

## **Cáncer en SIDA: nuevos tumores**

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

La Oncología del SIDA se está perfilando cada vez más como una disciplina muy importante, para el manejo de los pacientes con V.I.H./SIDA que hacen neoplasias.

Se necesita de un conocimiento apropiado por parte del oncólogo clínico sobre los tumores más prevalentes, sus manifestaciones clínicas, las cuales pueden no ser las clásicas vistas en pacientes sin VIH, las interacciones farmacológicas de los agentes quimioterapéuticos con los antirretrovirales, y una comunicación estrecha con el infectólogo encargado de dichos pacientes.

En esta oportunidad vamos a revisar algunos aspectos relacionados con “NUEVOS TUMORES EN SIDA”, de tal manera nos referiremos a los más prevalentes como son el CÁNCER DE CERVIX, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN, EL CARCINOMA DE LA REGIÓN ANAL, Y OTROS DE MENOR PREVALENCIA.

Es importante notar que muchos de estos tumores hoy día no definen SIDA, de acuerdo con las normas del CDC, y que algunos probablemente sean meras coincidencias estadísticas, mientras que otros sí revisten mucha importancia puesto que su comportamiento en pacientes con VIH es muy diferente al de la población general.

### **ENFERMEDAD DE HODKING: (EH)**

- No define SIDA.
- Hay aumento en su incidencia en pacientes VIH.
- Los grupos de riesgo para VIH también lo son para EH.
- El virus de Ebstein Barr es más prevalente en pacientes con EH + VIH 78-100%

### **Características en VIH.**

- a) Compromiso nodal extenso al diagnóstico
- b) 80-90% en estadios III / IV
- c) 80-90% tienen síntomas B
- d) Se comprometen sitios extranodales inusuales: Recto/Ano/SNC.
- e) El compromiso de médula ósea es usual y puede ser el único sitio en pacientes con síntomas B y citopenias.
- f) Es mucho menos frecuente el compromiso mediastinal.
- g) El promedio de CD4 influye en el pronóstico: > 275x mcl.

### **Patología:**

Lo más frecuente es Celularidad Mixta seguida por Predominio Lifoncítico.

### **Pronóstico:**

La sobrevida media después de la terapia es de 1-2 años, en contraposición a pacientes sin VIH en quienes se logran curaciones del orden de 80-90%.

### **Tratamiento:**

ABVD

Factores de Crecimiento.

Siempre dar tratamiento sistémico en todos los estadios.

### **CÁNCER DE CÉRVIX:**

#### **Incidencia:**

- Define SIDA desde 1993.
- La incidencia precisa se desconoce.
- Para NIC (Neoplasia intraepitelial cervical) es del orden de 11-29% para mujeres VIH + Vs 4-13% en mujeres sin VIH.
- Para invasivo es del orden de 1.3%.
- Puede ser la primera manifestación de infección por VIH.
- NIC puede llevar a cáncer invasivo.

#### **Biología:**

Se asocia con el Virus del Papiloma Humano (VPH), con sus serotipos 16,18,31,33 y 35.

- La inmunosupresión permite un mayor y más rápido crecimiento.
- Se cree que el VIH es un co-factor en el efecto oncogénico del VPH.

#### **Clínica:**

- Edad más temprana.
- Curso más agresivo.
- Los síntomas son iguales a pacientes sin VIH.
- Estadios más avanzados en VIH (nodo + y visceral + al Dx.).
- Alto grado patológico
- Recaídas post-tratamiento frecuentes.

- Pronóstico pobre si  $CD4 < 500$
- Alta proporción de enfermedad persistente post tratamiento.

### **Tratamiento:**

- Lo ideal es hacer el diagnóstico en estadio IN SITU
- PAP en HIV cada 6-12 meses con status de VPH
- Colposcopia o biopsia en VPH+
- NIC II - III tratados recaen en 1-2 años
- 5Fu tópico disminuye recurrencias tempranas en NIC II III
- El tratamiento del invasivo es igual que en pacientes sin VIH.
- La terapia antirretroviral puede regresar lesiones tempranas preinvasivas y reducir recurrencias y progresión siguiendo a la terapia convencional.

La mayoría de las pacientes con NIC o Ca invasivo temprano son sintomáticas, por lo tanto el screening citológico en alto riesgo se debe hacer cada 6 meses con examen pélvico y si es anormal Colposcopia o Biopsia.

### **Tratamiento:**

- Preinvasivo: crioterapia-láser-cono-excision (recurrencias tempranas de 40-60%).
- Invasivo: Qx/Rt/Qt/Rt+Qt

### **CARCINOMA DE ANO:**

- No define SIDA.
- Se asocia con VPH serotipos 16 y 18.
- Se puede presentar como Neoplasia Intraepitelial Anal (NIA)
- Tiene peor pronóstico que en pacientes sin VIH.
- Se sugiere PAP de mucosa anal en alto riesgo.
- VPH se encuentra en el doble de proporción que en cérvix
- Incidencia en homosexuales de San Francisco 25-87/100.000 Vs 0.7/100.000 en población general.
- La prevalencia de anomalías citológicas anales en VIH es de 14-27% Vs 7% en pacientes sin VIH.
- Un estudio mostró que 91.6% de hombres VIH+ tenían DNA de VPH.
- Otros factores de riesgo:
  - Herpes simplex perianal
  - Condilomas
  - Relaciones anales múltiples con diferentes compañeros

### **Tratamiento:**

- Invasivo con quimio/radio.
- $CD4 < 200$  predispone a mayor toxicidad por tratamiento y requiere a veces hospitalización y colostomía.
- La mayoría son escamocelulares.
- El NIA es igual al NIC.
- Las displasias de alto grado se ven más en pacientes con CD4 bajos.
- Si  $CD4 < 50$  enfermedad más agresiva.

- El tratamiento de NIA es igual que el de NIC

En invasivo quimio/radio y las complicaciones dependen de CD4 bajos, generalmente  $<200$ .