

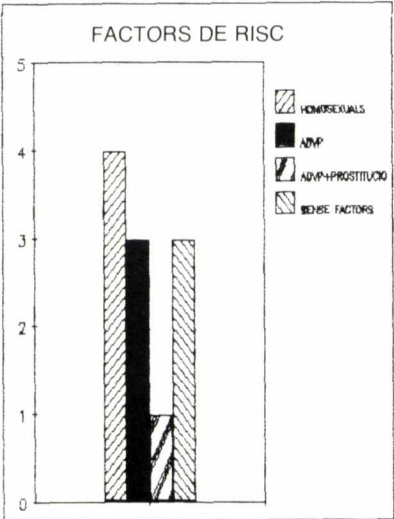
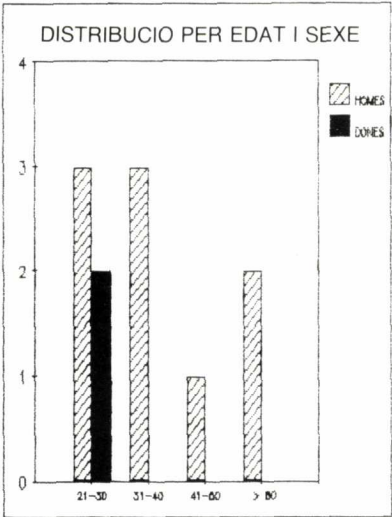
NEOPLÀSIES MALIGNES EN PACIENTS INFECTATS PEL VIRUS DE LA IMMUNODEFICIÈNCIA HUMANA

G. REYNÉS, B.A. SÁNCHEZ HERAS, M. PASTOR, C. FERRER TUSET, B. BERNÁCER, F. MARTÍNEZ SALAZAR, J. LÓPEZ ALDEGUER I M. CABALLERO.

Secció d'Oncologia Mèdica i Servei de Medicina Interna
(Departament de Medicina Interna). Hospital La Fe. València.

Introducció

La infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) produeix en l'hoste una sèrie d'alteracions en el sistema immunitari que fan a aquests malalts susceptibles de patir una



sèrie d'infeccions o neoplàsies oportunistes. D'aquestes, les més freqüentment descrites han estat el sarcoma de Kaposi (SK), els limfomes no hodgkinians (LNH) i els carcinomes de cap i coll. La relació entre la malaltia de Hodgkin (MH) i la infecció pel VIH és discutida. El pronòstic d'aquests malalts és pitjor que el dels no infectats pel VIH, bé per l'aparició d'infeccions oportunistes greus o per les característiques de la pròpia neoplàsia en el sentit d'una especial agressivitat o mala resposta al tractament. Nosaltres volem incidir en aquests aspectes revisant la sèrie del nostre centre, essent conscients que el nombre de casos no és prou gran com per obtenir conclusions vàlides.

Malalts y resultats

Es fa una anàlisi de les neoplàsies aparegudes a l'Hospital La Fe entre els malalts infectats pel VIH. De més de 560 seropositius, al voltant de 300 són controlats periòdicament. Hem detectat 11 neoplàsies: 6 LNH, 3 MH i 2 SK. La distribució per sexe, edat i factors de risc es mostra a les figures 1 i 2.

Dels LNH, tres foren histològicament d'alt grau de malignitat, dos de baix grau i el cas restant no es va poder tipificar adequadament. En el moment del diagnòstic, els d'alt grau estaven en estadi avançat, mentre que la resta estaven localitzats. Quatre varen rebre tractament oncològic, mentre que els altres dos varen morir per complicacions no tumorals abans de poder administrar-lo. Tres dels tractats viuen (RC, RP i en segona recidiva respectivament) i el quart morí per una criptococcosi generalitzada, no evidenciant-se neoplàsia en la necròpsia (taula 1).

TAULA 1. Limfomes no Hodgkin. Tractament i resultats

Histologia	Protocol	Resposta	TLM (m)	SV (m)	Mort (causa)
Burkitt	NCI	RC	8	18+	—
	IMVP-16	RC	2		
	P-D-ARAC	En curs	—		
Burkitt	NCI	RC (nec.)	?	2	Infec. Op.
Difús de cèl·lules grans	VAC+ (MTX+HC+ ARAC) IT	RP	—	10+	—
Micosi fungoide	RT + QT	RC	20+	23+	
Limfoplas-mocitari	No	No	—	2	Infec. Op.
No tipificable	No	No	—	1/2	HDA

TLM: temps lliure de malaltia

SV: supervivència

Pel que fa a la MH (les característiques de cada malalt es mostren a la taula 2), no predominava cap tipus histològic. Després del tractament quimioteràpic, 2 són morts (infecció oportunista abans de la RC i per causa desconeguda ja que ingressà en un altre centre). El tercer malalt roman en RC.

TAULA 2. Malaltia de Hodgkin. Tractament i resultats

Histologia	Protocol	Resposta	TLM (m)	SV (m)	Mort (causa)
Cel·lularitat mixta	ABVD	RC	?	?	Sí
Esclerosi nodular	ABVD	RC	21+	29+	–
No tipificable	COPP	RP	–	4	Infec. Op.

TLM: temps lliure de malaltia
SV: supervivència

El nombre de SK és encara més minso degut a l'escassa proporció d'homosexuals en la població atesa al nostre centre: dos casos (taula 3). Un d'ells estava molt avançat quan va

TAULA 3. Sarcoma de Kaposi. Tractament i resultats

Estadi	Tractament	Resposta	TLM (m)	SV (m)	Mort (causa)
IV-B	No	No	–	1	HDB
I	Cirurgia	RC	2	2	Infec. Op.

TLM: temps lliure de malaltia
SV: supervivència

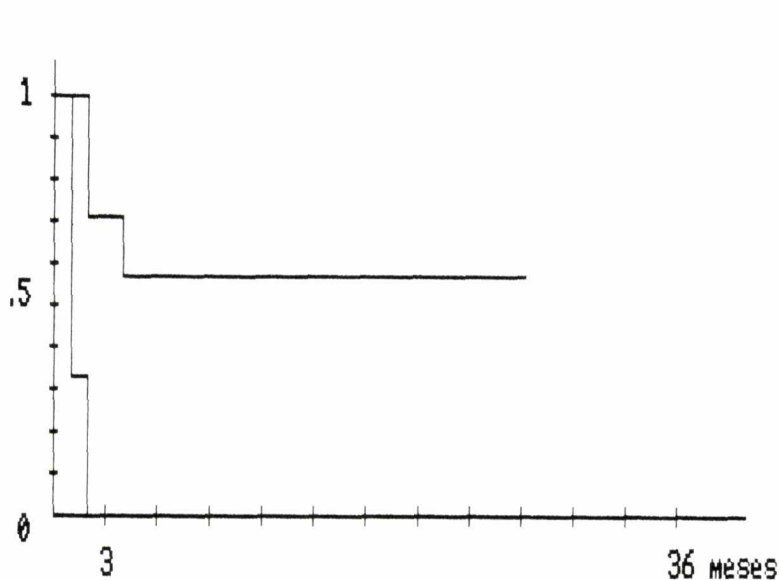
acudir al nostre hospital, s'associava a infeccions oportunistes i morí d'hemorràgia digestiva; l'altre sols tenia una lesió localitzada que va ésser resecada quirúrgicament, però amb posterioritat va morir per criptococcosi.

Quan es compara la supervivència del grup tractat amb la del que no va poder rebre tractament (fig. 3), hi ha una major supervivència en el primer ($p < 0,01$).

Conclusió

En l'anàlisi de la nostra petita sèrie es pot veure el mal pronòstic dels malalts que presenten una neoplàsia en el context de la infecció pel VIH, ja que tenen una supervivència global molt curta. Ara bé, l'anàlisi de les causes de mortalitat i de la situació del tumor en el moment de la mort evidencien que són les infeccions pels gèrmens oportunistes –que apareixen en el context de la SIDA– les que aombren el pronòstic, més que no pas la pròpia neoplàsia. Quan l'estat general del malalt permet d'iniciar un tractament oncològic actiu i complet, l'índex de respostes de la nostra sèrie no és gens despreciable i l'evolució no és especialment tòrpida. Després d'haver aconseguit la remissió completa, les infeccions oportunistes són les que escurcen la supervivència.

EVOLUCIO AMB TRACTAMENT vs SENSE TRACTAMENT



- 1 : 57.

- 2 : 0.

$p < 0.01$

Addenda

Des del moment en què vàrem enviar el resum inicial, s'han diagnosticat tres casos nous: dos limfomes no hodgkinians i un coriocarcinoma extragonadal. D'ells, dos estan en tractament oncològic, la resposta al qual no s'ha avaluat; el tercer, actualment viu, no ha pogut iniciar el tractament (Taula 4).

TAULA 4. Casos Nous

Home	32 anys	ADVP	LNH	IV-A	NCI	En curs
Home	36 anys	ADVP	Germinal	III	PVB/BEP+RT	En curs
Home	30 anys	ADVP	LNH	I	No	