

Oncología y SIDA

JOHN JAIRO FRANCO, M.D.
Facultad de Salud
Universidad del Valle, Cali-Colombia

Hoy en día el oncólogo general y el infectólogo requieren estar familiarizados con los grandes retos que les impone la “oncología en SIDA”, con el fin de poder brindar el mejor cuidado a sus enfermos.

Cuatro áreas merecen una mayor atención en esta nueva disciplina que cada día tiene más auge:

Patogénesis

Mientras que una pequeña fracción de malignidades en general se asocian con virus, la gran mayoría de las neoplasias en SIDA se asocian con éstos.

Hay algunos aspectos infrecuentes en las neoplasias asociadas con el SIDA a saber: el sarcoma de Kaposi ocurre frecuentemente en homosexuales VIH positivos, pero es mucho menos común en drogadictos o hemofílicos con la misma infección; las investigaciones han llevado al descubrimiento de un nuevo herpesvirus humano asociado con el sarcoma de Kaposi y linfoma de cavidades. A medida que se conoce más acerca de la patogénesis de esta enfermedad y de la epidemiología de la infección viral, nuevas estrategias de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento pueden surgir.

Similarmente muchas de las malignidades asociadas a EBV que ocurren en el paciente con VIH son diferentes; por ejemplo, es frecuente encontrar linfoma del SNC en pacientes VIH positivos, pero no en receptores de órganos que están en inmunosupresión con ciclosporina.

La patogénesis de linfomas que no están asociados a herpesvirus humanos parece ser diferente en muchos aspectos a la patogénesis de linfomas en el huésped que está inmunosuprimido, en el cual conllevan policlonalidad y una mala regulación de citocinas con una estimulación antigénica crónica que pueden llevar a niveles elevados de CD23 soluble, lo cual puede corresponder a una manifestación de estimulación antigénica crónica o una infección por EBV pobremente controlada.

Diagnóstico

La evaluación de síntomas, signos y laboratorio en SIDA y los diagnósticos diferenciales son substancialmente diferentes de los pacientes sin SIDA. La estadificación de las neoplasias requiere de una especial atención a la historia natural de la infección por el VIH y sus muchas manifestaciones.

Un paciente con tumor de células germinales y VIH no se debe de ninguna manera sobrestadificar con base en un TAC de tórax, ya que las linfadenopatías pueden ser benignas y no metastásicas.

Igualmente una masa intracraneal, en su diagnóstico diferencial en SIDA, lleva a opciones como toxoplasmosis o linfoma, siendo estas dos entidades de suma rareza en pacientes inmunocompetentes; el uso de reacción de polimerasa en cadena para detectar DNA de EBV en LCR ha sido de mucha ayuda diagnóstica, debido a la consistente asociación con linfomas del SNC en pacientes con SIDA.

Quimioterapia

En pacientes con linfomas agresivos asociados con el VIH, el manejo parece ser más útil y racional con bajas dosis de quimioterapia, lo contrario a lo que se realiza en pacientes inmunocompetentes.

Aun en la era de los factores de crecimiento y de la profilaxis para *Pneumocystis carinii*, hay un precio muy alto en términos de toxicidad con las dosis estándares de quimioterapia.

En el tratamiento del sarcoma de Kaposi, las antraciclinas encapsuladas en liposomas parecen particularmente promisorias.

Cuidado de soporte

El hecho del rápido desarrollo de resistencia antirretroviral, cuando la terapia antirretroviral se interrumpe, demanda una integración de la quimioterapia con la terapia antirretroviral.

Sin embargo con combinaciones complejas, el potencial de interacciones de medicamentos debe tenerse muy en cuenta; el oncólogo y el infectólogo deben estar familiarizados con estas interacciones para poder ofrecer una terapia más segura.

Por último quiero referirme a otro aspecto muy importante y es el concerniente a las neoplasias que actualmente se están observando en los pacientes VIH positivos diferentes a Kaposi y linfomas.

Cáncer de cérvix invasivo que se presenta mucho más agresivo en mujeres infectadas por VIH y que fue acogido por el CDC como neoplasia que define SIDA.

Los pacientes con SIDA tienen cinco veces más probabilidades de desarrollar neoplasias que no definen SIDA, que los pacientes de la misma edad y sexo que son inmunocompetentes.

Entre las seis neoplasias que más comúnmente aparecen en pacientes VIH positivos que no definen SIDA están:

Tumor de células germinales

Enfermedad de Hodgkin

Cáncer de pulmón

Cáncer de piel, tipo no melanoma

Cáncer de región anal

Leiomioma en niños

Estas malignidades se incrementan cada día más en este grupo de pacientes.

Conclusiones

A medida que la epidemia de SIDA progresa, muchos más pacientes seropositivos desarrollarán neoplasias.

La mayoría de estas neoplasias pueden ser tumores que no definen SIDA, siendo las más comunes cáncer testicular y enfermedad de Hodgkin; éstos son más agresivos y de más difícil respuesta al tratamiento que en el huésped inmunocompetente.

A medida que se avanza en la terapia antirretroviral y en el manejo de las infecciones oportunistas, podría esperarse una mayor sobrevida en el paciente VIH positivo con neoplasia.