

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CUELLO EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: REPORTE DE CASO

NECK SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN A PATIENT WITH ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME: CASE REPORT

José Delgado. Universidad de Panamá. Panamá. joseluisdelgado2711@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-5741-1759>

Tania Castillo. Universidad de Panamá. Panamá. tannycast@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-1163-6151>

María Alejandra Rengifo. Universidad de Panamá. Panamá. malerengifo28@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-8107-4988>

Recibido: 10/11/2023

Aceptado: 14/11/2023

DOI <https://doi.org/10.48204/1608-3849.7141>

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células escamosas es un tumor maligno que afecta la epidermis y las mucosas con una incidencia creciente relacionada con el envejecimiento, el tabaquismo y la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). La terapia antirretroviral ha reducido la prevalencia de cánceres asociados al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); no obstante, ha aumentado la incidencia de cánceres no relacionados al VIH, como el carcinoma de células escamosas en cabeza y cuello.

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de una mujer de 59 años con antecedentes de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y tabaquismo crónico. Acude por síntomas de un mes de evolución: vómitos (seis episodios diarios), diarrea (tres evacuaciones líquidas diarias), hiporexia, debilidad y pérdida de peso significativa e involuntaria (5 kg). En el examen físico se encuentra una masa indurada, no dolorosa al tacto, de bordes regulares, adherida a planos profundos en la región cervical. La biopsia del ganglio cervical confirmó un carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado e infiltrante.

DISCUSIÓN: La relación entre el VIH y el carcinoma de células escamosas cervical es infrecuente y parece estar influenciada por factores carcinogénicos como el tabaquismo, la infección por VPH y el consumo de sustancias ilícitas. Este caso resalta la importancia de incluir neoplasias en el diagnóstico diferencial de masas cervicales y la necesidad de realizar biopsias ante lesiones sospechosas en pacientes con VIH.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma de Células Escamosas de Cabeza y Cuello, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Linfadenopatía, Neoplasias de Anexos y Apéndices de Piel, Tabaquismo

ABSTRACT

INTRODUCTION: Squamous cell carcinoma is a malignant tumor that affects the epidermis and mucous membranes. Its incidence is increasing due to aging, smoking, and Human Papillomavirus (HPV) infection. Antiretroviral therapy has reduced the prevalence of cancers associated with the Human Immunodeficiency Virus (HIV); however, there has been an increase in non-HIV-related cancers, such as head and neck squamous cell carcinoma.

CASE REPORT: We present the case of a 59-year-old woman with a history of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and chronic smoking. She presented with one-month-duration symptoms: vomiting (six episodes per day), diarrhea (three episodes of watery stools per day), anorexia, generalized weakness, and significant unintentional weight loss (5 kg). Physical examination revealed a firm, non-tender mass with regular borders, adherent to deep cervical planes. A biopsy of the cervical lymph node confirmed a moderately differentiated, infiltrating squamous cell carcinoma.

DISCUSSION: The association between HIV and cervical squamous cell carcinoma is uncommon and appears to be influenced by carcinogenic factors such as smoking, HPV infection, and illicit drug use. This case highlights the importance of considering neoplasms in the differential diagnosis of cervical masses and the necessity of performing biopsies on suspicious lesions in patients with HIV.

KEY WORDS: Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Lymphadenopathy, Adnexal and Skin Appendage Neoplasms, Tobacco Use Disorder.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una infección principalmente de transmisión sexual que ha cobrado la vida de 40,4 millones de personas y continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública a nivel mundial.^[1] En la actualidad existen tratamientos como los antirretrovirales que han logrado controlar y evitar llegar al estadio de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; sin embargo, aún muchas personas que padecen esta enfermedad no se adhieren al tratamiento, principalmente aquellas en riesgo social.^[2] La no adherencia al tratamiento aumenta la susceptibilidad a infecciones oportunistas y neoplasias que tienen muchas manifestaciones físicas.

Una manifestación común dentro de las personas con inmunodeficiencia es la aparición de masas cervicales que pueden ser causadas principalmente por infecciones virales y bacterianas oportunistas e incluso algunos cánceres.

Algunas patologías infecciosas pueden manifestarse en forma de “adenopatías” como la tuberculosis extrapulmonar, Citomegalovirus e histoplasmosis.^[2] Dentro de otras patologías tenemos el carcinoma de células escamosas, también conocido como carcinoma epidermoide, es el tumor maligno más frecuente de la región de cabeza y cuello (sin contar cáncer de piel y tiroides), sus principales factores de riesgo son el tabaquismo y la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH).^[2] Los pacientes infectados con el VIH también son más propensos a desarrollar algunos tipos de cánceres que pueden aparecer en la región cervical, los llamados “cánceres asociados a VIH” que incluyen el sarcoma de Kaposi y el linfoma no Hodgkin de células B de alta malignidad.^[3]

CASO CLÍNICO

Enfermedad actual

Paciente femenina de 59 años es traída al Hospital Santo Tomás por su hermana debido a un cuadro clínico de aproximadamente un mes de evolución, caracterizado por vómitos de contenido alimenticio (alrededor de 6 episodios diarios) y evacuaciones líquidas (3 episodios diarios). Este cuadro se asocia con debilidad generalizada y una pérdida de peso significativa e involuntaria de 5 kg en los últimos tres meses. Además, la paciente refiere un aumento de volumen no cuantificado en una masa cervical desde hace dos meses, por lo que fue ingresada al servicio de medicina interna.

Historia anterior

La paciente fue diagnosticada con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en 2018 y comenzó tratamiento con Terapia Antirretroviral (TAR) que incluye Efavirenz 600 mg diarios, Lamivudina 150 mg BID y Zidovudina 250 mg BID, aunque no ha sido adherente al tratamiento. Ese mismo año, sufrió un traumatismo craneoencefálico, que dejó secuelas neurológicas, como hemiplejía derecha, disartria y desviación de la comisura labial hacia la derecha.

En 2020, fue hospitalizada durante un mes en el Hospital Santo Tomás por tuberculosis pulmonar. Niega otras enfermedades propias o antecedentes familiares relevantes.

La paciente tiene antecedentes de consumo de sustancias, incluyendo tabaquismo de 10 cigarrillos diarios durante 10 años, con un índice tabáquico de 5. También refiere alcoholismo crónico desde la adolescencia, con un consumo aproximado de 2 litros diarios de diversas bebidas alcohólicas, sin especificar duración exacta. Además, reporta consumo diario de sustancias ilícitas conocidas como

“piedra” (posiblemente derivadas de la cocaína) desde hace 7 años.

En los antecedentes ginecológicos e historia sexual, el familiar refiere que la paciente inició su vida sexual a los 21 años, ha tenido múltiples parejas en relaciones heterosexuales sin uso constante de métodos de barrera, y presenta antecedentes de dos embarazos previos, dos hijos vivos con quienes no mantiene contacto. Adicionalmente niega abortos y no reporta antecedentes de relaciones matrimoniales.

Examen físico

Signos vitales con presión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 83 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto y temperatura de 35.2° C. En la inspección general la paciente se encuentra anquilosada debido a previo trauma craneoencefálico ocurrido en el año 2018.

En la piel de la región izquierda-posterior del cuello, la paciente presenta nódulo de 4 x 3 cm indurado, con bordes regulares y adherido a planos profundos (ver Figura 1). No se observa ingurgitación yugular, ni uso de músculos accesorios de la respiración, sin adenopatías axilares palpables. No hay lesiones visibles en las mamas bilaterales, ni masas palpables, abdomen blando y depresible.

A la auscultación del tórax se encuentra con buena entrada y salida de aire, sin ruidos agregados. Sistema nervioso con Glasgow 15/15, sin déficit de nervios craneales, hemiparesia derecha. Miembro superior derecho con fuerza 2/5 y miembro inferior derecho con fuerza 3/5. Hemicuerpo izquierdo con fuerza 5/5. Reflejos 3+ en hemicuerpo derecho y 2+ en hemicuerpo izquierdo. Sensibilidad conservada. No presenta clonus, Babinski, ni signos meníngeos. Piel y mucosas sin hallazgos patológicos. Resto del examen físico sin alteraciones.

<https://revistas.up.ac.pa/index.php/revistamedicocientifica>

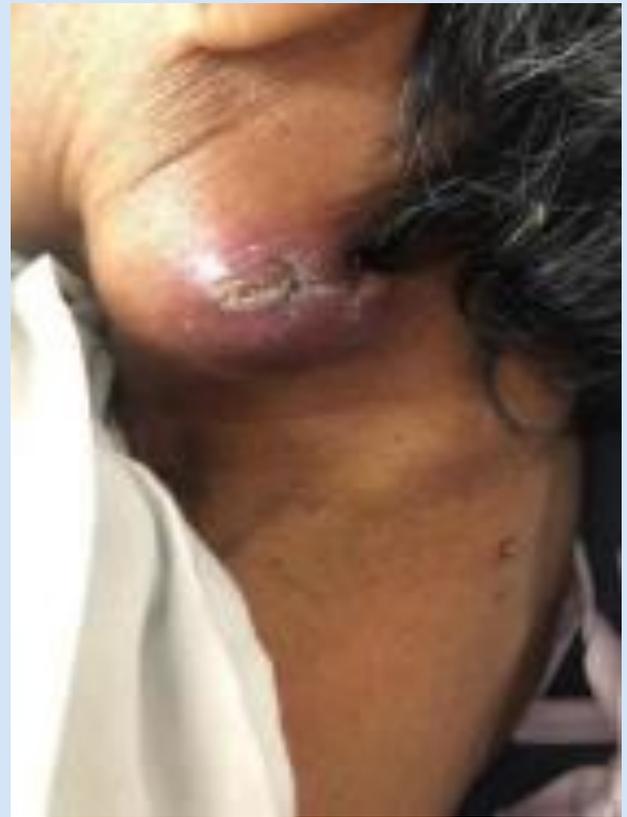


Figura 1. Masa cervical izquierda de 4 x 3 cm indurada.

Fuente: Servicio de Infectología del Hospital Santo Tomás 2021.

Interconsulta y estudios pertinentes

Se le realiza una interconsulta a infectología, quienes ordenan realizar tomografía computarizada de cuello y tórax de alta resolución en la cual se observa en campos pulmonares bilaterales la presencia de enfisema centrolobulillar; y en la tomografía de cuello y tórax contrastados se muestra hallazgo de masa con aspecto infiltrativo y márgenes irregulares en espacio cervical posterior. Tamaño aproximadamente de 3.8 x 3.2 x 3.4 cm. Se visualizan adenopatías en el nivel IIB izquierdo (1.2 x 0.6 cm), nivel IV izquierdo (0.7 x 0.6 cm).

Además, se le realiza ultrasonido de cuello donde se reconoce imagen de morfología ovalada con centro ecogénico de tamaño 2.28 x 3.14 cm. Al Doppler

color, presenta vascularización central y periférica, y adenopatía en el nivel IIB izquierdo.

Se procede a realizar biopsia de la lesión dérmica del cuello; en el estudio microscópico presentó varios fragmentos de tejido color crema, irregulares, que miden 1.2 x 1 x 0.2 cm, reportando en el diagnóstico anatomopatológico de la región cervical de los fragmentos de biopsia: carcinoma escamoso infiltrante moderadamente diferenciado. Además, se le realizó exámenes de laboratorio, donde incluye hemograma (Ver Tabla 1), conteo de linfocitos y baciloscopia (Ver Tabla 2).

Parámetro	7 de julio 2021	20 de julio 2021	25 de agosto 2021
Hemoglobina	12.9 g/dL	12.7 g/dL	11 g/dL
Leucocitos	6.6 x 10 ³ / uL	6.0 x 10 ³ /uL	10 x 10 ³ / uL
Plaquetas	363 x 10 ³ / uL	370 x 10 ³ / uL	406 x 10 ³ / uL
Neutrófilos	75.1%	67.7%	66.6%

Fuente: Laboratorio – Hospital Santo Tomás

Parámetro	Valores
Linfocitos TCD4	358 células/uL
Linfocitos TCD3	1176 células/uL
Linfocitos TCD45	1766 células/uL
Baciloscopia	No se observó BAAR (bacilo ácido alcohol resistente)

Fuente: Laboratorio – Hospital Santo Tomás

Terapéutica seguida

El régimen antirretroviral ordenado a la paciente inicialmente fue ATRIPLA, que consiste en 1 tableta con Emtricitabina de 200 mg + 1 comprimido de Tenofovir 200 mg + 1 comprimido de Efavirenz 200

mg vía oral (VO) que se administró cada día por 3 semanas.

Este régimen de tratamiento fue mal tolerado por la paciente, presentando cuadros intensos de vómito de contenido alimenticio de #5 episodios diarios por lo que fue reemplazado por el régimen de BIKTARVY, que es un único comprimido que contiene 50 mg de Bictegravir, 200 mg de Emtricitabina y 25 mg de Tenofovir administrado VO cada día de forma indefinida.

Como tratamiento empírico para infecciones oportunistas se administraron los siguientes fármacos:

- Trimetoprim/Sulfametoxazol 160/800 mg 1 tableta (TAB) VO cada día todos los días
- Cefotaxima 2g IV cada 8h por 14 días
- Metronidazol 500 mg VO cada 8h por 7 días
- Metoclopramida 10 mg IV cada 8h por 14 días
- Ceftazidima 2g IV cada 8h por 14 días
- Fluconazol 200 mg IV cada día por 21 días
- Cefepime 2g qid por 5 días
- Vancomicina 1g IV cada 12h por 7 días

Como tratamiento analgésico y sintomático se administró:

- Acetaminofén 1g VO cada 8h PRN
- Tramadol 50 mg subcutáneo [ND1] por 14 días
- Omeprazol 40 mg IV por 21 días
- Diazepam 2.5 mg VO cada noche por 21 días
- Clorfeniramina 4 mg VO cada 8h por 7 días
- Prednisona 40 mg VO cada día por 7 días

Diagnóstico diferencial

Al momento de tener un paciente con una inmunodeficiencia y lesiones dérmicas asociadas a linfadenopatías se debe optar por realizar una biopsia y descartar los posibles diagnósticos más frecuentes tomando en cuenta la localización de la lesión, que en esta paciente es el cuello.

- Linfoma No Hodgkin: en la biopsia no se encontraron patrones histológicos compatibles con esta patología.
- Histoplasmosis: descartado por biopsia, al no encontrarse células gigantes multinucleadas o levaduras en el interior de los macrófagos.
- Tuberculosis extrapulmonar: en la biopsia no se encontraron células gigantes de Langerhans o necrosis caseosa.
- Sarcoma de Kaposi: en la biopsia no se encontraron hallazgos compatibles con esta patología.
- Cáncer de células escamosas del cuello: la histología correspondiente a la lesión del cuello es carcinoma escamoso infiltrante moderadamente diferenciado. La patología neoplásica debe sospecharse en toda lesión cutánea persistente en tiempo con apariencia de escamas o costras y rápido aumento de tamaño.

Evolución y pronóstico del cuadro

El pronóstico de esta paciente es desfavorable. Aunque su enfermedad neoplásica tiene un fin potencialmente curativo al estar localizada, es poco probable que la paciente pueda adherirse a los tratamientos antineoplásicos debido a su situación social. La paciente carece de vivienda propia, no cuenta con apoyo familiar y su falta de autocuidado ha llevado a una baja adherencia a los tratamientos

médicos previos. Estos factores sociales y personales complican considerablemente su evolución y limitan las posibilidades de éxito terapéutico.

DISCUSIÓN

Etiología

Las principales etiologías del carcinoma epidermoide de cabeza y cuello son consumo excesivo de alcohol y tabaco, junto con la infección por el virus del Papiloma Humano (VPH).^[2] Otros posibles desencadenantes que contribuyen para su desarrollo son la exposición a la luz ultravioleta y a químicos carcinogénicos.^[4]

Incidencia/Prevalencia

El cáncer celular escamoso de cabeza y cuello es el segundo tumor maligno más común en dermatología, de allí su importancia pues constituye aproximadamente el 4% de todos los cánceres en Estados Unidos.^[4] Además, su incidencia en la población blanca es de 100 por cada 100,000 en mujeres y 150 por cada 100,000 en hombres. En cambio, en la población negra, 3 por cada 100,000 habitantes independientemente del sexo.^[4]

Fisiopatología

El carcinoma de células escamosas, como muchos tipos de cáncer, es de origen multifactorial. Su desarrollo puede deberse a diversos factores, como la exposición solar, mutaciones en los genes p53 y RAS, infección por el virus del Papiloma Humano (principalmente los subtipos 16 y 18, que inducen malignidades en la región de la cabeza y el cuello), tabaquismo, alcoholismo y enfermedades de deficiencia inmunitaria (por ejemplo, VIH). Además, cualquier condición que debilite el sistema inmunitario, como la quimioterapia o el uso de inmunosupresores, aumenta la susceptibilidad a enfermedades dermatológicas.^[4,5]

Presentación clínica

El cáncer celular escamoso frecuentemente comienza en una zona de formación de placa gruesa y escamosa denominada queratosis actínica que se forma por exposición prolongada a la luz ultravioleta, así como otras enfermedades de la piel como quemaduras, úlceras o cicatrices. No suele desarrollarse sobre piel previamente sana y normal. [6,7]

Su aspecto se caracteriza por la presencia de grupos irregulares de células epidérmicas que penetran en la dermis en varios grados, mostrando células anómalas, mitosis y una queratinización excesiva o la formación de quistes de manera individual. [6]

Se manifiesta de diversas formas clínicas como la queratosis actínicas o solares, leucoplasia, enfermedad de Bowen, carcinoma escamoso invasivo (espinocelular) y carcinoma verrucoso. [7]

Diagnóstico diferencial

Las lesiones dérmicas asociadas con linfadenopatías en pacientes con VIH deben evaluarse de manera conjunta, ya que ambas reflejan un proceso patológico interrelacionado debido a la inmunosupresión. [8,9] Este enfoque integral permite condensar el diagnóstico diferencial, reduciendo la gama de posibilidades y facilitando un análisis más preciso.

En la fase aguda de la infección por VIH, los hallazgos cutáneos suelen ser inespecíficos y pueden presentarse como máculas o pápulas de tono rosado a rojo intenso, o bien como una erupción morbiliforme. [10] También se han documentado lesiones urticariales y pustulares, además de úlceras orales. A menudo, esta fase se acompaña de linfadenopatías generalizadas, afectando hasta al 90% de los pacientes, lo cual resalta la necesidad de

evaluar las lesiones dérmicas en conjunto con la inflamación de los ganglios. [9]

En la infección crónica, la inmunosupresión incrementa la frecuencia de infecciones cutáneas oportunistas y neoplasias. Las infecciones más comunes en esta fase incluyen la candidiasis oral, el herpes zóster multidermatómico (11.2%), la dermatofitosis (8%) y el herpes genital (7.7%) [8,11]. Neoplasias como el sarcoma de Kaposi, que se presenta con lesiones purpúreas e induradas, son frecuentes en el VIH avanzado. [12] Aunque el carcinoma de células escamosas es más común en pacientes VIH negativos, [7] su ocurrencia en pacientes VIH positivos como en este caso, sugiere que debe ser considerado en el diagnóstico diferencial.

La inflamación de los ganglios en pacientes con VIH tiene múltiples causas, desde infecciones bacterianas, fúngicas y virales hasta condiciones neoplásicas. En un estudio por Haddadi et al., [13] las linfadenopatías cervicales resultaron ser las más frecuentes en pacientes con VIH, con la tuberculosis como la causa predominante (33.3%), seguida por linfomas (16.6%). Además, infecciones como la toxoplasmosis y el citomegalovirus también se asociaron a estas linfadenopatías. Estas relaciones enfatizan la importancia de considerar las linfadenopatías junto a las manifestaciones cutáneas para obtener un diagnóstico más completo y mejorar la atención. Otra condición importante en estos pacientes es la enfermedad linfoproliferativa cutánea CD8+, que se caracteriza por infiltrados difusos de células T CD8+ en la piel y linfadenopatías superficiales. [14]

La consideración conjunta de las lesiones dérmicas y las linfadenopatías en pacientes con VIH proporciona un enfoque de diagnóstico diferencial más preciso. La evaluación integral de estos signos mejora la

comprensión del proceso patológico subyacente y apoya un manejo clínico más efectivo.

Métodos Diagnósticos

Ante una lesión dérmica sospechosa los clínicos debemos tener claro que el diagnóstico definitivo se realiza mediante una biopsia de la lesión para estudio anatomopatológico, ya que solo con las manifestaciones clínicas y que el paciente presente una condición que deprima el sistema inmune da inicialmente la impresión de que sea una infección oportunista, con lo que el tiempo al momento del diagnóstico es de suma importancia.^[8]

Tratamiento

Cuando se detectan estos tipos de cáncer en etapas tempranas, es posible tratarlos mediante procedimientos locales de extirpación o destrucción. En raras ocasiones, se produce la diseminación a ganglios linfáticos o áreas distantes. En tales casos, podría ser necesario administrar tratamiento adicional, como radioterapia y/o quimioterapia.^[6]

La extirpación de los ganglios linfáticos regionales se puede recomendar en carcinomas de células escamosas muy grandes o profundamente invasivas, así como cuando los ganglios linfáticos se encuentran aumentados de tamaño o tienen una consistencia dura al palparlos.^[15]

Pronóstico

Por lo general, el carcinoma de células escamosas en el cuello solo afecta la región circundante y profundiza su penetración en los tejidos adyacentes. Sin embargo, un porcentaje entre el 1,5% y el 5,2%, puede propagarse localmente o hacer metástasis.^[7] Se ha visto un comportamiento más agresivo y con mayor riesgo de metástasis en pacientes inmunocomprometidos.^[16] También se ha identificado como un factor de riesgo fuerte los trasplantes de órganos, probablemente por el uso <https://revistas.up.ac.pa/index.php/revistamedicocientifica>

crónico de medicación inmunosupresora; igualmente, existen otros factores de riesgo como malignidades hematológicas.^[16] El sexo masculino y la edad avanzada también representan factores de riesgo para el desarrollo de metástasis.^[16]

Se cree que una mayor diferenciación está relacionada con un mejor pronóstico y una disminución de la propensión invasiva. Se ha observado que las lesiones mayores de 2 cm y más profundas de 4 mm tienen un pronóstico desfavorable.^[15]

CONCLUSIÓN

La relevancia de presentar este caso radica en resaltar la posibilidad de una neoplasia dentro del diagnóstico diferencial al observar una masa cervical asociada a lesiones dérmicas en un paciente con VIH en fase de SIDA. En estos casos, es importante considerar no sólo patologías oportunistas como tuberculosis o histoplasmosis, sino también la posibilidad de neoplasias con potencial degenerativo en pacientes inmunosuprimidos. Ante la presencia de una lesión dérmica en el área cervical, es esencial realizar una biopsia de manera oportuna, ya que el factor tiempo es fundamental para un tratamiento y pronóstico favorables. En este caso, lo que inicialmente se consideró una escrófula por tuberculosis, resultó tras la biopsia, ser un carcinoma escamoso infiltrante moderadamente diferenciado.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] UNAIDS. Hoja Informativa 2024 [Internet]. 2024 [citado el 24 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- [2] Schiff BA. Generalidades sobre los tumores de la cabeza y el cuello. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2022 [citado el 24 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastorno-s-otorrinolaringol%C3%B3gicos/tumores-de-la-cabeza-y-el-cuello/generalidades-sobre-los-tumores-de-la-cabeza-y-el-cuello>
- [3] National Cancer Institute. HIV Infection and Cancer Risk [Internet]. National Cancer Institute [Internet]. 2017 [citado el 24 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hiv-fact-sheet>
- [4] Olivares A, Del Barco E, Bellido L, et al. Cáncer de cabeza y cuello. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]* 2021;13(25):1393-1401. Disponible en: [doi:10.1016/j.med.2021.02.004](https://doi.org/10.1016/j.med.2021.02.004)
- [5] Villagómez-Ortíz VJ, Paz-Delgadillo DE, Marino-Martínez I, Ceseñas-Falcón LÁ, Sandoval-de La Fuente A, Reyes-Escobedo A. Prevalencia de infección por virus del papiloma humano en carcinoma espinocelular de cavidad oral, orofaringe y laringe. *Cirugía y Cirujanos [Internet]*. 2016;84(5):363-368. Disponible en: [doi:10.1016/j.circir.2016.01.006](https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.01.006)
- [6] Matilda Tocino F, Caroline M. Carcinoma de células escamosas. A propósito de un caso. *Rev Int Cienc Podol [Internet]*. 2014;8(1):37-44. Disponible en: [doi:10.5209/rev_RICP.2014.v8.n1.43254](https://doi.org/10.5209/rev_RICP.2014.v8.n1.43254)
- [7] Marsol IB, editor. Ferrándiz. Dermatología Clínica. 5a ed. Elsevier; 2019.
- [8] Huang X, Li H, Chen D, et al. Clinical Analysis of Skin Lesions in 796 Chinese HIV- positive Patients. *Acta Derm Venerol [Internet]*. 2011;91(5):552-556. Disponible en: [doi:10.2340/00015555-1107](https://doi.org/10.2340/00015555-1107)
- [9] Knight CL. Physical Examination in Human Immunodeficiency Virus Disease. *Medical Clinics of North America [Internet]*. 2022;106(3):527-536. Disponible en: [doi:10.1016/j.mcna.2022.01.001](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.01.001)
- [10] Wanat K, Norton S. Dermatologic Conditions. En: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), editor. CDC Yellow Book 2024: Health Information for International Travel [Internet]. Oxford University Press; 2023. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/posttrav-el-evaluation/dermatologic-conditions>
- [11] Kumarasamy N, Solomon S, Madhivanan P, Ravikumar B, Thyagarajan SP, Yesudian P. Dermatologic manifestations among human immunodeficiency virus patients in south India. *Int J Dermatol [Internet]*. 2000;39(3):192-195. Disponible en: [doi:10.1046/j.1365-4362.2000.00945.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-4362.2000.00945.x)
- [12] Reid E, Suneja G, Ambinder RF, et al. AIDS-Related Kaposi Sarcoma, Version 2.2019. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network [Internet]*. Disponible en: [2019;17\(2\):171-189. doi:10.6004/jnccn.2019.0008](https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0008)
- [13] Hadadi A, Jafari S, Jebeli ZH, Hamidian R. Frequency and etiology of lymphadenopathy in Iranian HIV/AIDS patients. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine [Internet]*. 2014;4:S171-S176. Disponible en: [doi:10.12980/APJTB.4.2014C1253](https://doi.org/10.12980/APJTB.4.2014C1253)
- [14] Guitart J, Variakojis D, Kuzel T, Rosen S. Cutaneous CD8+ T cell infiltrates in advanced HIV infection. *Journal of the American Academy of Dermatology [Internet]*. 1999;41(5):722-727. Disponible en: [doi:10.1016/S0190-9622\(99\)70007-1](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(99)70007-1)
- [15] The Skin Cancer Foundation. Carcinoma de Células Escamosas [Internet]. The Skin Cancer Foundation [Internet]. 2020 [citado el 24 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cancerdepiel.org/cancer-de-piel/carcinoma-de-celulas-escamosas>
- [16] Tokez S, Wakkee M, Kan W, et al. Cumulative incidence and disease-specific survival of metastatic cutaneous squamous cell carcinoma: A nationwide cancer registry study. *J Am Acad Dermatol [Internet]*. 2022;86(2):331-338. Disponible en: [doi:10.1016/j.jaad.2021.09.067](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.09.067)