

## INVESTIGACION CLINICO-TERAPEUTICA

### MANIFESTACIONES DERMATOLOGICAS EN LA INFECCION POR VIH/SIDA

López Bulla, Marta Lucía  
Prieto Izquierdo, Héctor Darío  
Villamizar, José Rómulo

#### RESUMEN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha afectado en Colombia hasta marzo de 1994 a 9.787 individuos. Estudiamos las enfermedades dermatológicas de 150 pacientes, con infección por VIH, del Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá, entre mayo de 1993 y mayo de 1994.

Los pacientes se clasificaron según los parámetros del Centro de Enfermedades de Atlanta (CDC 1987). Encontramos uno o más tipos de enfermedades dermatológicas en el 82% de los pacientes. Las principales enfermedades halladas fueron: dermatitis seborreica (43%), candidiasis oral (33.3%), xerodermia (20.7%), sarcoma de Kaposi (12%), y erupción papular pruriginosa por VIH (11.3%).

La piel es un órgano en donde se presentan numerosas afecciones, que hacen sospechar, investigar o establecer el diagnóstico de Sida. Conocer estas enfermedades es una obligación del dermatólogo para colaborar en el manejo integral de estos pacientes.

**Palabras clave:** VIH - SIDA - PIEL.

#### INTRODUCCION

Con la aparición de la epidemia por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) a partir de los años 80, la práctica médica general y en particular la dermatología han sufrido un viraje importante. El VIH es un retrovirus humano linfotrópico que produce deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico (células con receptores CD4 positivos), hasta causar el síndrome de inmunodeficiencia Adquirida-SIDA, caracterizado por una gran variedad de enfermedades infecciosas y tumorales.<sup>1-5</sup>

En la actualidad, a pesar de las campañas de Salud Pública, el número de personas infectadas por VIH se incrementa cada día. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) al primero de enero de 1992 más de 440 mil casos de SIDA han sido registrados en 190 países y se estima que existen 2 millones de personas infectadas por VIH en el continente americano.<sup>1</sup> En Colombia, el Ministerio de Salud ha registrado hasta el 31 de marzo de 1994, 9787 pacientes infectados por el VIH y afectados por el SIDA.<sup>6</sup> En el programa ETS/VIH/SIDA del Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá están incluidos 600 pacientes infectados hasta mayo de 1994.

La piel y las mucosas son asiento de infecciones oportunistas (micóticas, micobacterianas, virales, parasitarias, bacterianas) y de neoplasias (Kaposi y Linfomas), cuya forma particular de presentación clínica en el SIDA contribuye a caracterizarlo.<sup>1,7</sup> Por tanto, el conocimiento de todas estas manifestaciones dermatológicas es de trascendental importancia para los dermatólogos, ya que por sus signos se puede sospechar o diagnosticar infección por VIH, colaborando en el manejo oportuno que retarde la progresión de la inmunodeficiencia, prevenga las infecciones oportunistas y sirva de freno epidemiológico.<sup>7</sup>

Marta Lucía López Bulla, M.D., Residente 3o. año Universidad Nacional de Colombia.

Héctor Darío Prieto Izquierdo, M.D., Residente 3o. año Universidad Nacional de Colombia.

José Rómulo Villamizar, M.D., Profesor de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá.

Correspondencia: Hospital San Juan de Dios, Unidad de Dermatología Av. 1a. No. 10-01, Santafé de Bogotá, Colombia.

Todo lo anterior nos motivó a realizar un estudio con pacientes del programa ETS/VIH/SIDA de nuestro hospital, para establecer en ellos la prevalencia y características de las diferentes enfermedades dermatológicas en el curso de su enfermedad.

## MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el cual se evaluaron 150 pacientes que asistieron a las áreas de Hospitalización y de Consulta Externa (Dermatología y ETS/VIH/SIDA) del Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá, entre mayo de 1993 y mayo de 1994. Todos los pacientes evaluados tenían Elisa y Western Blot positivo para VIH como único criterio de inclusión.

A cada paciente se le realizó una historia clínica y examen físico completo. Los datos fueron registrados en un formato diseñado para tal fin, el cual incluía: edad, sexo, comportamiento sexual (homosexual, heterosexual, bisexual), antecedentes médicos, venéreos, dermatológicos, transfusionales y de farmacodependencia. Se registraron, además, las enfermedades no dermatológicas presentes en el momento de la valoración.

De igual manera, se describieron los diferentes tipos de lesiones cutáneas y de mucosas, estableciendo los respectivos diagnósticos clínicos dermatológicos que se corroboraron con estudios micológicos, bacteriológicos, parasitológicos o de anatomía patológica, según el caso. De acuerdo con los parámetros establecidos por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta en 1987 (CDC 1987) se clasificaron los pacientes en los diferentes estadios, se hizo caso omiso del recuento de CD<sub>4</sub> y CD<sub>8</sub> como se requiere para la nueva clasificación (CDC-92), por la falta de recursos económicos de la mayoría de los pacientes.

La CDC del 87 define:

Estadio I: Infección aguda

Estadio II: Infección asintomática

Estadio III: Linfadenopatía generalizada permanente

Estadio IV: SIDA.<sup>2-4</sup>

## RESULTADOS

Los pacientes evaluados oscilaban en edades entre 5 meses y 63 años, con un promedio de 30.6 años; la mayoría fueron hombres con una razón de 12:1 sobre las mujeres, siendo predominantes los hombres con prácticas homosexuales (72.7%) y sin antecedentes médicos generales, ni transfusionales de relevancia. El 48.7% de los pacientes tenía antecedentes de enfermedades venéreas, principalmente gonococcia a repetición (34%) y sífilis (15%), y el 21% de farmacodependencia. Dentro de los antecedentes dermatológicos, el Herpes Zoster fue el más frecuente con un porcentaje del 18% (Tabla I).

Teniendo en cuenta la clasificación del CDC de 1987, nuestros pacientes se encontraban: 56% en estadio II; 42.7% en estadio IV; 1.3% en estadio III y ninguno en estadio I. (Tabla II). Al momento de nuestra evaluación, tanto en consulta externa como en hospitalización, las infecciones oportunistas del sistema nervioso central y del pulmón fueron hallazgos predominantes que caracterizan el estadio IV SIDA (Tabla III).

Tabla I. Características de los 150 pacientes infectados por VIH. H.S.J.D. 1993-1994.

| Características       | No. | %    |
|-----------------------|-----|------|
| Edad (Años)           |     |      |
| < 10                  | 1   | 0.7  |
| 10 - 19               | 2   | 1.3  |
| 20 - 29               | 75  | 50.0 |
| 30 - 39               | 56  | 37.3 |
| 40 - 59               | 15  | 10.0 |
| 60 y más              | 1   | 0.7  |
| Sexo                  |     |      |
| Hombres               | 138 | 92.0 |
| Mujeres               | 12  | 8.0  |
| Comportamiento Sexual |     |      |
| Homosexuales          | 69  | 46.0 |
| Heterosexuales        | 41  | 27.3 |
| Bisexuales            | 40  | 26.7 |
| Antecedentes          |     |      |
| Farmacodependencia    | 32  | 21.3 |
| Transfusiones         | 5   | 3.3  |
| Madre (VIH)           | 1   | 0.7  |
| Venéreas              | 73  | 48.7 |
| Gonococcia            | 61  | 34.0 |
| Lúes                  | 23  | 16.3 |
| Herpes                | 7   | 4.7  |
| Condilomas            | 7   | 4.7  |
| Desconocido           | 3   | 2.0  |
| Dermatológicos        | 31  | 20.7 |
| Herpes Zoster         | 12  | 8.0  |
| Candidiasis Oral      | 5   | 3.3  |
| Escabiosis            | 1   | 0.7  |
| Dermatitis Seborreica | 1   | 0.7  |
| Condiloma Perianal    | 1   | 0.7  |
| Herpes Simple         | 1   | 0.7  |
| Psoriasis             | 1   | 0.7  |
| Otros                 | 2   | 1.3  |
| Otros                 |     |      |
| Hepatitis             | 10  | 6.7  |
| TBC Pulmonar          | 5   | 3.3  |
| TBC                   | 2   | 1.3  |
| Neurolúes             | 2   | 1.3  |

Fuente: Encuestas

Tabla II. Pacientes infectados por VIH según Estadios y Sexo. H.S.J.D. 1993-1994

| Estadios | Hombres | Mujeres | No. | %     |
|----------|---------|---------|-----|-------|
| I        | 0       | 0       | 0   | 0.0   |
| II       | 72      | 12      | 84  | 56.0  |
| III      | 2       | 0       | 2   | 1.3   |
| IV       | 64      | 0       | 64  | 42.7  |
| Total    | 138     | 12      | 150 | 100.0 |

Fuente: Encuestas

El 82% de nuestros pacientes presentaron uno o más tipos de enfermedad dermatológica en los diferentes estadios; el 18% restante que no las presentaba, se encontraban en estadio II: Se registraron 40 diferentes enfermedades dermatológicas que las agrupamos en: enfermedades infecciosas (45.7%), no infecciosas (47.9%) y neoplásicas (6.4%) para un total de 280 casos, en donde la dermatitis seborreica (23%), la candidiasis oral (17.9%), la xerodermia (11%), el sarcoma de Kaposi (6%) y los prurigos (6%) fueron las manifestaciones más frecuentemente encontradas. (Tabla IV y V).

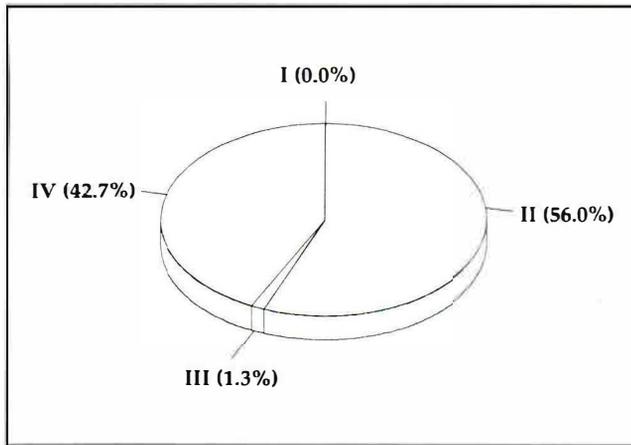


Fig. No. 1. Pacientes infectados por VIH según Estadios. 1993-1994.

## DISCUSION

Las manifestaciones dermatológicas de la infección por VIH pueden estar directamente relacionadas con el virus o pueden ser secundarias a las alteraciones del sistema inmunológico.<sup>1,7</sup>

En nuestro estudio los adultos y jóvenes fueron el grupo de edad prevalente. Los hombres con prácticas homosexuales promiscuas, por historia clínica y reflejadas en las frecuentes enfermedades venéreas recurrentes o concurrentes, fueron el grupo de mayor riesgo epidemiológico. Otras formas de adquisición de la infección como transfusiones (3,5%) y transplacentario (0,7%) son de menor relevancia. Datos similares son informados por el Ministerio de Salud de nuestro país.<sup>6,8</sup> Sin embargo, en la actualidad se observa un aumento en la frecuencia de transmisión heterosexual con la consecuente infección de la mujer y por tanto del recién nacido.<sup>6,8</sup>

En algunos estudios, las enfermedades dermatológicas ocupan hasta el 36,4% de los hallazgos patológicos en el estadio II, aumentándose a un 75% en estadio IV Sida.<sup>2</sup> En nuestro estudio, el 73% de los pacientes que se encontraban en el estadio II manifestaron alguna enfermedad cutánea asociada,

| Enfermedades Asociadas | No. | %     |
|------------------------|-----|-------|
| Neumocistosis Pulmón   | 15  | 21.7  |
| TBC Pulmonar           | 7   | 10.1  |
| Toxoplasmosis Cerebral | 7   | 10.1  |
| Criptococos SNC        | 6   | 8.7   |
| Enf. Diarreica Crónica | 6   | 8.7   |
| Enf. Diarreica Aguda   | 5   | 7.2   |
| DNT Severa             | 4   | 5.8   |
| Candidiasis Esofágica  | 4   | 5.8   |
| Neurólúes              | 3   | 4.3   |
| Neumonía Bacteriana    | 2   | 2.9   |
| TBC Ganglionar         | 2   | 2.9   |
| TBC Intestinal         | 1   | 1.4   |
| Parálisis Facial       | 1   | 1.4   |
| Polineuropatía VIH     | 1   | 1.4   |
| Encefalopatía VIH      | 1   | 1.4   |
| Tumor Abdominal        | 1   | 1.4   |
| Linfoma Burkitt        | 1   | 1.4   |
| Kaposi Supraglótico    | 1   | 1.4   |
| Artritis Psoriática    | 1   | 1.4   |
| Total                  | 69  | 100.0 |

Fuente: Encuestas

Tabla IV. Distribución de las manifestaciones cutáneas por grupos. H.S.J.D. 1993-1994

| Manifestaciones             | II  | III | IV  | No. | % Pacien | % Casos |
|-----------------------------|-----|-----|-----|-----|----------|---------|
| <b>NO INFECCIOSAS</b>       |     |     |     | 134 | 89.3     | 47.9    |
| 1. Dermatitis Seborreica    | 28  | 1   | 36  | 65  | 43.3     | 23.2    |
| 2. Toxicodermia             |     |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 3. Xerodermia               | 9   |     | 22  | 31  | 20.7     | 11.1    |
| 4. Erupción P.P. VIH        | 8   | 1   | 8   | 17  | 11.3     | 6.1     |
| 5. Dermatitis Contacto      | 2   |     | 2   | 2   | 1.3      | 0.7     |
| 6. Ranula                   | 1   |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 7. Melasma                  | 1   |     | 1   | 2   | 1.3      | 0.7     |
| 8. Neurodermitis            | 1   |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 9. Acné                     | 5   |     | 5   | 5   | 3.3      | 1.8     |
| 10. Quiste Triquimal        |     |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 11. Eczema Solar            | 1   |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 12. Psoriasis               |     |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 13. Ulcera Perianal Ines.   | 1   |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 14. Aftas                   | 1   |     | 1   | 2   | 1.3      | 0.7     |
| 15. Ulcera Post trauma      |     |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 16. Ulcera por Presión      |     |     | 1   | 2   | 1.3      | 0.7     |
| 17. Folliculosis Eosinof.   |     |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| <b>INFECCIOSAS</b>          |     |     |     | 128 | 85.3     | 45.7    |
| Micóticas                   |     |     |     | 75  | 50.0     | 26.8    |
| Candidiasis                 |     |     |     | 62  | 41.3     | 22.1    |
| 18. Oral                    | 16  |     | 34  | 50  | 33.3     | 17.9    |
| 19. Balanitis               | 2   |     | 2   | 2   | 1.3      | 0.7     |
| 20. Queilitis Angular       |     |     | 5   | 5   | 3.3      | 1.8     |
| 21. Perianal                | 3   |     | 3   | 3   | 2.0      | 1.1     |
| 22. Intertrigo              | 2   |     | 2   | 2   | 1.3      | 0.7     |
| Dermatofitos                |     |     | 13  | 13  | 8.7      | 4.8     |
| 23. Tíña Pedis              | 2   |     | 2   | 4   | 2.7      | 1.4     |
| 24. Tíña Corporis           | 1   |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 25. ●ncomicosis             | 1   |     | 7   | 8   | 5.3      | 2.9     |
| Parasitarias                |     |     | 10  | 10  | 6.7      | 3.6     |
| 26. Escabiosis              | 4   |     | 5   | 9   | 6.0      | 3.2     |
| 27. Pediculosis Pubis       |     |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| Virales                     |     |     | 37  | 37  | 24.7     | 13.2    |
| 28. Herpes Zoster           | 5   |     | 1   | 6   | 4.0      | 2.1     |
| 29. Herpes Genital          | 3   |     | 3   | 5   | 3.3      | 11.8    |
| 30. Gingivostomatitis H.    |     |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 31. Herpes Labial           | 1   |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 32. Molusco Contagioso      | 3   |     | 4   | 7   | 4.7      | 2.6     |
| 33. Condilomatosis Glande   | 2   |     | 2   | 2   | 1.3      | 0.7     |
| 34. Condilomatosis Perianal | 6   |     | 2   | 8   | 5.3      | 2.9     |
| 35. Condilomatosis Labial   | 1   |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 36. Hiperplasia Epitelial   | 1   |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| 37. Leucoplasia Velloso     |     |     | 3   | 3   | 2.0      | 1.1     |
| Bacterianas                 |     |     | 5   | 5   | 3.3      | 1.8     |
| 38. Forunculosis            | 1   | 1   | 2   | 4   | 2.7      | 1.4     |
| 39. Forúnculo               |     |     | 1   | 1   | 0.7      | 0.4     |
| <b>NEOPLASIAS</b>           |     |     |     |     |          |         |
| 40. Sarcoma de Kaposi       |     |     | 18  | 18  | 12.0     | 0.4     |
| <b>Total</b>                | 112 | 3   | 165 | 280 | 100.0    | 100.0   |

Fuente: Encuestas

y en estadio IV el 94% de los examinados presentaron una o más dermatopatías.

Al igual que lo informado en la literatura, encontramos infecciones micóticas (*Candida albicans*, dermatofitos), virales (herpes, papovavirus, poxvirus, Epstein Barr Virus), parasitarias (*Sarcoptes scabiei*, *Pthyrus pubis*).<sup>9</sup> Las infecciones oportunistas cutáneas corresponden al 45% de nuestros casos, en algunos fueron la primera manifestación de la enfermedad por VIH y su clave diagnóstica, por ejemplo: adultos jóvenes con antecedentes o lesiones por herpes zoster con compromiso de una o más dermatomas; molusco contagioso diseminado o con localización facial; condilomas perianales y candidiasis oral crónica (en pacientes sin ninguna enfermedad aparente que cause inmunosupresión). Teniendo en cuenta que el 42% de nuestros pacientes tenían diagnóstico de Sida, con enfer-

| Tabla V. Distribución de las enfermedades cutáneas por grupos.<br>H.S.J.D. 1993-1994 |     |       |
|--|-----|-------|
| Enfermedades   | No. | %     |
| NO INFECCIOSAS   | 138 | 47.9  |
| INFECCIOSAS  | 128 | 45.7  |
| Micóticas  | 75  | 26.8  |
| Virales  | 37  | 13.2  |
| Parasitarias   | 10  | 3.6   |
| Bacterianas  | 5   | 1.8   |
| NEOPLASICAS  | 18  | 6.4   |
| Total  | 280 | 100.0 |
| Fuente: Encuestas  |     |       |

medades infecciosas graves como toxoplasmosis cerebral, TBC cerebral y pulmonar, criptococosis meníngea, neumonía por pneumocystis carinii, llama la atención que no encontramos manifestaciones dermatológicas concomitantes por ellas. No hallamos tampoco enfermedades como histoplasmosis cutánea, ni angiomatosis bacilar, como lo descrito en la literatura.<sup>9,10</sup>

Por otra parte, dentro de las enfermedades no infecciosas resalta la gran prevalencia de dermatitis seborreica extensa y severa, en el 43.3% de nuestros pacientes (18.7% en estadio II y 24.0% IV) comparado con el 9% de dermatitis seborreica encontrada en la consulta general de dermatología de nuestra Unidad.<sup>11</sup> La xerodermia fue la tercera manifestación dermatológica más frecuente en nuestro estudio, hallada en el 14.7% de los pacientes con Sida. En una revisión de 684 pacientes infectados por VIH en cuatro Centros de Boston la frecuencia fue de 1.6% en el mismo estadio.<sup>3</sup> Igualmente observamos prurigos inespecíficos y crónicos de difícil precisión diagnóstica, a pesar de estudios repetidos de anatomía patológica y exámenes directos: el 11.3% de los pacientes presentaron erupción papular (epp) asociada a VIH y el 9% escabiosis, anotando que los prurigos no se encuentran dentro de las 10 primeras causas de la consulta general de nuestra Unidad.<sup>11</sup> Diferentes autores han descrito las lesiones pruríticas de la piel como síntoma inicial de infección por VIH con datos que varían entre el 51% y 70% en estudios de pacientes africanos y haitianos respectivamente; y como síntoma en Sida entre el 36% - 46%. Es probable que la epp asociada a VIH represente un espectro de enfermedades, incluyendo la foliculitis eosinofílica, que presentan similitudes clínicas e histopatológicas, pero con diferentes etiologías hasta el momento desconocidas.<sup>13</sup>

Todas estas dermatosis se presentaron en forma combinada, exagerada, con gran extensión, persistencia, recurrencia, y por tanto, de difícil manejo terapéutico, afectando más la calidad de vida del paciente.

En cuanto a las neoplásicas, la más prevalente fue el sarcoma de Kaposi multicéntrico (12% de los pacientes), presente aun en individuos por lo demás asintomáticos, pero marcador de progresión de la enfermedad. Datos similares se encuentran en otras revisiones.<sup>10,12</sup>

Es llamativo la poca frecuencia de reacciones a drogas (0.7%), a pesar del uso de múltiples fármacos en el curso de la infección como lo documentan las diferentes publicaciones, con el 18%.<sup>3</sup> Respecto a esto último, creemos que hubo subregistro, ya que muchas de estas reacciones son manejadas por los médicos tratantes.

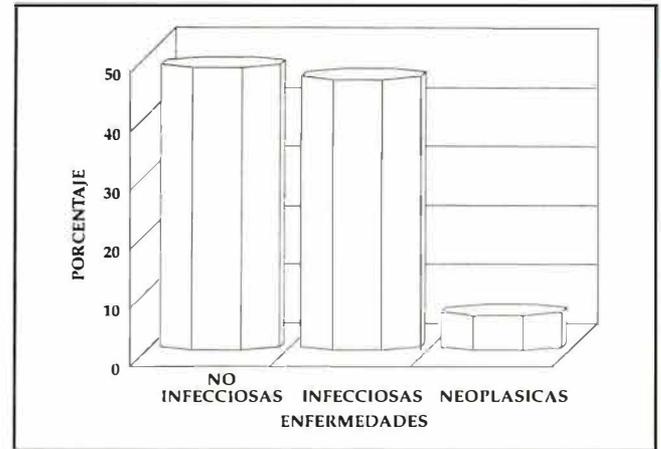


Fig. No. 2. Enfermedades cutáneas. H.S.J.D. 1993-1994.

Infortunadamente no fue posible practicar recuento de CD4 CD8 en la mayoría de nuestros pacientes para determinar cuáles de los problemas de piel o combinación de ellos son de mayor utilidad como predictores clínicos de presencia o progresión de enfermedad por VIH. Sin embargo, lesiones por herpes zoster en jóvenes, dermatitis seborreica severa, prurigos crónicos deben tenerse en cuenta como eventos tempranos en el curso de la infección. Por otra parte, debemos hacer énfasis en la búsqueda de lesiones específicas del SIDA como la leucoplasia vellosa oral, el sarcoma de Kaposi y la foliculitis eosinofílica.

En resumen, las manifestaciones dermatológicas son importantes en el curso de la infección por VIH: cabe resaltar que las enfermedades cuya presentación clínica atípica, cronicidad o resistencia a las terapias habituales sean llamativas para el dermatólogo sirven para alertarnos frente a pacientes con factores de riesgo epidemiológico y sospechar o diagnosticar infección concomitante por VIH, en forma precoz.

## AGRADECIMIENTOS

Por la colaboración y orientación, a los doctores: Alvaro Acosta de Hart, Profesor de Patología, Universidad Nacional; Gerzain Rodríguez Toro, Profesor de Patología Universidad Nacional; y a la Unidad de Patología Infecciosa del Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá.

## SUMMARY

Infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) has been reported in Colombia until march 1994 in 9.787 individuals. From may 1993 to may 1994 we had the opportunity to examine 150 patients affected with the HIV in order to determine the frequency of occurrence of skin diseases in them.

The patients were classified according to the CDC 1987 criteria. We found one or more types of skin diseases in 82% of them. The main dermatologic diagnoses were: Seborrheic dermatitis (43%), oral candidiasis (33.3%), dry skin (20.7%), Kaposi's Sarcoma (12%) and papular pruritic eruption (11.3%).

## BIBLIOGRAFIA

1. Laso F. Arreste J. Pierard C. Signos cutáneos de SIDA. *Med Cut I.L.A.* XX(4): 153-60 1992.
2. Velásquez G, Gómez R.D. SIDA. Enfoque Integral. CIB 1992 Medellín, Colombia 1992.
3. Coopman Serge, Johnson Richard, Platt R. et al. Cutaneous Disease and drug reactions in HIV Infection. *N. Engl. J. Med.* 328 (23): 1670-4 1993.
4. Hight A, Kurt J. Viral Infections. Human Immunodeficiency Virus. Rook/Wilkinson. *Textbook of Dermatology Oxford* Pag: 919-36, 1992.
5. Chester Debra, Gerdelman Howard et al. Monocytes Dendritic Cells, and Langerhans Cells in Human immunodeficiency Virus Infection. In LTC James William. *Dermatology Clinic.* 9 (3): 415-441. 1991.
6. Ministerio de Salud Pública de Colombia. Boletín Epidemiológico Nacional. Programa Nacional ETS/VIH/SIDA. (2) enero-marzo 1994.
7. Dover J. Johnson R. Cutaneous Manifestation of Human Immunodeficiency Virus Infection part I. *Arch Dermatol.* 1 27: 1283-91. 1991.
8. Brundge J.F. Epidemiology of VIH Infection and AIDS in the United States. LTC James William. *Dermatology Clinic* 9 (3): 465-92. 1991.
9. Berger T. Greene I. Bacterial, Viral, Fungal, and parasitic Infection. In HIV disease and AIDS. In LTC James Williams. *Dermatology Clinics* 9 (3): 465-492.
10. Dover J., Johnson R. Cutaneous Manifestations of Human Immunodeficiency Virus Infection Part II. *Arch Dermatol.* Vol 126: 1549-58, 1991.
11. García F. Villamizar J.R. Patologías más Frecuentes en la Consulta de Dermatología, Hospital San Juan de Dios, Santafé de Bogotá. *Revista de la Sociedad Colombiana de Dermatología* 2 (6): 272-4. 1993.
12. Schwartz J.J., Diaz B.M., Safai B. HIV Related malignances. In LTC James W. *Dermatologic Clinics* 9 (3): 503:15. 1991.
13. Bason M. Berger T., Nesbitt L. Pruritic Papular Eruption of HIV Disease. *International Dermatology.* Vol. 32 (11) Pag. 784-789. 1993.