Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):355

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

HIV-011 - ¿LA INFECCIÓN VIH INFLUYE EN EL PRONÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN?

L. Jorge Huerta[1], J. Solera Rallo[1], M. Mancheño Losa[1], C. Gómez Cuervo[1], C. Díaz-Pedroche[1], R. Rubio García[2], A. Lalueza Blanco[1] y C. Lumbreras Bermejo[1]

[1]Medicina Interna, [2]Unidad VIH. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Objetivos: El tratamiento antirretroviral en los pacientes VIH ha producido un aumento de la esperanza de vida debido a la disminución de los tumores definitorios de SIDA así como de las infecciones oportunistas. Esto ha aumentado la incidencia de tumores no definitorios de SIDA en los últimos años, siendo uno de los más frecuentes el cáncer de pulmón. El objetivo del estudio es analizar si los pacientes con cáncer de pulmón infectados por VIH presentan diferencias en factores de riesgo, tratamiento y supervivencia comparado con pacientes sin infección VIH.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo desarrollado en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid en el que se incluyeron los pacientes VIH+ diagnosticados de cáncer de pulmón entre 1999 y 2013, siendo comparados con controles diagnosticados de cáncer de pulmón en el mismo periodo de tiempo sin infección VIH. Para el emparejamiento (2:1) se tuvieron en cuenta: a) exposición al tabaco (fumador o exfumador), b) tipo histológico (microcítico o no-microcítico), c) edad, d) año de diagnóstico y e) sexo.

Resultados: 87 pacientes con cáncer de pulmón fueron incluidos: 29 en el grupo-VIH (+) (edad media: 51,50 ± 8,4 años; 93,3% varones) y 58 en el grupo VIH (-) (53,62 ± 9,8 años; 94,6% varones). De las variables analizadas, la presencia de hepatopatía tanto leve como grave en los pacientes seropositivos fue significativamente mayor [VIH (+) 20,0%; VIH (-) 3,6%; p = 0,019] a pesar de un abuso significativamente menor de alcohol [VIH (+) 10,0%; VIH (-) 21,4%; p = 0,05] sin diferencias en la presencia de broncopatía crónica previa. La forma de presentación más frecuente en ambos grupos fue como masa pulmonar [VIH (+) 66,7%; VIH (-) 67,9%; p = 0,91] seguida del nódulo pulmonar solitario que resultó ser significativamente más frecuente en los pacientes VIH (-) [VIH (+) 13,3%; VIH (-) 21,4%; p = 0,005]. En ambos grupos fue más habitual el carcinoma no microcítico, en concreto el adenocarcinoma en los VIH (-) frente al epidermoide en los VIH (+) siendo esta diferencia significativa [adenoCa: VIH (+) 20,8%; VIH (-) 47,8%; p = 0,022]. La presencia de enfermedad extendida al diagnóstico en los tumores microcíticos fue significativamente superior en el grupo- VIH (+) [VIH (+) 75,0%; VIH (-) 12,5%; p = 0,013] al igual que las complicaciones del tratamiento recibido, tanto de forma global [VIH (+) 42,3%; VIH (-) 16,1%; p = 0,010] como graves (i.e. necesidad de hospitalización y/o muerte) [VIH (+) 23,1%; VIH (-) 5,4%; p = 0,026]. La mortalidad global y la atribuible al cáncer fueron mayores en el grupo de VIH (+) sin ser esta diferencia significativa [mortalidad VIH (+) 93,3%; VIH (-) 79,6%; p = 0,123]; [mortalidad atribuida a cáncer: VIH (+) 84,0%; VIH (-) 77,8%; p = 0,525].

Epidemiología y manifestaciones al diagnóstico

	VIH (+) (N= 29)	VIH (-) (N=58)	P-valor
EPIDEMIOLOGIA			
Edad media (años ± desviación estándar)	51,50 ±8.4	53.62 ± 9.8	0.320
Sexo (% varones)	93.3%	94.6%	1.000
Comorbilidad (% presentación)			
- Diabetes mellitus	6.7	17.9	0.202
- **Hepatopatía grave**	**20**	**3.6**	**0.019***
- **Hepatopatía leve**	**46.7**	**5.4**	**0.001***
- Broncopatía crónica	16.7	26.8	0.290
- Enfermedad renal crónica	3.3	5.4	1.000
Abuso alcohol	**10**	**21.4**	**0.005***
CLÍNICA al diagnóstico (% presentación)			
Pérdida peso	43.3	32.1	0.303
Tos	50	42.9	0.526
Hemoptisis	20	17.9	0.808
Clínica metástasis	16.7	33.9	0.071
RADIOLOGÍA al diagnóstico (% presentación)			
Nódulo pulmonar solitario	**13.3**	**41.1**	**0.008****
Masa pulmonar	66.7	67.9	0.911
Derrame pleural	3.3	7.1	0.654
HISTOLOGÍA (% presentación)			
Ca microcítico	13.8	19.6	0.502
Ca no-microcítico	34.3	65.7	0.654
- **Adenocarcinoma**	**20.8**	**47.8**	**0.022*****
- Epidermoide	25.0	28.3	0.952
- Células grandes	20.8	21.7	0.807

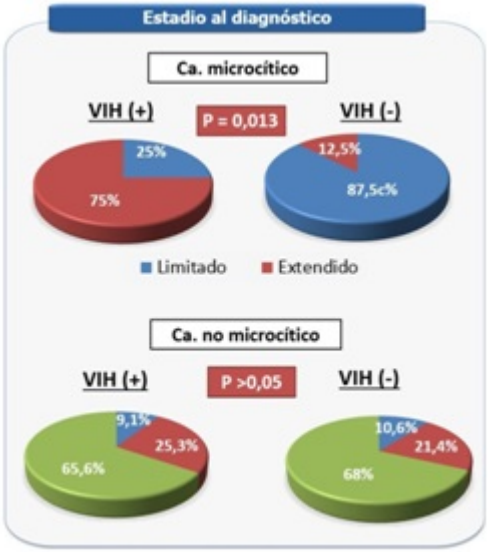

Figura 1.

	VIH (+) (N= 29)	VIH (-) (N=58)	P-valor
TRATAMIENTO (% presentación) $			
Tratamiento 1ª línea	86.7	71.4	0.111
Tratamiento finalidad paliativa	60.0	69.6	0.367
PRONÓSTICO (% presentación) &			
ECOG al diagnóstico			
• < 2	90.0	92.9	0.808
• ≥ 3	10.0	7.1	0.952
Mortalidad global	93.3	79.6	0.123
Mortalidad atribuible al cáncer	84.0	77.8	0.525

Figura 2.

Conclusiones: La infección VIH en pacientes con cáncer de pulmón podría suponer un factor de mal pronóstico en cuanto al riesgo de diagnóstico en estadio extendido en el subtipo microcítico y de presentar complicaciones secundarias al tratamiento, incluyendo aquellas con necesidad de ingreso hospitalario o

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

potencialmente mortales. Igualmente, el VIH podría aumentar la mortalidad en los pacientes con cáncer de pulmón, aunque serían necesarios más estudios para confirmar estos resultados.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.