

Oncología del SIDA y cuidado paliativo

John Jairo Franco, M.D., – Universidad del Valle, Colombia

El médico que se enfrenta hoy día a pacientes con SIDA en fase avanzada de su enfermedad, tiene el reto de balancear apropiadamente, el tratamiento médico entre dos polos opuestos a saber:

Control de la Enfermedad - Calidad de Vida.

A diferencia del cáncer, en el SIDA no hay un punto específico, donde se pueda determinar cuándo la terapia curativa termina y cuándo empieza la paliativa.

Es más apropiado, en una forma gradual, dirigir el énfasis de prolongación de la vida hacia calidad de vida, a medida que la enfermedad progresa.

Un concepto de suma importancia es que la aproximación conceptual del cuidado paliativo en SIDA, no difiere fundamentalmente de la del cáncer, siendo los dos principales objetivos: el control de síntomas agobiantes y el alivio del sufrimiento.

Muchos de los conceptos en cuidado paliativo en el SIDA, son basados en experiencias clínicas colectivas o extrapolaciones, más que en rigurosos ensayos clínicos en pacientes con SIDA.

Son innumerables los síntomas que se pueden presentar en la fase avanzada y terminal de la enfermedad; no es el objetivo de esta presentación hacer un *estado del arte* en cuanto al manejo de estos síntomas, por tal motivo se escogió el síndrome anorexia- caquexia, como uno de los más prevalentes y con mayor impacto en la calidad de vida.

La ONCOLOGIA DEL SIDA, se sigue perfilando hacia un futuro como una subespecialidad dentro del campo de la oncología general; hoy día el oncólogo clínico debe estar preparado para recibir pacientes con tumores asociados con el SIDA, los cuales muchas veces conllevan peor pronóstico que tumores de novo, responden menos a los tratamientos y hay mayor riesgo de toxicidad secundaria, de ahí que debe existir una importante simbiosis entre el oncólogo clínico, el infectólogo y los demás especialistas que toman parte en el manejo activo del paciente.

Hay una gran cantidad de tumores que han emergido, asociados con el SIDA o formando parte de enfermedades que describen la enfermedad de acuerdo con las normas del CDC de Atlanta; sólo nos referiremos a los más comunes como son los linfomas, incluyendo el primario de sistema nervioso central y al sarcoma de Kaposi.

Síndrome Anorexia-Caquexia.

La infección por el VIH avanzada se asocia a disminución de peso de más del 5% del peso corporal.

Puede presentarse en fase inicial o temprana de la enfermedad, 17% de los pacientes pueden manifestar este desgaste como una condición que define SIDA o ser parte inicial de la presentación de la enfermedad en un 24%.

No hay relación entre la disminución de peso y el nivel de inmunosupresión.

Valoración:

Es importante una cuidadosa valoración clínica.

La anorexia y la disminución de la ingesta oral, son componentes de la pérdida de peso en la mayoría de los pacientes.

Los siguientes síntomas: NAUSEA-DISGEUSIA-DISFAGIA-ODINOFAGIA-SACIEDAD TEMPRANA-CONSTIPACION-DIARREA, pueden presentarse por la enfermedad o ser parte de efectos colaterales secundarios a los medicamentos, lo cual va a interferir con la ingesta calórica con la consecuente pérdida de peso.

La disminución de peso puede asociarse a FÁTIGA o ASTENIA generalizada que puede terminar en hospitalizaciones y conllevar un mal pronóstico aunque no se haya demostrado que favorezca la aparición de infecciones oportunistas.

La calidad de vida se altera a causa de la ansiedad del paciente por la pérdida del placer de la ingesta.

Diagnóstico:

Hay muchos factores contribuyentes al síndrome (multifactorial)

- disminución de la ingesta calórica
- efectos por : hormonas-citokinas y/o metabólicos
- alteración en el gasto de energía
- malabsorción.

Hay otras causas que se pueden identificar y que son reversibles como son:

- mucositis
- náusea
- dolor
- diarrea
- depresión

- neoplasia
- infección

La evaluación diagnóstica incluye niveles de testosterona en hombres, puesto que su disminución es una de las anomalías endocrinas más comunes, y la testosterona mantiene la masa magra corporal en el hombre.

Hay que tener en cuenta que en muchos pacientes la causa no es identificable ni reversible.

Tratamiento:

- Medidas generales

La disgeusia puede mejorar con un incremento en la sazón de los alimentos.

La evaluación nutricional puede llevar al consumo de alimentos más apetecidos con alto contenido calórico

- Farmacológico
 - Megace (acetato de megestrol) agente progestacional, se puede utilizar, iniciando con 800 mg/día; más del 60% de los pacientes pueden responder y la dosis se puede ir disminuyendo hasta mantener el peso deseado.
 - Testosterona: muy útil para el manejo del hipogonadismo, al igual que la hormona de crecimiento y oxandrolona.
 - Dronabinol (marinol): mejora el apetito sin una ganancia de peso; 2.5 mg dos veces por día, antes de las comidas; puede producir euforia o disforia en el anciano.
 - Corticoesteroides: prednisona-dexametasona, producen aumento del apetito sin ganancia de peso, por un tiempo corto no mayor a 4 semanas, mejora la sensación de bienestar, muy útiles en fase muy terminal y no cuando se planean tratamientos por largo tiempo.

Cuando la paliación es el objetivo principal, el clínico debe educar al paciente y la familia acerca de todos los aspectos emocionales y físicos que se derivan de este síndrome, esto se traducirá en una mejor aceptación, haciendo que la carga sea más llevadera, a esto se le conoce como COMUNICACIÓN que es uno de los pilares del cuidado paliativo.

Linfoma primario del SNC

Es un linfoma limitado al eje craneoespinal sin ninguna otra manifestación de compromiso sistémico.

Tiene una alta incidencia en pacientes con SIDA y otras inmunosupresiones, con una alta mortalidad.

La historia natural difiere mucho de los pacientes con linfoma del SNC VIH negativos. Por ejemplo en la TAC, 50% de los pacientes con SIDA tienen anillos hipercaptantes, mientras que en el paciente VIH negativo la captación es homogénea.

En ambos casos la sobrevida es pobre sin terapia (1-3 meses de sobrevida media).

En pacientes con tratamiento sin SIDA la sobrevida es de 18.9 meses y en los pacientes con SIDA es de solo 2.6 meses.

En los pacientes VIH positivos se encuentra asociación con EBV en un 100% de los casos; el diagnóstico puede ayudarse con PET (ya que las lesiones de toxoplasma son PET inactivas metabólicamente) o con punción lumbar y LCR, buscando DNA para EBV.

La enfermedad se presenta generalmente en pacientes muy comprometidos con niveles de CD4 < 50 cél. xmm³, muchos de estos pacientes mueren por infecciones oportunistas, independiente de la terapia del linfoma.

El grupo de mejor pronóstico son seropositivos, sin infecciones oportunistas previas o en aquellos en quienes el linfoma del SNC define la enfermedad, al igual que pacientes con un buen índice de Karnofsky y que tengan síntomas solo por el compromiso del SNC.

El tratamiento es radioterapia con 3500-4000 cGy, con una duración de la sobrevida media de 72-119 días, esta sobrevida es mayor en pacientes jóvenes, con buen índice funcional y ausencia de oportunistas.

Linfoma no Hodgkin relacionado con el SIDA

La incidencia de éstos se ha incrementado en un curso paralelo al SIDA epidémico y hoy día es responsable por el 2 a 3% de los casos de tumores en pacientes con SIDA recientemente diagnosticados.

La mayoría son linfomas de células B agresivos:

- DIFUSOS DE CÉLULAS GRANDES
- INMUNOBLÁSTICO B
- CÉLULA PEQUEÑA NO CLIVADA BURKITT O TIPO BURKITT

Pueden ser:

- PRIMARIO DEL SNC ocupan el 10% de todos los LnH en SIDA
- SISTÉMICO
- BASADO EN CAVIDADES (en co-infección por herpes humano tipo 8)

Hay un riesgo de desarrollo de 1.6-2.0% por año en la población con SIDA o complejo relacionado.

- SIDA precediendo al linfoma en 57%
- Diagnostico al mismo tiempo en 30%
- Todos los pacientes conllevan el mismo riesgo (drogadictos-homosexuales etc.)

La mayoría se presentan en enfermedad avanzada extranodal, con un curso clínico más agresivo, enfermedad más extensa y menor respuesta a quimioterapia.

La quimioterapia puede exacerbar citopenias e inmunodeficiencias con un mayor riesgo de infecciones oportunistas.

El pronostico depende de:

- ESTADIO (EXTENSION-EXTRANODAL-MEDULA OSEA POSITIVA)
- SEVERIDAD DEL SIDA (NIVELES DE CD4)
- KARNOFSKY
- Dx PREVIO DE SIDA (OPORTUNISTAS-KAPOSSI)

Factores que disminuyen sobrevida:

> 35 AÑOS
HISTORIA DE DROGADICCIÓN
ESTADIOS AVANZADOS
CD4 < 100

Sobrevida: 46 semanas con 1 o sin factores de riesgo; 44 semanas con 2 factores y 18 semanas con 3 o más factores.

Patología: pueden ser oligo-poli-monoclonales, el VIH no tiene papel directo en la etiología, el VIH lleva a hipergammaglobulinemia e hiperplasia de células B policlonales.

El EBV parece ser un co-factor en un 30% de los tumores de células pequeñas no clivadas y en 80% de los difusos de célula grandes.

Estadíos son iguales a los del paciente HIV negativo.
Aunque en SIDA la mayoría son E IV 2/3

La mayoría tienen sitios extranodales positivos como: TRACTO GI- SNC-MÉDULA ÓSEA- HÍGADO.

Sitios menos usuales: RECTO-CORAZÓN-PERICARDIO-PULMÓN-DUCTO BILIAR BOCA-SUBCUTÁNEO-TEJIDOS BLANDOS.

Tratamiento:

Es un reto ya que hay muchas limitaciones impuestas por la enfermedad de base (VIH), enfermedad incurable.

El tratamiento incluye como estrategia la terapia antirretroviral, profilaxis de oportunistas, reconocimiento rápido de infecciones y su manejo adecuado.

Generalmente hay menos respuestas, pueden ocurrir respuestas completas pero de corta duración y con recaídas frecuentes.

Hoy día mBACOD es el “GOLD ESTÁNDAR” con sobrevida media de 8 meses y un nivel de evidencia IA.

Tiene menos efectos hematológicos tóxicos y menos días de hospitalización por toxicidad, es ideal en pacientes con $CD4 < 200$, en el paciente con $CD4 > 200$ se pueden dar dosis completas de quimioterapia.