of fungal etiology prevailed. The predominant disease was tinea unguium, at 90.9%; the least diagnosed were pityriasis versicolor and herpes zoster, at 9.1%.

Conclusions: Skin conditions in patients with HIV are a cause of high morbidity. Monitoring and control by dermatologists facilitates surveillance for timely diagnosis and appropriate therapeutic management.

Key words: dermatosis, HIV, skin manifestations.

Recibido: 07/02/2025.

Aceptado: 29/04/2025.



INTRODUCCIÓN

El VIH es un problema de salud pública, con una prevalencia de 1,2 % a nivel mundial; es más alta en África, con 9,0 %. La Organización Mundial de la Salud, a finales de 2022, reportó 39,0 millones de personas enfermas; además, 1,3 millones se contagiaron y 630 000 pacientes fallecieron producto de complicaciones relacionadas con el sida. En América Latina, la prevalencia ha incrementado en 4,7 % de 2010 a 2021.⁽¹⁾ En 2020 se diagnosticaron 14 971 casos en Europa.⁽²⁾

Las afecciones cutáneas, desde que se iniciaron los estudios sobre el VIH, han sido uno de los marcadores en el diagnóstico de la enfermedad, y a menudo constituyen la primera manifestación clínica. Es un indicador de la evolución natural, progresión, de mal pronóstico y mortalidad, tanto a corto como a largo plazo.^(3,4) Se estima que entre el 40 y el 95 % de estos pacientes desarrollan algún tipo de manifestación cutánea.⁽⁵⁾

El sistema inmune de la piel en los pacientes infectados por VIH presenta una marcada disminución del número y función de las células de Langerhans, linfocitos TCD4, células natural killer, macrófagos y monocitos. Como consecuencia, la piel se vuelve vulnerable a numerosos agentes infecciosos oportunistas, y proclive al desarrollo de neoplasias. Las manifestaciones dermatológicas no ocurren solo por el descenso de los linfocitos TCD4, que en muchos casos se mantienen en niveles normales, sino también debido a un cambio en el perfil de citoquinas hacia un perfil con predominio de T helper 2, la sobreexpresión de superantígenos/xenobióticos y mimetismo molecular.⁽⁵⁾

Las variantes de dermatosis son amplias y van desde lesiones leves, como las dermatitis, hasta las graves, como el sarcoma de Kaposi, a lo cual se suman las reacciones adversas asociadas al tratamiento con antirretrovirales.

Constituye una complicación la aparición de manifestaciones cutáneas que impactan de forma negativa la calidad de vida de estos pacientes.⁽³⁾ Tienen repercusiones sobre la imagen corporal y la autoestima. Afectan en mayor o menor grado las relaciones sociales y su calidad de vida. Por esta razón, se debe realizar un diagnóstico temprano y preciso de la etiología, para asumir una conducta terapéutica adecuada.

El papel del dermatólogo ha sido esencial, dado que estas alteraciones pueden ser la expresión inicial o la única de la infección viral. Se realizó la presente investigación con el objetivo de caracterizar las afecciones cutáneas en pacientes con VIH.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el período de junio a diciembre de 2024, en el municipio de Unión de Reyes, de la provincia de Matanzas. El universo estuvo constituido por todos los pacientes con diagnóstico de VIH que asistieron a la consulta de dermatología.

Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, conteo de CD4, etiología de la dermatosis y diagnóstico de la misma, y se plasmaron en una planilla de recolección de datos.



Se confeccionaron tablas estadísticas, donde se presentaron las distribuciones de frecuencias de las variables definidas en el estudio. Los datos se procesaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20. Para realizar la investigación, se tuvieron presente los aspectos éticos y la confidencialidad, y se respetó la identidad de los pacientes.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes según grupo etario y sexo. El rango de edad más identificado fue el de 30 a 49 años (53,4 %). El sexo predominante fue el masculino, con 66,7 %.

Tabla 1. Distribución de pacientes, según grupo etario y sexo

Grupo etario	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
19-29	2	6,7	2	6,7	4	13,3
30-39	3	10	5	16,7	8	26,7
40-49	2	6,7	6	20	8	26,7
50-59	1	3,3	5	16,7	6	20
60 y más	2	6,7	2	6,7	4	13,3
Total	10	33,3	20	66,7	30	100

Se evidencia en la tabla 2 la distribución de los pacientes, según recuento de CD4 y presencia de dermatosis. El 76,7 % presentó niveles normales de conteo de CD4. De los pacientes del estudio, al 73,3 % se le diagnosticaron dermatosis.



Tabla 2. Distribución de los pacientes, según recuento de CD4 y presencia de dermatosis

Recuento de CD4	Dermatosis				Total	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
Normal	16	53,3	7	23,3	23	76,7
Menor de 500	6	20	1	3,3	7	23,3
Total	22	73,3	8	26,7	30	100

En relación con la distribución de los pacientes, según etiología de la dermatosis, se observa en la tabla 3 que las prevalentes fueron las de origen micótico, con 45,4 %, y las menos representadas fueron las parasitarias e inflamatorias, con 9,1 %, sin diferencias entre ellas.

Tabla 3. Distribución de los pacientes, según etiología de la dermatosis

Dermatosis	Total	
	No.	%
Bacterianas	2	18,2
Micóticas	5	45,4
Virales	2	18,2
Parasitarias	1	9,1
Inflamatorias	1	9,1
Total	11	100

Se relacionó en la tabla 4 la distribución de pacientes según diagnóstico de la dermatosis y sexo. Las enfermedades que predominaron fueron la tiña ungueal (90,9 %), seguido por la dermatitis seborreica (68,2 %), la tiña pedis (63,6 %) y los condilomas acuminados (59,1 %). Mientras las menos diagnosticadas fueron la pitiriasis versicolor y el herpes zóster, con 9,1 % para cada una. El sexo masculino prevaleció en las entidades más representadas.



Tabla 4. Distribución de pacientes según diagnóstico de la dermatosis y sexo

Diagnóstico de la dermatosis	Sexo				Total n = 22	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Tiña ungueal	6	27,3	14	63,6	20	90,9
Tiña pedis	4	18,2	10	45,5	14	63,6
Tiña crural	2	9,1	2	9,1	4	18,2
Candidiasis	5	22,7	2	9,1	7	31,8
Pitiriasis versicolor	1	4,5	1	4,5	2	9,1
Dermatitis seborreica	7	31,8	8	36,4	15	68,2
Herpes zóster	1	4,5	1	4,5	2	9,1
Sífilis	1	4,5	2	9,1	3	13,6
Condiloma acuminado	4	18,2	9	40,9	13	59,1
Piodermitis	4	18,2	7	31,8	11	50
Dermatitis de contacto	5	22,7	3	13,6	8	36,4
Escabiosis	3	13,6	2	9,1	5	22,7

DISCUSIÓN

En pacientes inmunodeprimidos, las dermatosis son causa de alta morbilidad. En Latinoamérica, según datos de la Organización Panamericana de la Salud, hay cerca de 2,4 millones de personas que viven con VIH. La distribución por sexo en la región se encuentra en un 80 % en pacientes masculinos y en 20 % en femeninos.^(6,7)

La presente investigación obtuvo un predominio del sexo masculino con 66,7 %; datos que se encuentran en concordancia con estadísticas internacionales; aun cuando el universo es menos significativo, muestra una regularidad destacable en tanto se expresa similar tendencia.

Similares resultados fueron encontrados por Reyes Mediaceja et al.,⁽⁸⁾ en estudio realizado en Cuba en 2023 sobre las características sociodemográficas y epidemiológicas de pacientes con inicio clínico de sida en Santiago de Cuba, donde prevaleció el sexo masculino con 91,9 %. Otros autores, como De Sousa et al.,⁽²⁾ en 2024, obtuvieron un predominio del sexo masculino (88,8 %). En 2021, Tamayo-Buendía et al.,⁽⁹⁾ en su estudio observacional, describen las manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH en Bogotá, en el Hospital San Ignacio, entre abril de 2019 y febrero de 2020. En total evaluaron 168 pacientes, de los cuales el 88 % eran hombres entre 40 y 50 años.



García-Hernández et al.⁽¹⁰⁾ afirman que en el estado de Jalisco, México, la prevalencia de pacientes que viven con VIH es más frecuente en los varones (relación hombre:mujer, 6:1). Estudios de casos y controles desarrollados por Huamán et al.⁽¹¹⁾ y por Castro Castillo⁽¹²⁾ en pacientes VIH identificaron que el sexo masculino fue el más predominante.

Otro dato recogido en la tabla 1 fue el rango de edad; el más identificado fue el de 30 a 49 años (53,4 %). Coinciden con lo anterior investigadores como Cortés López et al.⁽¹³⁾ al evaluar la onicomosis en pacientes con VIH, quienes encontraron una edad media de presentación de 39,1 años. Asimismo, Hernández Febles et al.⁽¹⁴⁾ encontraron como edad media 39,2 años.

Difiere Villanueva-Palomino,⁽¹⁾ en el estudio realizado en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, en Huancayo, acerca de la prevalencia y sobre la diferencia de los factores de riesgos asociados a coinfección VIH-sífilis, donde encontró que la mayoría de los pacientes coinfectados eran jóvenes de 18 a 34 años (27,9 %).

En la tabla 2 se muestra que el 76,7 % presentó niveles normales de conteo de CD4 y al 73,3 % se le diagnosticó dermatosis.

Se realizó una exhaustiva revisión por los autores, y no se encontraron estudios que guarden similitud al actual, donde más de la mitad de los pacientes presentaron alguna entidad nosológica, a pesar de mantener niveles normales de linfocitos TCD4, las cuales se pueden clasificar como leves, ya que mientras menor sea el recuento celular, mayor es el riesgo de desarrollar complicaciones.

Esto está relacionado con el tratamiento adecuado y protocolizado que el gobierno cubano le garantiza de forma gratuita a estos pacientes, el cual es controlado por el personal de salud; además del seguimiento adecuado y mantenido a estos enfermos de riesgo. También se debe señalar que todos los pacientes del estudio presentaban el diagnóstico de años de evolución, con terapia antirretroviral, por lo que mantenían la mayoría estabilidad de su enfermedad.

En discrepancia con los resultados obtenidos, Pérez-Matute⁽³⁾ reportó que las manifestaciones cutáneas de los pacientes infectados por VIH aparecen hasta en 94 % de los casos, relacionándolos con recuento bajo de CD4. Pumarejo Martínez et al.⁽⁵⁾ afirman en su estudio que el recuento bajo de CD4 es el primer factor relacionado con el desarrollo de manifestaciones dermatológicas con predominio de dermatosis de origen infeccioso.

Otros reportes, como el de Santamaría et al.,⁽¹⁵⁾ en 2019, encontraron asociación estadística significativa entre la prevalencia de dermatosis y el conteo de linfocitos TCD4. De un total de 544 pacientes, obtuvieron un mayor número en el grupo de 200-499 cel/ μ L, con 250 casos, seguido por un conteo < 200 cel/ μ L de 164 enfermos, y el de > 500 cel/ μ L solo estuvo presente en 130. Purizaga Moya,⁽¹⁶⁾ de la Universidad Privada Antenor Orrego, en su tesis "Dermatosis en pacientes con VIH y su correlación con la cantidad de CD4 en el Servicio de Dermatología del Hospital Belén de Trujillo en el 2022", encontró asociación significativa entre el recuento de CD4 y la presencia de



dermatosis ($p < 0,0011$). Solo con un recuento normal el 7,7 % presentaron dermatosis y un recuento < 200 prevaleció en el 92,3 %.

En la actualidad existen diversas clasificaciones relacionadas con la presencia de dermatosis en los pacientes VIH. Pérez-Matute,⁽³⁾ en su artículo ya mencionado, la divide en dos grandes grupos: primarias, aquellas que son secundarias a la infección y son, por lo tanto, una manifestación clínica del virus, y las secundarias, causadas por gérmenes oportunistas como consecuencia de la disminución marcada del recuento de linfocitos.

También pueden clasificarse en infecciosas, producidas por bacterias, virus, hongos y parásitos, y no infecciosas, de tipo inflamatorio, asociadas a terapia antirretroviral y neoplásicas.⁽³⁾

En relación con la distribución de los pacientes, según etiología de la dermatosis, se observa en la tabla 3 que las prevalentes fueron de origen micótico, con 45,4 %.

Resultados similares fueron encontrados en el estudio "Infecciones mucocutáneas en pacientes con VIH/SIDA", de Aldama et al.,⁽¹⁷⁾ donde se examinaron 100 pacientes: 37 presentaron infecciones mucocutáneas y predominaron las lesiones micóticas en un 53 %. También Gangavaram, et al.,⁽¹⁸⁾ en "A Study of Sexually Transmitted Diseases and Dermatological Manifestations in Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients", realizado en la India, encontraron que la mayoría de las infecciones fueron de tipo fúngica, con un 55,2 %.

Otra coincidencia fue en el año 2021, en el ya referido estudio de Tamayo-Buendía et al.,⁽⁹⁾ donde predominaron las dermatosis infecciosas en un 48,3 %.

Discrepan en cuanto a esta variable otros investigadores como Pumarejo Martínez et al.,⁽⁵⁾ en 2023, en su artículo "Manifestaciones dermatológicas del VIH en adultos y niños", donde reportaron un aumento en la frecuencia de las infecciones de etiología viral y bacteriana. También Purizaga Moya⁽¹⁶⁾ obtuvo un predominio de las infecciones bacterianas, con 51,9 %, y vírica, con 26,9 %. A su vez, Gallo Echeverri et al.⁽¹⁹⁾ obtuvieron que de cada 10 pacientes, 9 presentaban al menos una dermatosis, y el 73,2 % presentaba alguna no infecciosa que fueron las predominantes.

La etiología de las dermatosis en pacientes con VIH/sida es multifactorial. Se relacionó en la tabla 4 la distribución de pacientes según diagnóstico de la dermatosis y el sexo. Las enfermedades que predominaron fueron la tiña ungueal (90,9 %), seguido por la dermatitis seborreica (68,2 %), la tiña pedis (63,6 %) y los condilomas acuminados (59,1 %).

Coinciden con lo anterior, Gallo Echeverri et al.,⁽¹⁹⁾ en estudio ya mencionado, que obtuvieron una representación de la etiología infecciosa en un 68,3 %. Las enfermedades de mayor predominio fueron la tiña pedis (37 %), los condilomas anogenitales (25 %) y la onicomycosis (19 %).

Los pacientes inmunodeprimidos tienen una mayor predisposición a las infecciones fúngicas —la tiña ungueal es frecuente—; ante la presencia de onicomycosis blanca



superficial, es fundamental sospechar esta condición. La presentación clínica en estos pacientes es más florida: presentan un mayor número de uñas involucradas, la evolución es más rápida y el curso de la enfermedad es más prolongado.⁽¹³⁾ Los hallazgos dermatoscópicos permiten identificar signos o estructuras necesarias para un diagnóstico de certeza. Comprenden bordes proximales dentados, estrías longitudinales, patrón en ruinas y signo de aurora boreal, el cual tiene la mayor sensibilidad y especificidad.^(13,20) En el presente estudio, la localización más común fue a nivel de las uñas de los pies.

Otra entidad a tener en cuenta es la dermatitis seborreica. De acuerdo a los estudios disponibles, se sabe que es causada por el hongo *Malassezia furfur*. Esta enfermedad está presente en 2 al 4 % de la población, pero en los pacientes inmunodeprimidos la incidencia es mayor, presentándose en el 85 %.^(3,6)

Coinciden Perales-Martínez et al.,⁽⁴⁾ donde afirman que la dermatitis seborreica es la enfermedad cutánea primaria inflamatoria más común en los pacientes que viven con infección por VIH, que representa hasta el 40 % de los casos.

El artículo de Rodríguez-Y-Silva et al.⁽²¹⁾ sobre *Malassezia*, plantea que la prevalencia en pacientes con VIH es de 20 a 83 %, e incluso puede ser un indicador temprano de VIH/sida.

Otras entidades micóticas encontradas son descritas por Paz-Luna et al.⁽²²⁾ en 2024, por ejemplo, la coccidioidomicosis cutánea primaria, que es poco frecuente. Se adquiere por inoculación directa del hongo, donde la piel se ha identificado como un blanco importante de la enfermedad; su incidencia en personas inmunosuprimidas es del 30 al 50 %.

Entre las enfermedades bacterianas diagnosticadas en la presente investigación, la piodermatitis estuvieron representadas en un 50 % y la sífilis en 13,6 %. Pumarejo Martínez et al.⁽⁵⁾ coinciden que entre las manifestaciones infecciosas bacterianas más frecuentes están la sífilis y las infecciones de partes blandas.

Villanueva-Palomino⁽¹⁾ demostró la asociación del no uso del método de barrera como un factor de riesgo para la adquisición de coinfección VIH-sífilis, así como el incremento de la probabilidad de coinfección en 3,4 veces, en comparación de aquellos pacientes que no presentan esta condicionante de riesgo.

De Sousaa et al.,⁽²⁾ en resultados ya mencionados, demostraron que el diagnóstico concomitante más frecuente en pacientes diagnosticados con VIH en las unidades de dermatología fue la sífilis, con una tasa de incidencia de 81,8 %; cifras superiores a las encontradas en la investigación actual.

Los virus son los principales agentes causantes de infecciones oportunistas en pacientes seropositivos, bien por activación de la infección subclínica (VPH, poxvirus) o por reactivación de infecciones latentes producidas por los virus de herpes simple tipo 1 y tipo 2, varicela zóster, Epstein-Barr, citomegalovirus y el virus herpes humano tipo 8.⁽³⁾



El herpes zóster prevaleció en los pacientes en un 9,1 %, una de las enfermedades menos diagnosticadas en el momento de la consulta, pero se debe resaltar que un 25 % de los pacientes refirieron antecedentes de haber padecido esta entidad con anterioridad.

En el artículo realizado por Mina-Ortiz et al.,⁽⁷⁾ en 2024, demuestran la asociación entre herpes y VIH en muchos estudios revisados, y afirman la elevada exacerbación de la frecuencia de herpes en más del 70 %.

Los condilomas acuminados son otra entidad de variada prevalencia; los resultados de de Sousaa et al.⁽²⁾ mostraron un predominio de 8,2 % en localización genital/perianal. Tamayo-Buendía et al.⁽⁹⁾ plantean que los diagnosticados en su investigación solo fueron en pacientes con un conteo de < 200 linfocitos CD4+/mm3.

En la literatura consultada, las dermatosis de origen inflamatorio se presentan en los pacientes inmunodeprimidos, pero en menor proporción que en las de origen infeccioso. Las dermatitis de contacto predominaron en la investigación en un 36,4 %.

Perales-Martínez et al.⁽⁴⁾ encontraron la psoriasis asociada a VIH en 2 a 3 % de los pacientes seropositivos, y los fenotipos más observados fueron la variedad guttata, inversa y eritrodérmica.

Se concluye que las afecciones cutáneas en pacientes con VIH son causa de alta morbilidad. El seguimiento y control por parte de los dermatólogos favorece la vigilancia para un diagnóstico oportuno y una conducta terapéutica adecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villanueva-Palomino MG. Factores de riesgo asociados a coinfección de VIH-sífilis en pacientes residentes de elevada altitud [tesis en Internet]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2023 [citado 11/12/2024]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/6459?show=full&locale-attribute=en>
2. De Sousaa D, Garrido P, Nunes D, et al. Diez años de diagnóstico de VIH en un Departamento de Dermatología y Venereología: un estudio retrospectivo sobre características demográficas, clínicas y de laboratorio. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2024 [citado 22/11/2024];115:T592-5. Disponible en: <https://www.apunts.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S0001731024003570>
3. Perez-Matute NA. Dermatosis en pacientes con VIH/Sida [tesis en Internet]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2020 [citado 14/12/2024]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/a0fbca65-fdf6-4f67-96a2-41587fb2252e>



4. Perales-Martínez DE, De la Torre-Barrios H, Cano-Aguilar LE, et al. Principales dermatosis primarias asociadas a pacientes con VIH. *Enf Inf Microbiol* [Internet]. 2019 [citado 15/12/2024];39(3):103-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92256>
5. Pumarejo Martínez MJ, López Petro K, Bolaños Lamilla DM, et al. Manifestaciones Dermatológicas del VIH en Adultos y Niños. *Cienc Lat* [Internet]. 2023 [citado 24/12/2024];7(5):1086-102. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7787>
6. Merino-Ruisanchez A, Arenas R, Fernández-Martínez R, et al. Frecuencia de *Malassezia* spp en pacientes con VIH/SIDA con dermatitis seborreica en la piel cabelluda. *Med Int Méx* [Internet]. 2021 [citado 13/01/2025];37(2). Disponible en: <https://medicinainterna.org.mx/article/frecuencia-de-malassezia-spp-en-pacientes-con-vih-sida-con-dermatitis-seborreica-en-la-piel-cabelluda/>
7. Mina-Ortiz JB, Calero-Sarango MJ, Cedeño-Arteaga UJ, et al. Herpes tipo II en pacientes diagnosticados con VIH en América Latina. *RIECS* [Internet]. 2024 [citado 14/12/2024];3(1):44-60. Disponible en: <https://revistas.unesum.edu.ec/salud/index.php/revista/article/view/43>
8. Reyes-Mediaceja R, Hernández-Magdariaga A, Hierrezuelo-Rojas N, et al. Características sociodemográficas y epidemiológicas de pacientes con inicio clínico de sida en Santiago de Cuba. *MEDISAN* [Internet]. 2023 [citado 14/01/2025];27(6):e4751. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368476358009/368476358009.pdf>
9. Tamayo-Buendía M, Chaparro-Reyes D, Charry-Anzola LP, et al. Hallazgos en piel en pacientes con infección por VIH en Bogotá. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2021 [citado 26/12/2024];23(6). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642021000600007&script=sci_arttext
10. García-Hernández A, García-Valdés L, García-Ramírez LI, et al. Frecuencia de eritrasma interdigital en personas con VIH y revisión de literatura. *Dermat Cosmet Méd* [Internet]. 2023 [citado 18/01/2025];21(4):292-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=114070>
11. Huamán García M, Pereira Victorio CJ, Valladares Garrido D, et al. Factores asociados a la coinfección VIH-sífilis. *Rev Cubana Med Milit* [Internet]. 2022 [citado 26/12/2024];51(3):e02201971. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1971>
12. Castro-Castillo KM. Asociación entre características de comportamiento de riesgo y infección VIH-sífilis en un hospital público de Piura, 2015-2017 [tesis en Internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020 [citado 13/12/2024]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPAO_71103cfa1d46dd9c9013f301fb64cb_bb



13. Cortés-López P, Moreno-Coutiño G, Vega-Sánchez D, et al. Onicomicosis en pacientes con VIH: estudio de 167 casos. *Med Cutan Iber Lat Am* [Internet]. 2024 [citado 27/01/2025];52(2):46-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9749507>
14. Hernández-Febles M, Lagarejos E, Cárdenes-Santana MA, et al. Oportunidades perdidas de diagnóstico de la infección por el VIH en pacientes con diagnóstico tardío en el entorno hospitalario (2015-2021). *Rev Esp Urg Emerg* [Internet]. 2023 [citado 18/12/2024];2:65-9. Disponible en: <https://www.reue.org/wp-content/uploads/2023/03/65-69-1.pdf>
15. Santamaría-Burgos CG, Oliva-Torres CE, Molina-Quimbata JX, et al. Manifestaciones dermatológicas en pacientes VIH/SIDA acorde a la cuantificación de CD4 y carga viral. *Med Cutan Ibero Lat Am* [Internet]. 2019 [citado 13/01/2025];47(3):194-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91757>
16. Purizaga-Moya LA. Dermatitis en pacientes con VIH y su correlación con la cantidad de CD4 en el Servicio de Dermatología del Hospital Belén de Trujillo [tesis en Internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [citado 22/12/2024]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/9618>
17. Aldama Negrete JG, Aldama Negrete F, Aldama Caballero AB. Infecciones mucocutáneas en pacientes con VIH/SIDA. *Rev virtual Soc Parag Med Int* [Internet]. 2020 [citado 11/12/2024];7(2):48-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8659069>
18. Gangavaram DR, Babu AR, Prasad AM. A Study of Sexually Transmitted Diseases and Dermatological Manifestations in Human Immunodeficiency Virus - Infected Patients. *Clin Dermatol Rev* [Internet]. 2022 [citado 16/01/2025];6(1):10-4. Disponible en: https://journals.lww.com/cddr/fulltext/2022/06010/A_Study_of_Sexually_Transmitted_Diseases_and.3.aspx
19. Gallo-Echeverri S, Caraballo-Cordovez C, Hoyos Zuluaga AM, et al. Enfermedades dermatológicas de pacientes en seguimiento ambulatorio por VIH en Manizales, Colombia. *Rev asoc colomb dermatol cir dermatol* [Internet]. 2020 [citado 26/12/2024];28(2):122-37. Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1516?time=1710029222?time=1716855031>
20. Litaiem N, Mnif E, Zeglaoui F. Dermoscopy of onychomycosis: a systematic review. *Dermatol Pract Concept* [Internet]. 2023 [citado 12/01/2025];13(1):e2023072. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9946122/>
21. Rodríguez-Y-Silva M, Padilla-Desgarenes MC. Dermatitis seborreica facial y de la piel cabelluda: su relación con el género *Malassezia*. *Rev Cent Dermatol Pascua* [Internet]. 2023 [citado 14/12/2024];23(2):41-54. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=115492>



22. Paz-Luna DE, Chamba-Pineda DO, Vázquez-Hernández F, et al. Coccidioidomicosis cutánea primaria en un paciente con VIH. *Dermatol Rev Mex [Internet]*. 2024 [citado 27/12/2024];68(5). Disponible en: <https://revisiorporpares.com/index.php/Derma/article/view/10053>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Yenisey Román-Manrique: conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización y redacción.

Jenny Soler-Borges: investigación, metodología y redacción.

Lauren Flavia Otero-Ortega: investigación, redacción y revisión.

Cristy Darias-Domínguez: redacción y revisión.

Editor responsable: Silvio Soler-Cárdenas.

CÓMO CITAR EL ARTÍCULO

Román-Manrique Y, Soler-Borges J, Otero-Ortega LF, Darias-Domínguez C. Caracterización de las afecciones cutáneas en pacientes con VIH. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2025 [citado: fecha de acceso];47:e6404. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6404/6251>

