



## HIV-038 - ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN PACIENTES INGRESADOS CON VIH

M. Rodríguez Villar, F. Maroto Piñeiro, I. Abalde Ortega, I. Fernández Castro, N. García Pouton, P. Sánchez Conde y J. de la Fuente Aguado

Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

### Resumen

**Objetivos:** Describir el perfil de patología oncológica y evolución en pacientes con neoplasias e infección por VIH que ingresan en nuestro hospital.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes VIH con edad  $\geq 15$  años que ingresaron desde marzo del 2017 a mayo del 2018. Recogimos los datos a partir de las historias clínicas y utilizamos el programa SPSS para el análisis.

**Resultados:** Recogimos un total de 100 ingresos correspondientes a 58 pacientes. La edad media fue de  $49,46 \pm 10,15$  años, siendo el 81% hombres. El 35% tenían antecedentes oncológicos correspondiendo la neoplasia activa en el momento del ingreso a una recidiva de la neoplasia previa en el 83%. El 41% tenían adenopatías y el 58% metástasis a distancia. Un 29% habían recibido tratamiento con radioterapia y un 64% quimioterapia. El 54% ingresaron por motivos relacionados con complicaciones de su neoplasia. Registramos 5 diagnósticos de enfermedad neoplásica de novo, entre los que encontramos adenocarcinoma de vesícula, linfoma no Hodgkin, neoplasia de pene, hepatocarcinoma y carcinoma papilar de tiroides. En cuanto a los hábitos tóxicos el 76% de los pacientes eran fumadores y un 12% exfumadores. Un 22% tenían un consumo excesivo de alcohol y un 12% eran exbebedores. Además un 5,2% consumía drogas por vía parenteral y un 38% lo había hecho en el pasado. El hábito tabáquico se asoció a mayor presencia de neoplasias, 31 casos de neoplasias en fumadores o exfumadores frente a 2 casos en no fumadores ( $p < 0,001$ ). Las neoplasias más frecuentes fueron las intestinales, hepáticas, pulmonares y hematológicas (11,8%). Además hubo un caso de carcinoma de pene. No se observó una relación estadísticamente significativa entre la presencia de hepatocarcinoma y la infección por virus de la hepatitis C, aunque los 2 casos de hepatocarcinoma correspondían a pacientes con infección crónica por VHC tratados con éxito. Tampoco se observó relación entre el hepatocarcinoma y el hábito enólico. No se objetivó relación estadísticamente significativa entre la carga viral, recuento de linfocitos CD4 al diagnóstico o al ingreso y cumplimiento terapéutico con la presencia de neoplasia activa. Se observó una tendencia estadísticamente no significativa entre la mortalidad durante el ingreso y la presencia de adenopatías y/o metástasis ( $p = 0,07$  y  $p = 0,10$ ). La mortalidad de los pacientes con neoplasia activa a los 3 meses fue de un 29% con tendencia a mayor mortalidad con reactivación de una neoplasia previa. No encontramos relación entre el nivel de linfocitos CD4 al ingreso y mortalidad a los 3 meses.

**Discusión:** La introducción de la terapia antirretroviral ha disminuido la incidencia de neoplasias

definitorias de SIDA, sin embargo como se refleja en nuestro estudio al igual que en otras series publicadas, el riesgo de neoplasias no definitorias de SIDA está en aumento suponiendo en el momento actual una de las principales causas de hospitalización y muerte (en nuestro estudio mortalidad del 29% a los 3 meses de la hospitalización). Los principales factores que contribuyen al aumento de neoplasias no definitorias de SIDA son el aumento de la supervivencia y envejecimiento de la población VIH que favorece el desarrollo de neoplasias comunes y la alta frecuencia de factores de riesgo tradicionales, especialmente el consumo de tabaco incrementa significativamente el riesgo de neoplasia de pulmón y de otros cánceres. En nuestro estudio confirmamos una relación significativa entre el hábito tabáquico y neoplasia.

*Conclusiones:* Las neoplasias no definitorias de SIDA suponen en el momento actual una de las principales causas de hospitalización y mortalidad en los pacientes con VIH. El hábito tabáquico es al igual que en la población general el principal factor de riesgo relacionado con neoplasias no definitorias de SIDA (sobre todo neoplasia de pulmón) en la población VIH. No existe en nuestro estudio una relación entre el recuento de linfocitos CD4 y la presencia de neoplasia activa o evolución de la misma.