



935 - APLICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE CRIBADO EN PACIENTES VIH DIAGNOSTICADOS DE TUMORES NO DEFINITORIOS DE SIDA

Jesús Álvarez Rodríguez, Ana Rodríguez Revillas, Eva López-Urrutia Baquero y Carmen Sáez Béjar

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Analizar la aplicación de las estrategias de cribado en personas que viven con VIH (PPVIH) diagnosticados de un tumor no definitorio de sida (TNDS) según las guías de práctica clínica de GeSIDA.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre PVVIH en seguimiento en consultas externas de Enfermedades Infecciosas de un Hospital Universitario de tercer nivel diagnosticados de un TNDS en los que existe un cribado recomendado, entre julio de 2012 y 2022.

Resultados: 36 PVVIH fueron diagnosticadas de un TNDS durante su seguimiento (tabla 1). Del total de la muestra, 30 eran varones (83,3%), con una mediana de edad de 57,9 años (33-75) al diagnóstico de la neoplasia. Entre los factores de riesgo clásicos para el desarrollo de cáncer, además de la coinfección por virus hepatotropos (27,8% VHB, 33,3% VHC), 29 pacientes tenían historia de tabaquismo (80,6%), y 15 de consumo de alcohol (41,7%). En 6 de los pacientes no se encontró ninguno de los previos (16,7%). La mediana de tiempo desde el diagnóstico de la infección a la neoplasia fue de 21 años (0-37). Al diagnóstico del TNDS, 29 individuos (80,6%) tenían carga viral indetectable, 25 tenían > 200 CD4 células/mm³ (69,4%), y 34 pacientes (94,4%) recibían tratamiento antirretroviral (TAR). Los TNDS diagnosticados fueron: 12 cánceres de pulmón (33,3%), 7 de cáncer anal (19,4%), 6 hepatocarcinomas (16,7%), 5 de próstata (13,9%), 4 de colon (11,1%) y 2 de mama (5,6%). Solo en 12 de ellos (33,3%) se realizó el diagnóstico por cribado, la mayoría, 8 (66,7%) en consultas de Enfermedades Infecciosas (tabla 2). Casi la mitad de los mismos, 15 (41,7%) se encontraban en estadio localizado al diagnóstico.

Discusión: La epidemiología de las neoplasias en las PVVIH es variada y ha cambiado, fundamentalmente a raíz de la aparición del TAR, que ha reducido notablemente la incidencia de neoplasias asociadas a la inmunodepresión. En la actualidad, los TNDS suponen la principal causa de neoplasia en PVVIH, y una de las principales causas de mortalidad, junto con las enfermedades cardiovasculares. La prevención primaria, detección y tratamiento precoz de estas entidades, supone la principal estrategia para disminuir la mortalidad. Observamos que la tasa de TNDS diagnosticados por cribado es baja. Incluso excluyendo el cáncer de pulmón, que no está implementado su cribado en nuestro centro, la tasa no supera el 50%. Es destacable que la totalidad de hepatocarcinomas se detectaron en consultas hospitalarias, y la mayoría de neoplasias de próstata en Atención Primaria (AP). Además, si estratificamos por TNDS, la mayoría de

hepatocarcinomas y cáncer de próstata se diagnostican por cribado, lo cual puede explicarse por la accesibilidad de las pruebas necesarias para su diagnóstico e implementación en el sistema sanitario.

| Tabla 1. Características basales de los pacientes | |
|---|--------------|
| Variable | n = 36 |
| Edad - mediana (RIC) | 57,9 (33-75) |
| Sexo - n° (%) | |
| Masculino cis | 30 (83,3) |
| Femenino cis | 6 (16,7) |
| Tabaquismo - n° (%) | 29 (80,6) |
| Consumo alcohol - n° (%) | 21 (58,3) |
| UDVP - n° (%) | 8 (22,2) |
| No hábitos tóxicos - n° (%) | 6 (16,7) |
| VHB - n° (%) | 10 (27,8) |
| VHC - n° (%) | 12 (33,3) |
| Índice de Charlson - mediana (RIC) | 7,5 (0-15) |
| Vía de transmisión - n° (%) | |
| Sexual | 5 (13,9) |
| Parenteral | 5 (13,9) |
| Desconocido | 26 (72,2) |
| CD4 nadir - n° (%) | |
| < 200 células/mm ³ | 17 (47,2) |
| 200-500 células/mm ³ | 13 (36,1) |
| > 500 células/mm ³ | 5 (13,9) |
| Años VIH-neoplasia - mediana (RIC) | 21 (0-37) |
| Lesión preneoplásica - n° (%) | 8 (22,2) |
| TNDS previo - n° (%) | 2 (5,6) |
| TDS previo - n° (%) | 2 (5,6) |
| Cribado - n° (%) | 12 (33,3) |
| Estadio neoplasia - n° (%) | |
| Localizado | 15 (41,7) |
| Localmente avanzado | 11 (30,6) |
| Metastásico | 10 (27,8) |
| TAR al diagnóstico neoplasia - n° (%) | 34 (94,4) |
| CV al diagnóstico neoplasia - n° (%) | |
| Indetectable (< 50 copias/mL) | 29 (80,6) |
| Detectable (> 50 copias/mL) | 7 (19,4) |
| CD4 al diagnóstico neoplasia - n° (%) | |
| < 200 células/mm ³ | 11 (30,6) |
| > 200 células/mm ³ | 25 (69,4) |
| Cambio TAR - n° (%) | 4 (11,1) |
| Fracaso virológico - n° (%) | 0 (0) |
| Mortalidad 6 meses - n° (%) | 4 (11,1) |
| Mortalidad 12 meses - n° (%) | 8 (22,2) |
| Mortalidad final seguimiento - n° (%) | 12 (33,3) |

| Tabla 2 | |
|----------------|------|
| Ámbito cribado | TNDS |

| Hepatocarcinoma | Anal | Mama | Próstata | Colon | Total | | |
|-------------------|----------|-------|----------|-------|-------|--------|----|
| Atención Primaria | Recuento | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 4 |
| | % | 0,0% | 25,0% | 75,0% | 0,0% | 100,0% | |
| Infecciosas | Recuento | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 8 |
| | % | 62,5% | 12,5% | 0,0% | 12,5% | 100,0% | |
| Total | Recuento | 5 | 1 | 1 | 4 | 1 | 12 |

Conclusiones: La tasa de cribado de TNDS según las recomendaciones vigentes en PVVIH es insuficiente en nuestra cohorte. La mayoría de hepatocarcinomas se diagnostica en consultas de Enfermedades Infecciosas, y los tumores de próstata en AP.