

ARTIGO ORIGINAL

Manifestações dermatológicas em pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana

Vanessa Santos Cunha¹, Jorge José de Souza Filho¹, Antônio Fernando Barreto de Miranda¹,
Magali Chaves Luiz¹.

Resumo

Objetivo: Determinar a presença e a frequência de manifestações dermatológicas em pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e correlacionar com variáveis de identificação, tipo de exposição, imunidade, carga viral, uso de antirretroviral, diagnóstico de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e a fase de evolução da infecção. **Método:** Foram avaliados 107 pacientes comprovadamente HIV-positivos, internados ou em acompanhamento ambulatorial no Hospital Nereu Ramos. O diagnóstico das afecções dermatológicas baseava-se na clínica e em exames complementares, quando necessários. **Resultados:** Cerca de 96,3% dos pacientes apresentavam um ou mais diagnósticos, sendo identificadas 55 diferentes manifestações mucocutâneas, cerca de 3,8 dermatoses por paciente. As afecções mais comuns foram dermatite seborréica, xerodermia, candidíase oral, onicomicose e hiperpigmentação difusa. A etiologia fúngica foi a mais frequente, seguida pela descamativa, viral e pigmentar. Não foi observado predomínio significativo de nenhuma desordem dermatológica em relação à idade, sexo, cor e tipo de exposição. Há uma maior prevalência da maioria das dermatoses em indivíduos já com o diagnóstico de Aids, categoria C3, com baixas contagens de células CD4+ e com cargas virais elevadas. **Conclusões:** As desordens mucocutâneas são muito frequentes em portadores do HIV. Um exame dermatológico cuidadoso pode ser muito útil para a suspeita da infecção pelo HIV e para se avaliar o estágio da doença e o grau de imunossupressão.

Abstract

Objective: The aim of this study is to determine the presence and the frequency of dermatologic manifestations in patients who carries the Human Immunodeficiency Virus (HIV) also to correlate with identification variables, mode of transmission, immunity, antiretroviral use, Acquired Human Immunodeficiency Syndrome (Aids) diagnosis and the evolutionary phase of the infection. **Method:** 107 HIV positive patients were observed at Nereu Ramos Hospital, some of them were inpatients and others outpatients. The diagnosis of mucocutaneous diseases was based on clinical aspects and was confirmed by complementary tests when necessary. **Results:** About 96.3% of the patients presented one or more diagnosis, being identified 55 different mucocutaneous manifestations, approximately 3.8 dermatosis per patient. The most common afflictions were dermatitis seborrheic, xerosis, oral candidiasis, onychomycosis and diffuse hiperpigmentation. The fungal infection was the most frequent, followed by the descamative, viral and pigmented diseases. It was not observed significative predominance of any dermatologic disorder related to age, sex, color or mode of transmission. It is more prevalent to found dermatosis in individuals with Aids, C3 category, with low CD4+ cells and with high viral load. **Conclusions:** The mucocutaneous disorders often happen in HIV-infected individuals. A careful dermatologic examination can be highly useful for the diagnosis of the HIV infection and to evaluate the stage of the disease and the degree of immunosuppression.

¹Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) representa o estágio final da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que leva à deterioração progressiva do sistema imunológico, acarretando o surgimento de doenças infecciosas, inflamatórias e neoplásicas.¹

O HIV foi primeiramente descrito por Luc Montaignier, na França, em 1983, e posteriormente por Robert Gallo, nos EUA, em 1984.² Pertence à família dos retrovírus humanos e à subfamília dos lentivírus.³ Sendo um retrovírus, o HIV possui uma enzima denominada transcriptase reversa, que permite a transcrição do RNA viral em DNA, o qual é capaz de se integrar ao genoma da célula do hospedeiro, preferencialmente às células que apresentam CD4 como marcador de superfície, envolvidas na vigilância imunológica do indivíduo.¹ A característica da infecção é, portanto, a depleção de linfócitos T CD4+, cruciais na manutenção da função imune normal.⁴

A história natural da infecção pelo HIV pode se dividir em transmissão viral, síndrome retroviral aguda, sorroconversão, período de latência clínica com ou sem linfoadenopatia persistente, infecção sintomática precoce e Aids, de acordo com os critérios de 1987, do Centro de Controle de Doenças (CDC – Centers for Disease Control), revisados em 1993. A replicação viral ativa ocorre durante todos os estágios da doença.⁵

A transmissão pode se dar por via sexual (bidirecionalmente), por via vertical ou através de sangue e hemoderivados.¹ O vírus é encontrado em níveis contagiosos no sangue, nas secreções genitais e no leite materno.⁵

Atualmente o Brasil ocupa lugar de destaque em número de casos notificados ao Ministério da Saúde. Florianópolis ocupa o quarto lugar entre os municípios (do Brasil? Ou de SC?) com maior número de casos de Aids com um coeficiente de incidência de 662,1 por 100.000 habitantes, atrás de outras duas cidades catarinenses Itajaí (926,4 casos por 100.000 habitantes) e Balneário Camboriú (803,4 casos por 100.000 habitantes).⁶

A presença de dermatoses na Aids é muito comum.⁷ O acometimento mucocutâneo é sistematicamente encontrado ao longo do estabelecimento da imunossupressão. Não raramente, esses pacientes iniciam seus quadros com determinadas manifestações dermatológicas, hoje consideradas como verdadeiros marcadores cutâneos de Aids.¹ Desordens mucocutâneas, além de serem

mais frequentes em sororreagentes para o HIV⁵, têm sua incidência e severidade aumentadas com a deterioração da função imunológica.⁸

Objetivo

Determinar a presença e frequência de manifestações dermatológicas em pacientes portadores do HIV e correlacionar com idade, sexo, cor, tipo de exposição, parâmetros imunológicos (contagem de linfócitos T CD4+), carga viral, uso de antirretroviral, diagnóstico de Aids e a fase de evolução da infecção viral.

Método

Este trabalho consta de um estudo observacional e transversal.

Para a determinação da população de estudo, no período de setembro a dezembro de 1999, foram avaliados 107 pacientes comprovadamente infectados pelo HIV (duas amostras positivas por ELISA confirmadas por Imunofluorescência ou Western Blot), internados na Ala V (enfermaria) ou em acompanhamento ambulatorial no Serviço de Infectologia, do Hospital Nereu Ramos, Florianópolis, Santa Catarina. Os pacientes maiores de 13 anos de idade foram selecionados ao acaso e não pela presença ou ausência de afecções cutâneas. A todos era explicado o objetivo do trabalho, no qual eram incluídos somente com consentimento oral.

No momento da visita era preenchido um protocolo com dados de identificação (nome, sexo, idade, cor, profissão, local de nascimento, procedência, estado civil, presença de parceiro fixo e grau de escolaridade), tipo de exposição (contato heterossexual, homossexual, usuário de drogas endovenosas, transfusão de hemoderivados e acidente percutâneo), situação do paciente (se internado ou não), parâmetros imunológicos (CD4, CD8 e CD4/CD8), carga viral, classificação da infecção pelo HIV de acordo com o CDC, revisão de 1993⁴, medicamentos em uso e diagnóstico dos problemas de pele, com orientação para o exame físico.

Os pacientes com comportamento bissexual eram classificados como homossexuais e os usuários de droga endovenosa que tinham outro tipo de exposição associado, eram sempre categorizados como usuários de drogas injetáveis, conforme o proposto por Muñoz-Pérez e cols.⁹

O diagnóstico das doenças mucocutâneas foi baseado em aspectos clínicos e confirmado por exames complementares, quando necessário e disponível: biópsia de

pele para estudo histopatológico, pesquisa e cultura de microorganismos.

Como no Hospital Nereu Ramos os exames laboratoriais para contagem de linfócitos T CD4+ e determinação da carga viral são rotineiramente realizados a cada 3 meses, foram considerados os exames de até 3 meses do exame físico.

Em relação ao diagnóstico de onicomicose, foram consideradas como tal as onicomicoses subungueais distais e laterais, proximais e brancas superficiais, de acordo com a classificação dos padrões anatômicos das onicomicoses de Fitzpatrick.¹⁰ As onicomicoses distróficas totais e outras alterações no formato das unhas eram classificadas como distrofia ungueal.

A título de comparação e análise dos dados, as dermatoses foram agrupadas de acordo com a classificação proposta por Rosatelli et al.⁷ em: virais, bacterianas, fúngicas, zoodermatoses, neoplasias, pigmentares, desquamativas, alérgicas e outras, englobando o restante dos diagnósticos realizados.

Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto do trabalho foi submetido à aprovação da Comissão de Ética Médica do Hospital Nereu Ramos, com parecer favorável à sua realização.

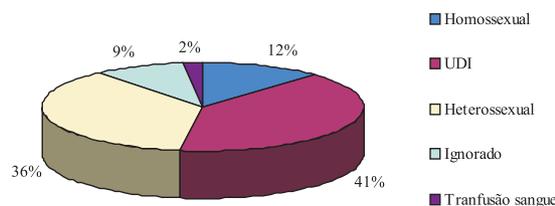
Os dados foram analisados através do programa estatístico STATISTICA 5.0 (LSD-test). Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

Resultados

Foram avaliados 107 pacientes, numa taxa de aproximadamente 1,7 homens (63%) para cada 1 mulher (37%). Em relação à idade, variou de 19 a 55 anos, com uma média de $32,9 \pm 7,2$ [média (M) \pm desvio padrão (SD)]. Quanto à cor de pele, a mais prevalente foi a morena-clara, encontrada em 36 pacientes. Vinte e dois pacientes apresentaram cor branca, 17, cor preta, 15, cor morena-escura, 10, cor parda e 7, cor branca-clara. A grande maioria dos pacientes era procedente da Grande Florianópolis (79,5). Apenas 2 pacientes (1,9%), eram de outro estado, ambos de Porto Alegre. Quanto ao estado civil e à presença de parceiro fixo, houve um predomínio de solteiros (54 pacientes), sendo que 42% (45 pacientes) apresentavam parceiro sexual fixo. Considerando-se o grau de escolaridade, houve um predomínio dos níveis mais baixos de instrução, de modo que 76,6% dos pacientes possuíam escolaridade somente até o 1º grau.

Em relação ao tipo de exposição, os mais frequentes foram os usuários de drogas injetáveis (UDI), seguidos dos que contraíram o vírus através de contato heterossexual e após, homossexual (Figura 1).

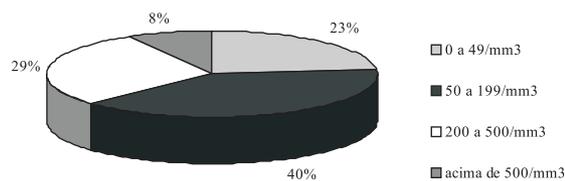
Figura 1 - Distribuição dos pacientes quanto ao tipo de exposição.



Setenta e quatro pacientes (70%) estavam internados e 33 (30%) foram avaliados ambulatorialmente.

Sobre os parâmetros imunológicos, analisados com base na contagem de linfócitos T CD4+, os pacientes obtiveram valores que variaram de 2 a 1.041 células/mm³. A média foi de $210,6 \pm 232,18$ células/mm³ (M \pm SD). A distribuição encontra-se na (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos pacientes quanto à contagem de células CD4+.



Em relação à carga viral, os valores variaram de zero a 7.900.000 cópias/mm³. A média foi de $377.730,7 \pm 1.112.075$ cópias/mm³ (M \pm SD). Setenta e dois por cento dos pacientes já apresentavam-se doentes de Aids. Cerca de 28% eram assintomáticos. A maioria (53%) encontrava-se em estágios avançados da infecção, classificados como C3.

No momento da avaliação, 51 pacientes (48%) estavam usando antirretrovirais.

Dos pacientes analisados, 96,3% apresentaram uma ou mais dermatoses. Foram realizados um total de 407 diagnósticos, constatando-se 55 diferentes alterações mucocutâneas, numa média de 3,8 dermatoses diagnosticadas por paciente. Em se considerando os pacientes

que já haviam desenvolvido Aids, estes apresentaram cerca de 4,2 dermatoses, enquanto aqueles considerados assintomáticos, uma média de 2,7 dermatoses por paciente. As manifestações mucocutâneas mais frequentes e suas freqüências estão listadas na (Tabela I).

Tabela I - Distribuição dos pacientes segundo as dermatoses mais freqüentes.

Dermatoses	Freqüência	%
Dermatite seborréica	57	53,27
Xerodermia	44	41,12
Candidíase oral	35	32,71
Onicomicose	34	31,78
Hiperpigmentação difusa	23	21,50
Queilite angular	22	20,56
Hiperpigmentação ungueal	14	13,08
Verruga vulgar	13	12,15
Leucoplasia pilosa oral	12	11,21
Tinea pedis	12	11,21
Herpes labial	11	10,28
Alopecia difusa	10	9,35
Prurigo	8	7,48
Distrofia ungueal	8	7,48
Hiperkeratose plantar	6	5,61
Hiperpigmentação de mucosa	6	5,61
Foliculite	6	5,61
Molusco contagioso	6	5,61
Paroníquia	5	4,67
Melasma	5	4,67
Erupção por drogas	5	4,67
Condiloma acuminado	4	3,74
Abscesso	4	3,74
Tinea corporis	4	3,74
Impetigo	4	3,74

Com base na classificação das manifestações mucocutâneas do HIV-positivo proposta por Rosatelli e cols.⁷, os pacientes distribuíram-se de acordo com a (Tabela II).

Tabela II - Dermatoses em pacientes portadores do HIV.

Dermatoses	Freqüência	%
Virais	55	13,5
Bacterianas	25	6,1
Fúngicas	115	28,2
Zoodermatoses	4	1,1
Neoplásicas	2	0,5
Pigmentares	49	12,0
Descamativas	102	25,1
Alérgicas	5	1,2
Outras	50	12,3
Total	407	100,0

Houve um predomínio estatisticamente significativo de dermatoses bacterianas, fúngicas, pigmentares e descamativas em pacientes já doentes de Aids (Tabela III).

Tabela III - Dermatoses virais, bacterianas, fúngicas, pigmentares e descamativas em relação à presença de Aids.

Aids	Dermatites virais		Dermatites bacterianas		Dermatites fúngicas		Dermatites pigmentares		Dermatites descamativas	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sim	42	76	20*	80	95*	83	42*	86	84*	82
Não	13	24	5	20	20	17	7	14	18	18
Total	55	100	25	100	115	100	49	100	102	100

* Significativo estatisticamente.

Quanto à presença de Aids em relação às dermatoses mais comuns, os dados são apresentados na (Tabela IV).

Tabela IV - Dermatoses mais comuns em relação à presença de Aids.

Aids	Dermatite seborréica		Xerodermia		Candidíase oral		Onicomicose		Hiperpigmentação difusa		Queilite angular	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sim	47*	83	36	82	31*	89	30*	88	20	87	16	73
Não	10	17	8	18	4	11	4	12	3	13	6	27
Total	57	100	44	100	35	100	34	100	23	100	22	100

* Significativos estatisticamente.

Houve significância estatística para dermatite seborréica, candidíase oral e onicomicose, que se mostraram mais incidentes nos pacientes com Aids.

Em relação às células CD4+ foi estatisticamente significativo o predomínio de contagens abaixo de 200 células/mm³ para os pacientes onde foi diagnosticado candidíase oral, xerodermia e onicomicose. Estes dados são apresentados na (Tabela V).

Tabela V - Dermatoses mais comuns em relação à contagem de células CD4+.

Contagem de células CD4+	Dermatite seborréica		Xerodermia		Candidíase oral		Onicomicose		Hiperpigmentação difusa		Queilite angular	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0 a 49/mm ³	7	20	9*	30	7*	37	8*	21	6	33	2	7
50 a 199/mm ³	16	46	16*	53	10*	53	10*	38	7	39	9	5
200 a 500/mm ³	8	23	3	10	2	10	5	29	3	17	1	8
> 500/mm ³	4	11	2	7	0	0	0	2	2	11	0	0
Total	35	100	30	100	19	100	23	100	18	100	12	100

* Significativos estatisticamente.

Considerando-se a carga viral, houve diferença significativa apenas para os pacientes que apresentavam candidíase oral, cuja carga viral foi predominantemente acima de 10.000 cópias/mm³. Os dados referentes à carga viral e às dermatoses mais comuns são apresentados na (Tabela VI).

Tabela VI -Dermatoses mais comuns em relação à carga viral.

Carga viral (cópias/mm ³)	Dermatite seborréica		Xerodermia		Candidíase oral		Onicomicose		Hiperpigmentação difusa		Queilite angular	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Até 5000	9	31	5	23	2	12,5	4	24	5	33	5	50
5001 a 10000	0	0	1	5,5	0	0	1	6	1	7	0	0
10001 a 50000	6	21	7	32	5*	31	5	29	1	7	3	30
50001 a 100000	3	10	1	5,5	2*	12,5	2	12	0	0	0	0
> 100001	11	38	8	36	7*	44	5	29	8	53	2	20
Total	29	100	22	100	16	100	17	100	15	100	10	100

* Significativo estatisticamente.

De acordo com a classificação da infecção pelo HIV, a maioria dos pacientes encontrava-se na categoria C3, o que foi significativo para as dermatoses bacterianas, pigmentares e descamativas e, isoladamente, para os diagnósticos de xerodermia e candidíase oral.

Não foi detectado, de maneira significativa estatisticamente, nenhuma dermatose ou grupo de alterações dermatológicas prevalentes segundo distribuição por sexo, idade, cor de pele, tipo de exposição e uso de antirretrovirais.

Discussão

Estudos sobre os aspectos dermatológicos de pacientes infectados pelo HIV, dentro do espectro clínico da Aids, vêm tentando caracterizá-la e definir indicadores mucocutâneos da presença desta infecção.⁷

Quanto aos dados epidemiológicos dos 107 pacientes estudados, quando comparados com a população brasileira de acordo com o Boletim Epidemiológico – Aids⁶, publicado pelo Ministério da Saúde, mostram algumas diferenças e semelhanças. Atualmente, em nível de Brasil, a razão de sexo é de 2 homens para cada mulher infectada pelo HIV. Em nossa população, a razão foi de 1,7 homens para cada mulher. Com relação à faixa etária, há um predomínio de infectados entre 20 e 40 anos, o que também ocorre na população brasileira como um todo. Considerando-se o tipo de exposição, no Brasil há um

predomínio da categoria heterossexual (24,4%), seguida pelo tipo de exposição ignorado (23,6%), UDI (20,0%) e homossexual (19,3%). Neste estudo, a população predominante é de UDI (40,2%). Isto sugere que, em nosso meio, este é o tipo de exposição mais freqüente. No que se refere à escolaridade, os dados são condizentes com os nacionais, com grande parte dos pacientes com nível de instrução até o 1º grau (76,6%), o que reflete uma população com baixos índices de escolaridade.

Do total de pacientes, 70% estavam internados, o que justifica um predomínio de portadores do HIV em fases avançadas da infecção, sendo que 72% já haviam desenvolvido Aids. A contagem média de linfócitos T CD4+, que é baixa, vem comprovar esta afirmação (210,6 ± 232,2 células/mm³). Este fato leva a uma maior probabilidade de um alto número de comorbidades, não só mucocutâneas.

Neste estudo observacional e transversal, objetivou-se determinar a presença e a freqüência de doenças mucocutâneas em uma população de pacientes portadores do HIV. O total de dermatoses observado nesse grupo de pacientes foi similar ao reportado em outros trabalhos, apesar da prevalência ser algo difícil de se comparar entre séries de diferentes autores, pela heterogeneidade das populações.

Rosatelli e cols.⁷ avaliaram 223 pacientes do Hospital Universitário de Ribeirão Preto (SP), único trabalho deste tipo no Brasil, encontrando um total de 488 dermatoses, numa média de 1,61 diagnósticos por paciente, sendo 2,45 diagnósticos em indivíduos já com Aids. Uthayakumar et al.¹¹ relataram uma prevalência de alterações mucocutâneas de 91%, em 151 pacientes analisados, com um total de 331 diagnósticos, mais do que 2 dermatoses por paciente. Coldiron e Bergstresser¹² avaliaram 100 indivíduos do sexo masculino e 90% dos pacientes apresentavam distúrbios dermatológicos. Barton e Buchness¹³ estudaram as alterações mucocutâneas de 304 mulheres portadoras do HIV e listaram ao menos uma alteração em 59% das pacientes. Por outro lado, Goldstein e cols.¹⁴ avaliaram 528 pacientes e encontraram somente 29 alterações mucocutâneas diferentes. Neste trabalho, 96,3% dos analisados apresentaram um ou mais diagnósticos, evidenciando-se um maior número de diagnósticos por paciente (4,2) o que provavelmente é

devido ao fato de que a população aqui estudada é mais imunossuprimida (72% já com Aids).

Segundo Coldiron e Bergstresser¹² as alterações de pele mais freqüentes foram dermatite seborréica, candidíase oral e xerodermia. Por outro lado, Rajagopalan e cols.¹⁵ concluíram que as dermatoses mais comuns foram candidíase oral, dermatofitoses e xerodermia e que a prevalência de sarcoma de Kaposi e de dermatite seborréica é baixa na Índia. Healy e outros¹⁶ descreveram a prevalência de dermatoses em uma população de HIV+ irlandesa e constataram que as mais freqüentes são a dermatite seborréica, xerodermia foliculite e sarcoma de Kaposi. Smith et al.¹⁷ observou que a alteração de pele mais comum é o aumento da xerose seguida das dermatofitoses e dermatite seborréica. Neste estudo, as desordens dermatológicas mais comuns foram dermatite seborréica, seguida de xerodermia e candidíase oral. Esses achados são condizentes com o trabalho de Rosatelli e cols.⁷ que também avalia uma população de pacientes brasileiros.

As doenças fúngicas foram as mais freqüentes (28,2% dos diagnósticos) e significativamente mais comuns no grupo de pacientes com Aids e classe C3. A média da contagem de células CD4+ foi de 180 células/mm³.

A avaliação sistemática da cavidade oral revelou a presença de candidíase oral, estatisticamente significativa, em 31 pacientes com Aids e em apenas 4 carreadores assintomáticos, concordando com Rosatelli e cols.⁷ Um estudo somente sobre as manifestações da infecção pelo HIV na cavidade oral revelou que apenas a candidíase oral é um indicador significativo de imunossupressão e que sua prevalência aumenta principalmente se contagens de células CD4+ inferiores a 200/mm³.³⁵ Houve um predomínio de contagens de células CD4+ inferiores a 200/mm³. A candidíase oral foi a única dermatose onde se observou uma maior prevalência, estatisticamente significativa, quando a carga viral está muito elevada, superior a 10.000 cópias/mm³.

Onicomiose também está significativamente aumentada nos indivíduos com Aids, como relatado por Rosatelli e cols.⁷ e por Coldiron e Bergstresser¹². Entre os pacientes mais imunossuprimidos, a onicomiose pode progredir com distrofia ungueal e afetar múltiplas unhas. Foi constatado, neste trabalho, um total de aproximadamente 32%

dos pacientes com onicomioses, que possuíam contagens de células CD4+ significativamente inferiores a 200/mm³.

As desordens descamativas ocupam o segundo lugar em freqüência, tanto no grupo assintomático quanto nos pacientes com Aids. A dermatite seborréica foi a dermatose mais comum, principalmente em indivíduos com Aids, e apenas 17% dos diagnósticos foram feitos em assintomáticos. Com base nos achados, essa dermatose pode ser considerada como um indicador dermatológico não específico da fase de evolução da infecção pelo HIV. Ao contrário, Muhlemann e cols.¹⁸ não detectaram diferença significativa entre a prevalência de dermatite seborréica em pacientes normais e portadores do HIV. As manifestações clínicas dessa dermatose diferem daquelas observadas na população geral, pode ter início abrupto e extenso acometimento, sendo indício de imunossupressão.¹⁹⁻²¹ A freqüência varia de 7,4 a 49%, conforme alguns autores.^{13,12} *Pityrosporum ovale* parece ser um fungo envolvido na dermatite seborréica e a maior prevalência da dermatose em fases avançadas da infecção pelo HIV parece estar associada à diminuição das defesas contra este agente.

A xerodermia, podendo caracterizar até ictiose adquirida, parece estar associada a fases avançadas da infecção pelo HIV⁹, apesar disso não ser significativo estatisticamente. Segundo Smith et al.¹⁷, frequentemente, pacientes com xerodermia têm dermatite seborréica associada. Este autor também relaciona a xerose cutânea com deficiências nutricionais, desregulação imunológica e indução de várias citocinas que alteram o metabolismo lipídico, podendo afetar a barreira lipídica epidérmica e consequentemente a hidratação cutânea. Foi observado um total de 41% de pacientes com xerodermia, com predomínio significativo de células CD4+ inferiores a 200/mm³.

As dermatoses de etiologia viral ocupam o terceiro lugar em freqüência. O Herpes simples foi o principal agente. A ulceração crônica, geralmente com mais de um mês de evolução, que acomete regiões não usuais como pré-auricular, nasal e perianal, característico de Herpes em imunodeprimidos,⁷ não foi encontrada nas pacientes.

Molusco contagioso foi observado, sempre com tendência à disseminação, em 6 pacientes (5,61%). Lesões que excedem 1 cm, relatadas na literatura como gigantes e comuns no HIV+¹⁹⁻²¹, não foram evidenciadas. É repor-

tada uma maior incidência em pacientes com contagens de células CD4+ inferiores a 100/mm³^{19,20} e 3 dos pacientes apresentavam contagens inferiores a 10 células/mm³.

A leucoplasia pilosa oral, assim como a candidíase oral, são importantes indicadores da infecção pelo HIV.²² Neste estudo foram diagnosticados 12 pacientes com leucoplasia pilosa oral e todos com contagens de células CD4+ inferiores a 300/mm³, em concordância com a literatura.

Em relação às verrugas vulgares e condiloma acumulado, segundo Muñoz-Perez⁹ estão associadas a contagens de células CD4+ relativamente altas. Estes autores propõem que o próprio HIV predispõe a um maior risco de infecção pelo papilomavírus humano e que isso está diretamente relacionado ao grau de imunossupressão. Foram constatados manifestações clínicas da infecção pelo HPV em cerca de 17% dos pacientes.

As infecções bacterianas perfazem 6,1% de todas as dermatoses, principalmente com o diagnóstico de piodermites. São significativamente mais comuns em pacientes com Aids e categoria C3. Foi diagnosticado apenas um caso de infecção cutânea por micobactérias, o escrofuloderma, uma forma secundária de tuberculose cutânea.²³

Em relação às neoplasias, o sarcoma de Kaposi ocupa lugar de destaque. Rosatelli et al.⁷ observaram uma prevalência de 9,9% em uma população brasileira e Healy e cols.¹⁶, de 11% em uma amostra de pacientes indianos. É predominante em homossexuais e a etiologia desta neoplasia vem sendo relacionada ao Herpes vírus humano tipo 8.^{19,20} Neste estudo, a prevalência de sarcoma de Kaposi foi extremamente baixa (1,87%), provavelmente e em parte, pelo predomínio dos tipos de exposição heterossexual e UDI.

Hiperpigmentação generalizada foi evidenciada em 21,5% dos pacientes, sendo destes 87% com Aids e 13% assintomáticos, podendo ser considerado um indicador de infecção avançada pelo HIV. Os mecanismos envolvidos na fisiopatologia desta condição incluem três hipóteses: ação do HIV no sistema nervoso central, insuficiência adrenal causada por organismos oportunistas como o citomegalovírus e Paracoccidíoides ou uso crônico de medicamentos.⁷

A zidovudina (AZT), um antirretroviral muito usado, pode provocar uma coloração enegre-

cida, azulada ou acastanhada nas unhas, com padrão longitudinal, transversal ou difuso, mais comumente em pacientes negros.²⁴ Esta é provavelmente a causa das hiperpigmentações ungueais encontradas em cerca de 13% dos pacientes, neste estudo.

Com relação ao uso de medicação antirretroviral, Coldiron e Bergstresser¹² reportaram uma associação significativa entre o uso de AZT e a ausência de infecção por *Candida albicans*. Este efeito não parece ser por nenhum fator intrínseco ao antirretroviral, mas por reativar a imunidade diminuída pela ação do HIV. Este trabalho evidenciou uma redução no número de dermatoses com o uso de antirretrovirais, mas isto não foi significativo estatisticamente.

Muñoz-Perez et al.⁹ relataram um predomínio de aftas, hiperpigmentação de mucosas e alopecia em mulheres e de erupção por drogas, foliculite, sarcoma de Kaposi e abscessos em homens. Com relação ao tipo de exposição, houve um predomínio de reações por drogas, xerodermia, sarcoma de Kaposi, herpes genital, leucoplasia pilosa oral, fotodermatoses e candidíase oral em homossexuais. Escabiose e sífilis foram mais encontradas em UDI. Neste estudo não houve predomínio significativo estatisticamente de nenhuma dermatose em relação ao sexo, idade, cor de pele ou tipo de exposição dos pacientes. Isso pode ser explicado pelo reduzido número de pacientes analisados. Para tirar estas conclusões, Muñoz-Perez et al.⁹ avaliaram 1.161 pacientes em um estudo prospectivo de três anos de duração.

Conclusões

Há grande prevalência de manifestações mucocutâneas em portadores do HIV, sendo que 96,3% dos pacientes apresentavam uma ou mais dermatoses.

Um exame dermatológico cuidadoso pode ser útil para o diagnóstico da infecção pelo HIV e para se avaliar o estágio da doença e o grau de imunossupressão.

Estudos posteriores devem ser realizados em populações maiores de pacientes para se estabelecer a real prevalência das desordens dermatológicas em pacientes portadores do HIV.

Referências

1. Trope BM. Aids e dermatologia tropical. In: Talhari S, Neves RG. *Dermatologia tropical*. Rio de Janeiro: Medsi; 1995. p.335-49.
2. Oliveira MMM, Veiga RG, Sereno AB, Manela M, Junior ACP. Síndrome de imunodeficiência adquirida – Lesões cutâneas. *An Bras Dermatol* 1988; 63 (2): 63-6.
3. Santos LP, Motta AF, Costa EF. Manifestações dermatológicas no paciente com Aids. *ARS CVRANDI* 1999; 3: 43-6.
4. Marques A, Masur H. Aids – Manifestações clínicas. In: Veronesi R, Focaccia R. *Veronesi: Tratado de infectologia*. São Paulo: Atheneu; 1996. Vol 1. p. 99-121.
5. Dover JS, Johnson RA. Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus infection - Part I. *Arch Dermatol* 1991; 127: 1383-91.
6. Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/ Coordenação Nacional de DST e Aids. *Boletim epidemiológico – Aids*. Ano XII, N° 3. Brasília; junho a agosto/1999.
7. Rosatelli JB, Machado AA, Roselino AMF. Dermatoses among Brazilian HIV-positive patients: correlation with the evolutionary phases of Aids. *Int J Dermatol* 1997; 36:729-34.
8. Coopman AS, Johnson RA, Platt R, Stern RS. Cutaneous disease and drug reactions in HIV infection. *N Engl J Med* 1993; 328: 1670-4.
9. Muñoz-Pérez MA, Rodriguez-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: 33-9.
10. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Polano MK, Suurmond D. *Dermatologia Atlas e Texto*. 3ª ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 1997. p. 712, 806-8, 918-48.
11. 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: 595-8.
12. Coldiron BM, Bergstresser PR. Prevalence and clinical spectrum of skin disease in patients infected with human immunodeficiency virus. *Arch Dermatol* 1989;125: 357-61.
13. Barton JC, Buchness MR. Nongenital dermatologic disease in HIV-infected women. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 664-77.
14. Goldstein B, Berman B, Sukenik E, Frankel SJ. Correlation of skin disorders with CD4 lymphocyte counts in patients with HIV/Aids. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 262-4.
15. Rajagopalan B, Jacob M, George S. Skin lesions in HIV-positive and HIV-negative patients in South India. *Int J Dermatol* 1996; 35: 489-92.
16. Healy E, Meenan J, Mulcahy F, Barnes L. The spectrum of HIV related skin diseases in a Irish population. *Ir Med J* 1993; 86: 188-90.
17. Smith KJ, Skelton HG, Yeager J, Ledsky R, McCarthy W, Baxter D, et al. Cutaneous findings in HIV-1-positive patients: A 42-month prospective study. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 746-54.
18. Muhlemann MF, Anderson MG, Paradinas FJ, Key PR, Dawson SG, Evans BA, et al. Early warning skin signs in Aids and persistent generalized lymphadenopathy. *Br J Dermatol* 1986; 114: 419-24.
19. Aftergut K, Cockerell CJ. Update on the cutaneous manifestations of HIV infection: clinical and pathologic features. *Dermatol Clin* 1999;17: 443-72.
20. Porras B, Costner M, Friedman-Kien AE, Cockerell CJ. Update on cutaneous manifestations of HIV infection. *Med Clin N Am* 1998; 82: 1033-80.
21. Myskowski PL, Ahkami R. Dermatologic complications of HIV infection. *Med Clin N Am* 1996; 80: 1420-35.
22. Kolokotronis A, Kioses V, Antoniadis D, Mandraveli K, Doutsos I, Papanayotou P, et al. Immunologic status in patients infected with HIV with oral candidiasis and hairy leukoplakia. *Oral Surg Med Oral Pathol* 1994; 78: 41-6.
23. Castano-Molina C, Cockerell CJ. Diagnosis and treatment of infectious diseases in HIV-infected hosts. *Dermatol Clin* 1997;15: 267-83.
24. Daniel III CR, Norton LA, Scher RK. The spectrum of nail disease in patients with human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 93-7.