

DERMATOSES EM PACIENTES COM AIDS: ESTUDO DE 55 CASOS. UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

MABEL DUARTE ALVES GOMIDES, ALCEU LUIZ CAMARGO VILLELA BERBERT*, SÔNIA ANTUNES DE OLIVEIRA MANTESE, ADENIR ROCHA, MARCELO SIMÃO FERREIRA, AERCIO S. BORGES

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) -MG

RESUMO – Foram estudados 55 pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), triados ao serviço de Dermatologia, apresentando doenças cutâneo-mucosas, algumas de caráter oportunista. As dermatoses são freqüentes nestes doentes e, às vezes, de difícil diagnóstico pelo caráter atípico das lesões.

OBJETIVOS. Analisar a freqüência e apresentação clínica das dermatoses relacionadas à Aids.

MÉTODOS. Cinquenta e cinco pacientes com Aids e lesões tegumentares foram estudados, de modo transversal, no Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Uberlândia, de 1995 a 1997. Foram realizadas biopsias e culturas diversas para elucidação diagnóstica.

RESULTADOS. Foram encontradas 116 dermatoses, com predomí-

nio das fúngicas (78%), seguidas pelas virais (40%), eritemato-escamosas (27%), pápulo-pruríticas (18%), causadas por drogas (10%), neoplásicas (9%) e outras afecções cutâneo-mucosas (7%). A maioria dos pacientes apresentou mais de uma dermatose (67%).

CONCLUSÕES. Confirmou-se a maior freqüência de dermatoses fúngicas, seguidas pelas virais, na Aids. Observou-se a necessidade de propedêutica bem elaborada para o diagnóstico preciso das dermatoses, devido à sua apresentação atípica em grande número de doentes. O exame dermatológico e a biopsia das lesões tiveram grande relevância na suspeita do diagnóstico de Aids.

UNITERMOS: Aids. Afecções cutâneo-mucosas.

INTRODUÇÃO

As doenças tegumentares têm sido descritas com relativa freqüência em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Tais afecções têm sido detectadas em mais de 90% dos indivíduos VIH-positivos¹⁻¹¹, muitas vezes constituindo os primeiros sinais clínicos da doença^{7,17}. As manifestações cutâneo-mucosas podem aparecer mesmo antes da síndrome propriamente dita, com características que sugerem a soropositividade¹², principalmente quando se acompanham de outros sinais clínicos e de dados epidemiológicos suspeitos¹³.

Com freqüência, as doenças tegumentares associadas à infecção pelo HIV apresentam-se de forma exuberante e atípica^{14,15,17,19}. Sua prevalência tem sido semelhante em pacientes com Aids ou simplesmente HIV-positivos^{6,15}. As lesões dermatológicas podem inclusive ser usadas para monitorizar a progressão da infecção pelo HIV^{5,8,16}.

As dermatoses nos portadores do HIV são de natureza diversa, podendo ter caráter neoplásico, infeccioso ou inflamatório.

Na literatura nacional foram encontrados poucos trabalhos analisando a prevalência das dermatoses em indivíduos infectados pelo HIV.

Visando contribuir para o conhecimento das afecções cutâneo-mucosas em pacientes com Aids em nosso país, estudou-se, transversalmente, a freqüência das mesmas no Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), Minas Gerais.

MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal de 55 pacientes encaminhados do Serviço de Moléstias Infecciosas e do Pronto Socorro do HC-UFU, no período de agosto de 1995 a dezembro de 1997. O protocolo utilizado constava de dados de identificação, dois testes ELISA confirmando a presença do HIV, caracterização de grupos de risco, antecedentes patológicos referentes à Aids coletados diretamente do paciente e/ou de seu prontuário, descrição pormenorizada das lesões dermatológicas e exames complementares. O diagnóstico das dermatoses foi baseado no aspecto clínico e confirmado, quando necessário, pelos seguintes procedimentos: biopsias das lesões com envio de material para exame histopatológico corado pelo HE, Grocott, Fite Faraco e Ziehl Nielsen; exames micológicos diretos para detec-

*Correspondência:

Alceu Luiz Camargo V. Berbert.
Rua Dimas Moreira de Sá, 2.205
CEP: 38406-281 - Uberlândia - MG
Tel.: (34) 9979-0070

ção de micoses superficiais, acrescidos de culturas em meio de Sabouraud quando havia suspeita de micoses profundas; pesquisa direta de bactérias e de micobactérias, tendo sido também utilizado cultivo em meio de Löwenstein. Tais exames foram realizados pelos Serviços de Dermatologia, Anatomia Patológica e Laboratório de Análises Clínicas do referido hospital.

As dermatoses foram classificadas em fúngicas, virais, eritemato-escamosas, pápulo-pruríticas, induzidas por drogas, neoplásicas e outras.

RESULTADOS

A idade dos pacientes variou de 17 a 65 anos, com média de 32,8 anos; 71% tinham entre 20 e 39 anos (Figura 1).

Dentre os 55 pacientes, 43 (78,2%) eram do sexo masculino e 12 (21,8%) do feminino. Em relação aos grupos de risco, houve predominância de heterossexuais (56,4%), sendo 34,6% do sexo masculino e 21,8% do sexo feminino. Usuários de drogas corresponderam a 18,2%; bissexuais a 12,7%. Apenas 3,6% eram homossexuais masculinos. Não se caracterizou o grupo de risco em 9,1% dos casos estudados. Não houve caso de transmissão por via transfusional. Em 23,6% dos pacientes, havia suspeita clínica de infecção pelo HIV devido a doenças oportunistas na pele. O tempo entre o diagnóstico da infecção pelo HIV e a apresentação da dermatose que motivou a consulta foi de até três anos, sendo, em média, de um ano e meio (Figura 2).

Foram diagnosticadas 116 dermatoses, com predominância das fúngicas e virais (Tabela 1). A maioria dos pacientes (67,2%) apresentou mais de uma afecção.

Os doentes estudados apresentavam ainda outras doenças e/ou alterações relacionadas ao HIV. (Tabela 2).

As manifestações cutâneo-mucosas apresentaram-se isoladas ou associadas as

Figura 1 – Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária

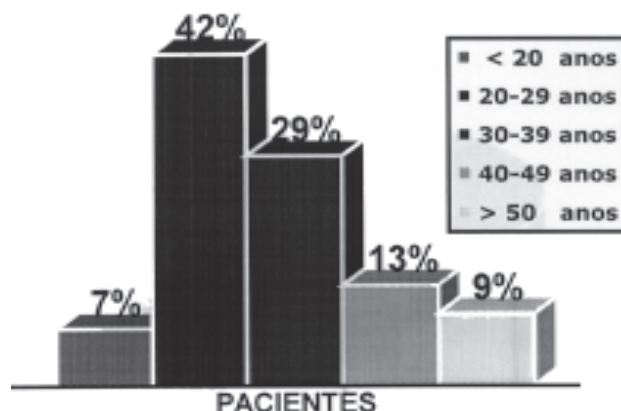
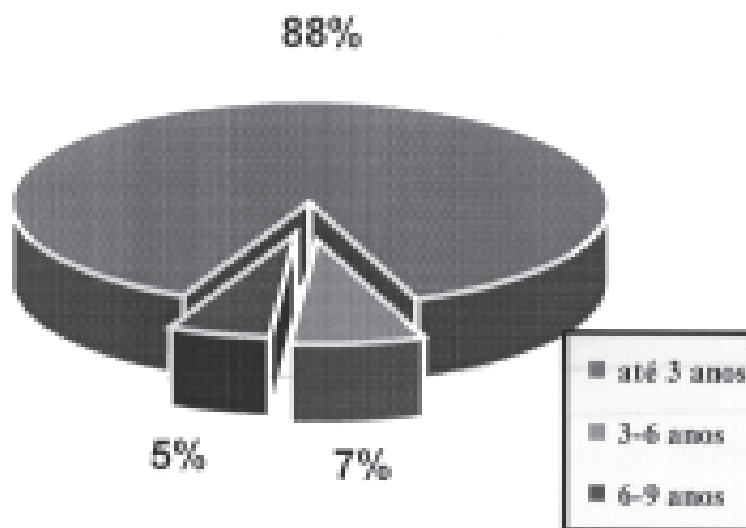


Figura 2 – Distribuição dos pacientes quanto ao tempo entre o diagnóstico da infecção pelo HIV e a apresentação da dermatose



doenças relacionadas à Aids. Dos 55 pacientes, 13 (23,6%) procuraram atendimento devido às dermatoses; a partir do caráter oportunista das lesões, aventou-se a presença do HIV. Outros estavam internados para tratamento de infecções sistêmicas e portavam lesões cutâneas e/ou mucosas que levantaram suspeitas de estarem relacionadas à imunossupressão adquirida.

DISCUSSÃO

Dermatoses fúngicas

Praticamente todos os pacientes HIV-positivos apresentam infecção por *Candida sp* em alguma fase da doença. A candidíase pode clinicamente manifestar-se por lesões orais e também como intertrigo, queilite angular, balanopostite, paroníquia e onicomicose^{12,25}. É considerada um dos sinais car-

Tabela I - Dermatoses observadas nos 55 pacientes HIV-positivos estudados

A – Fúngicas	Nº de doentes	Percentual
Candidíase oral	21	38,2%
Dermatofitoses*	10	18,2%
Histoplasmose	6	10,9%
Candidíase(exceto oral)**	3	5,5%
Pitiríase versicolor	2	3,6%
Criptococose	1	1,8%
TOTAL	43	78,2%
B – Virais		
Herpes simples	8	14,5%
Leucoplasia pilosa	4	7,3%
Herpeszoster	3	5,5%
Molusco contagioso	3	5,5%
Condiloma acuminado	2	3,6%
Verruga vulgar	2	3,6%
TOTAL	22	40%
C - Eritêmato-Escamosas		
Xerodermia	8	14,5%
Dermatite seborréica	6	10,9%
Psoríase	1	1,8%
TOTAL	15	27,2%
D – Pápulo-Pruríticas		
Erupção pápulo-prurítica	7	12,7%
Líquen plano	3	5,5%
TOTAL	10	18,2%
E – Induzidas por drogas		
Erupção fixa medicamentosa	3	5,5%
Eritema polimorfo	1	1,8%
Urticária crônica	1	1,8%
Erupção acneiforme	1	1,8%
TOTAL	6	10,9%
F – Neoplásicas		
Sarcoma de Kaposi	4	7,3%
Melanoma maligno	1	1,8%
TOTAL	5	9,1%
G – Outras Dermatoses		
Dermatite crônica inespecífica	2	3,6%
Vasculite leucocitoclástica	1	1,8%
Pediculose	1	1,8%
TOTAL	4	7,2%

*Onicomicose (6), tinha crural (2), tinha do corpo (1) e tinha do pé (1)

**Intertrigo (1), balanopostite (1) e queilite angular (1)

dinais da imunodeficiência quando as lesões são extensas e persistentes²⁶.

No presente estudo, a candidíase foi a dermatose mais encontrada (43,6%). Em 21 (87,5%) dos 24 pacientes com a infecção, havia acometimento oral. Os demais casos foram um de balanopostite, um de queilite angular e um de intertrigo. A candidíase oral é uma manifestação de alta prevalência em HIV-positivos, com frequência variável entre 25% e 90%^{1,5,6,8,9,13,14,18,19,20}. A presença de candidíase oral pode ser um indicativo de desenvolvimento subsequente da síndrome²⁵ e, conseqüentemente, de outras infecções oportunistas²⁶.

Dermatofitoses constituíram a segunda manifestação fúngica mais freqüente, sendo observadas em 18,2% dos casos estudados. Clinicamente, apresentam-se, em geral, com características especiais, como o comprometimento de áreas extensas, evolução mais rápida e necessidade de tratamento sistêmico¹². A prevalência das dermatofitoses em diferentes trabalhos varia de 3,6% a 84%^{1,5,6,9,18}, predominando as tinhas dos pés, crural, do corpo e das unhas¹². Os achados desta pesquisa enquadram-se nos dados de literatura acima referidos.

Aproximadamente 10% dos doentes com histoplasmose disseminada apresentam lesões cutâneas^{2,23,24}, principalmente durante a fase de imunossupressão grave^{6,12}. As lesões cutâneas generalizadas são variáveis e inespecíficas^{6,19,22-24}. Na casuística de Borges et al. (1997)²⁷, em 22,2% dos casos ocorridos em pacientes infectados pelo HIV, a histoplasmose foi a primeira manifestação da doença, tendo sido, portanto, a infecção que definiu o diagnóstico de Aids. No presente estudo, a histoplasmose cutâneo-mucosa ocorreu em freqüência considerável (10,9%), acometendo seis pacientes; destes, quatro tinham comprometimento sistêmico, com hemocultura e mielocultura positivas. Apresentaram pápulas, placas e ulcerações disseminadas em pele e/ou

Tabela 2 – Doenças e/ou alterações relacionadas ao HIV

Achados correlatos	Nº de Doentes	Percentual
Anemia	20	36,4%
Meningoencefalites	19	34,5%
Diarréia inespecífica*	18	32,7%
Tuberculose	15	27,3%
Linfopenia	15	27,3%
Candidíase (Esofágica e Disseminada)	14	25,5%
Trombocitopenia	11	20,0%
Pneumonias	10	18,2%
Estrongiloidíase	6	10,9%
Histoplasmose Disseminada	6	10,9%
Hepatites	6	10,9%
Neuropatia Periférica	3	5,4%
Linfadenomegalia	3	5,4%
Citomegalovirose	2	3,6%
Septicemia	1,81	1,8%

* Sem Agente Causal Identificado.

mucosas. O diagnóstico dermatológico foi feito através da suspeita clínica, biopsia e cultura positiva para *Histoplasma capsulatum*. Um dos pacientes apresentou recidiva 11 meses após o primeiro episódio, apesar do tratamento com anfotericina B, confirmando a opinião de alguns autores de que a doença é geralmente mais grave nos doentes com Aids²².

As manifestações cutâneas da criptococose ocorrem em menos de 10% dos pacientes com infecção sistêmica^{12,23}. Em geral, a criptococose cutânea se manifesta como celulite, paniculite, vasculite, úlceras, erupção acneiforme, pápulas, pústulas, placas vegetantes, abscessos e púrpura palpável^{19,28,29}, predominando na face e no tronco. Na presente casuística observou-se criptococose cutânea somente em um paciente que apresentava lesões papulares na face, com aproximadamente 0,5 cm de diâmetro e centro exulcerado, indolores, associadas à criptococose do sistema nervoso central, à neurotoxoplasmose e à histoplasmose disseminada.

Dermatoses Virais

O herpes simples é muito freqüente nos indivíduos HIV-positivos^{39,40} e, dependendo do grau de imunossupressão, pode causar dificuldade diagnóstica¹². No início da doença, as lesões mais comuns são vesículas agrupadas, semelhantes às observadas no indivíduo imunocompetente. Com a diminuição da imunidade, as lesões tornam-se ulceradas, grandes, dolorosas e disseminadas pelo tegumento^{12,23,41,43}. Dentre os oito casos de herpes simples deste estudo, dois manifestaram-se clinicamente como vesículas agrupadas no foco de origem e esparsas pelo corpo, com duração prolongada; nos seis restantes, as vesículas localizavam-se nas regiões genital, labial, nasal e/ou orofaríngea.

Na leucoplasia pilosa oral ocorrem lesões infiltrativas e esbranquiçadas na face lateral da língua, correlacionadas à presença do vírus Epstein Barr³³. Esta afecção é considerada um indicador sensível e possivelmente específico da infecção pelo HIV e altamente preditiva para o desenvolvimento

da Aids^{15,34-38}. Nesta casuística, a leucoplasia pilosa oral ocorreu em quatro pacientes, com idades e práticas sexuais variadas, todos com infecções oportunistas à época do diagnóstico.

Nos portadores do HIV, o herpes zoster apresenta-se com maior freqüência num dermatomo, mas pode surgir em vários deles, recorrer no mesmo trajeto nervoso ou estar disseminado^{41,42,43,44}. A forma disseminada é uma manifestação freqüente na Aids, recidivante e geralmente relacionada ao declínio do estado imunológico¹². Entretanto, Buchbinder et al.⁴⁹ acreditam que o herpes zoster não constitui sinal fidedigno de imunodeficiência profunda, já que pode ocorrer em qualquer estágio da doença pelo HIV. Nos três casos observados de herpes zoster, as vesículas apresentaram-se agrupadas, porém distribuídas em mais de um dermatomo.

O molusco contagioso é uma infecção viral causada por um poxvírus, habitualmente auto-limitada e com predomínio na infância. Nos pacientes com imunossupressão adquirida, as lesões do molusco contagioso se caracterizam, após vários meses de evolução, pelo aumento dramático em número e tamanho^{8,14,19} e pela localização na face e região genital^{8,19,23}. A freqüência observada neste estudo foi de 5,5% enquanto que em outros variou de 5% a 20%^{1,5,6,8,9,13,23}.

Dermatoses Eritêmato-Escamosas

A xerodermia, segundo alguns autores^{14,30}, é muito freqüente na fase avançada da Aids; porém, em diferentes trabalhos, sua freqüência é variável de 3% a 75%^{1,5,6,9,24}. Acredita-se que sua etiologia se deva à desnutrição, cronicidade da doença, higiene precária ou ao próprio déficit imunológico^{12,24}. Nesta casuística, dos 55 casos estudados, oito (14,5%) apresentaram xerodermia.

A dermatite seborréica ocorreu em 10,9% dos pacientes VIH-positivos examinados, apresentando-se no couro cabelu-

do, na face e parte superior do tórax. Na literatura, observam-se freqüências de 7,4% a 83%^{1,2,5,6,8,9,18,19}.

Dos 55 pacientes, um (1,8%) apresentou psoríase. Tratava-se de um quadro de psoríase em placas, de moderada intensidade, comprometendo as regiões cubitais, joelhos e dorso. A prevalência da psoríase nos pacientes HIV-positivos varia na literatura de 1,3% a 8,3%^{1,14,24,46}, havendo controvérsias quanto à sua elevação em relação à população geral. Entretanto, pode haver progressão acelerada das lesões da psoríase nestes pacientes, além da possibilidade de aumento da prevalência da artrite psoriásica^{24,46}.

Dermatoses Pápulo-Pruríticas

Na presente pesquisa houve sete casos (12,7%) de erupção pápulo-prurítica (EPP). Tal freqüência coincide com a de outros autores, cujos percentuais variaram de 11,4% a 48%^{12,19,22}. As lesões eram geralmente pruriginosas, manifestando-se clinicamente como pápulas de 2 a 5mm de diâmetro, de cor semelhante à da pele normal, não coalescentes, localizadas em cabeça, pescoço e região superior do tronco.

A EPP da Aids é uma afecção cutânea crônica caracterizada pela erupção de pápulas eritematosas e pústulas, podendo constituir a manifestação inicial nos pacientes infectados pelo HIV^{45,47}. Provavelmente, representa um espectro de doenças, incluindo a foliculite eosinofílica associada ao HIV, que têm achados clínicos e histológicos similares⁴⁸.

Dermatoses Induzidas por Drogas

As farmacodermias ocorrem com relativa freqüência na Aids (6,3% a 18%)^{1,9,13,14,18}, uma vez que os pacientes HIV-positivos fazem uso de grande número de medicamentos. Manifestam-se, principalmente, por hiperpigmentação, exantema, quadro urticariforme e bolhas. Na maioria das vezes, relacionam-se ao uso de sulfas e amoxicilina^{12,18,22}. Neste estudo ocorreram em seis dos 55 pacientes analisados (10,9%):

eritema pigmentar fixo em três casos; eritema polimorfo, urticária crônica e erupção acneiforme, um caso de cada.

Dermatoses Neoplásicas

A presente pesquisa mostrou número reduzido de dermatoses neoplásicas. O sarcoma de Kaposi foi observado em apenas quatro doentes (7,3%), com idades entre 25 e 34 anos. Um era homossexual, outro bissexual, e os dois restantes heterossexuais. Três dos quatro pacientes (75%) apresentavam infecções oportunistas. O achado de baixa freqüência do sarcoma de Kaposi nesta casuística talvez seja devido ao pequeno número de homo e bissexuais estudados. O sarcoma de Kaposi é o tumor mais comum em pacientes com Aids^{12,14}. Na forma clássica, as lesões se iniciam simetricamente nas mãos e nos pés, podendo envolver grandes áreas³¹ com placas e nódulos violáceos, que podem ulcerar^{31,32}.

O melanoma maligno foi observado em apenas um caso, e qualquer associação entre melanoma e infecção pelo HIV parece representar coincidência, não tendo relação com a imunossupressão^{8,34}.

CONCLUSÕES

As dermatoses nos portadores do HIV manifestam-se de forma atípica em grande número de doentes, impondo propedêutica bem elaborada para um diagnóstico preciso.

De acordo com o tempo de descoberta do HIV, observou-se que o exame dermatológico e a biopsia de pele colaboraram no diagnóstico precoce da Aids.

Confirmou-se a maior freqüência das dermatoses fúngicas, seguidas pelas virais nos pacientes HIV-positivos. A candidíase oral foi a dermatose mais encontrada, confirmando sua alta freqüência nestes doentes.

Algumas das dermatoses diagnosticadas, especialmente a histoplasmose, refletiram seu caráter endêmico em nossa região,

tendo sido registradas em percentual mais elevado do que aqueles observados principalmente na literatura internacional.

SUMMARY

SKIN DISEASES IN ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS): ANALYSIS OF 55 BRAZILIAN CASES FROM UBERLÂNDIA – MG, BRAZIL

Fifty-five patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) seen at the Dermatology outpatient clinic and who had mucocutaneous diseases were studied. These diseases, some of them opportunistic, are common but difficult to diagnose given the atypical features of the lesions.

OBJECTIVES. The aim of this study was to analyse the frequency and clinical presentation of dermatoses related to Aids seen at the Dermatology outpatient clinic.

Methods. Fifty-five patients with Aids and mucocutaneous lesions were examined from 1995 to 1997 in a cross-sectional study carried out at the Dermatology outpatient clinic of the Universidade Federal de Uberlândia (Minas Gerais, Brazil). Biopsies and cultures were undertaken for laboratory diagnosis.

Results. One hundred sixteen dermatoses were diagnosed. Fungal infections (78%) were the commonest among them, followed by viral infections (40%), papulosquamous disorders (27%), papular eruptions (18%), adverse drug reactions (10%), tumors (9%) and a variety of others (7%). The majority of the patients (67%) had more than one type of skin disorder.

Conclusions. In agreement with previous literature data fungal and viral infections were confirmed as the most frequent skin disorders in HIV-positive patients. Dermatological examination, laboratory tests and skin biopsy for histopathological study are necessary for appropriate diagnostic investigation of HIV-related mucocutaneous diseases considering that atypical presentation occurs in a large proportion of the patients. [Rev Assoc Med Bras 2002; 48(1): 36-41]

KEY WORDS: Aids. Skin diseases.

REFERÊNCIAS

1. Smith KJ, Skelton HG, Yeager J, Ledsky R, Mc Conty W, Baxten D, et al. Cutaneous findings in HIV-1-positive patients: a 42-month prospective study. Military Medical Consortium for the Advancement of Retroviral Research CCMCARR. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31:746-54.
2. Kaplan MH, Sadick N, McNutt S, Meltzen M, Sarngadharan MG, Pahwa S, et al. Dermatologic findings and manifestations of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *J Am Acad Dermatol* 1987; 16: 485-506.
3. Myskowski PL, Ahkami R. Dermatologic complications of HIV infection. *Med Clin North Am* 1996; 80:1415-35.
4. Memar O, Cirelli R, Lee P, Tying SK. Cutaneous manifestations of HIV-1 infection. *J Am Podiatr Med Assoc* 1995; 85:362-74.
5. Mendel BR, Janier M, Gerbaka J, Reynau D, Menn B. Dermatologic findings in HIV-infected patients: a prospective study with emphasis on CD4+ cell count. *Dermatologic* 1996; 192:325-8.
6. Coldiron BM, Bergstresser PR. Prevalence and clinical spectrum of skin disease in patients infected with human immunodeficiency virus. *Arch Dermatol* 1989; 125:357-61.
7. Abraham A. AIDS in the tropics. *Dermatol Clin* 1994; 12:747-51.
8. Tschachler E, Bergstresser PR, Stingl G. HIV-related skin diseases. *Lancet* 1996; 348:659-63.
9. 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.
10. Walker BD. Imunologia relacionada à AIDS/SIDA. HIV e a síndrome da imunodeficiência adquirida. In: Bennett JC, Plum F, editores. *Tratado de medicina interna*. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p.2027-88.
11. Berger TG. Dermatologic care in the AIDS patient: a 1990 update. In: Sande MA, Volberding PA, editors. *The medical management of AIDS*. Philadelphia: W. B. Saunders; 1990. p.114-30.
12. Mattos RA. Manifestações cutâneas da SIDA. In: Mattos RA, editor. *Dermatologia para o clínico*. São Paulo: Lemos; 1997. p.255-77.
13. Katz DR, Manini MIP, Takahashi MDF. Manifestações cutaneomucosas em doentes de AIDS. *An Bras Dermatol* 1986; 61:19-21.
14. Rosatelli JB, Machado A, Roselino AM. Dermatoses among Brazilian HIV-positive patients: correlation with the evolutionary phases of AIDS. *Int J Dermatol* 1997; 36:729-34.
15. Kwan TH, Hood AF. Associated cutaneous diseases. In: *Pathology of AIDS and infection*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992. p.148-73.
16. Coopman SA, Johnson RA, Platt R, Stem RS. Cutaneous disease and drug reactions in HIV infection. *N Engl J Med* 1993; 328:1670-4.
17. Aftergut K, Cockerell CJ. Update on the cutaneous manifestations of HIV infection. *Dermatol Clin* 1999; 17:445-71.
18. Oliveira MMM, Veiga RG, Sereno AB, Manela M, Pereira Jr AC. Síndrome de imunodeficiência adquirida. Lesões cutâneas. *An Bras Dermatol* 1988; 63:63-6.
19. Warner LC, Fisher BK. Cutaneous manifestations of the acquired immunodeficiency syndrome. *Int J Dermatol* 1986; 25:337-50.
20. Yamada CK, Bohnenstengel E, Mendes AVTO, Sabongi VPG, Meira MCAM. Incidência de dermatofitoses e candidoses em pacientes HIV soropositivos. *An Bras Dermatol* 2000; 75:157-63.
21. Walker MM, Griffiths CEM, Weber J. Dermatological conditions in HIV infection. *Br Med J* 1987; 294:29-32.
22. Azulay MM, Oliveira MALS, Assis TL, Pereira Jr AC. Micoses oportunistas na síndrome da imunodeficiência adquirida. *An Bras Dermatol* 1989; 64:253-5.
23. Castano-Molina C, Cockerell CJ. Diagnosis and treatment of infectious diseases in HIV-infected host. *Dermatol Clin* 1997; 15:267-83.
24. Dover JS, Johnson RA. Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Arch Dermatol* 1991; 127:1549-58.
25. Greenspan BDS, Greenspan JS. Oral manifestations of AIDS in dermatologic clinics of mucous membranes. *Dermatol Clin* 1987; 5:733-7.
26. Klein RS, Harris CA, Butkus-Small C, Moll B, Lesser M, Friedland G. Oral candidiasis in high-risk patients as the initial manifestation of the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1984; 311:354-8.
27. Borges AS, Ferreira MS, Silvestre MTA, Nishioka AS, Rocha A. Histoplasmoses em pacientes imunodeprimidos: estudo de 18 casos observados em Uberlândia, MG. *Rev Soc Bras Med Trop* 1997; 30:119-24.
28. Borton LK, Wintroub BU. Disseminated cryptococcosis presenting as herpetiform lesions in a homosexual man with acquired immunodeficiency syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10:387-90.
29. Lynch DP, Naftolin LZ. Oral Cryptococcus neoformans infection in AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64:449-53.
30. Farthing CF, Staughton RCD, Rowland Payne CME. Skin disease in homosexual patients with acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and lesser forms of human T cell leukemia virus (HTLV-III) disease. *Clin Exp Dermatol* 1985; 10:3-12.
31. Martin J. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and Kaposi's sarcoma. *Int J Dermatol* 1984; 23:483-6.
32. Stewart WD, Danto JL, Maddin S. Diagnosis and treatment of cutaneous disorders. In: *Dermatology*. 4th ed. St. Louis: CV Mosby; 1978. p.549.
33. Greenspan JS, Greenspan D, Lennette ET, Abram DI, Conant MA, Petersen V, et al. Replication of Epstein-Barr virus within the epithelial cells of oral "hairy" leukoplakia, an AIDS-associated lesion. *N Engl J Med* 1985; 313:1564-71.
34. Alesi E, Berti E, Cusini M. Oral hairy leukoplakia. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22:79-86.
35. Greenspan D, Greenspan JS, Hearst NG, et al: Oral hairy leukoplakia: human immunodeficiency virus status and the risk for developing AIDS. *J Infect Dis* 1987; 155:475-81.
36. Lupton GP, James WD, Redfield RR, Brown C, Rodman OG. Oral hairy leukoplakia: A distinctive marker of human T-cell lymphotropic virus type III (HTLV-III) infection. *Arch Dermatol* 1987; 123:624-8.
37. Schiodt M, Greenspan D, Daniels TE, Greenspan JS. Clinical and histologic spectrum of hairy leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64:716-20.
38. Morfeldt-Manson L, Julander L, Nilsson B. Dermatitis of the face, yellow toe nail changes, hairy leukoplakia and oral candidiasis are clinical indicators of progression to AIDS/opportunistic infection in patients with HIV infection. *Scand J Infect Dis* 1989; 21:497-505.
39. Siegal FP, Lopez C, Hammer GS, Brown AE, Komfeld SI, Gold J, et al. Severe acquired immunodeficiency in male homosexuals, manifested by chronic perianal ulcerative herpes simplex lesions. *N Engl J Med* 1981; 305:1439-44.
40. De Maubeuge J, Mascart-Lemone F, Clumeck N. Acquired immunodeficiency manifested as severe genital herpes. Two cases (abstract). *Dermatologica* 1984; 168:105-11.
41. Quinnan GV, Masur H, Rook AH, Armstrong G, Frederick WR, Epstein J, et al. Herpesvirus infections in the acquired immunodeficiency syndrome. *JAMA* 1984; 252:72-7.
42. Johnson RA. Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus disease. In: Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1999. p.2505-38.
43. Dover JS, Johnson RA. Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Arch Dermatol* 1991; 127:1383-91.
44. Porro AM, Yoshioka MCN. Manifestações dermatológicas da infecção pelo HIV. *An Bras Dermatol* 2000; 75:665-91.
45. Liautaud B, Pape JW, DeHovitz JA, Thomas F, La Roche AC, Vendier RI, et al. Pruritic skin lesions: a common initial presentation of acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Dermatol* 1989; 125:629-32.
46. Jing W, Ismail R. Mucocutaneous manifestations of H IV infection: a retrospective analysis of 145 cases in a Chinese population in Malaysia. *Int J Dermatol* 1999; 38:457-63.
47. Boonchai W, Laohasrisakul R, Manonukul J, Kulthanan K. Pruritic papular eruption in HIV seropositive patients: a cutaneous marker for immunosuppression. *Int J Dermatol* 1999; 38:348-50.
48. Bason MM, Berger TG, Nesbitt LT. Pruritic papular eruption of HIV-disease. *Int J Dermatol* 1993; 32:784-9.
49. Buchbinder SP, Katz MH, Hessel NA, Liu JY, O'Malley PM, Underwood R, et al. Herpes zoster and human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis* 1992; 166:1153-6.

Artigo recebido: 13/09/2000

Aceito para publicação: 30/07/2001
