

# Asociación HIV-Cáncer Estudio retrospectivo en ION-SOLCA Guayaquil 1999 - 2004

Dr. Walter Flores Freire\*, Dra. Laura Franco Navarrete\*\*, Dr. Rafael Caputi Oyague\*\*\*, Dr. Juan Carlos Ruiz\*\*\*\*

\* Médico Residente Postgradista de Medicina Interna SOLCA

\*\*Médico Residente de Pediatría de SOLCA

\*\*\* Médico Infectólogo ION-SOLCA

\*\*\*\* Médico Jefe Laboratorio ION-SOLCA

### ABSTRACTO

Se realizó estudio en 6 años en ION-SOLCA de un total de 171 pacientes con examen de micro Elisa reactivo; que fueron a consulta por primera vez con alta sospecha de cáncer al investigar su patología; 93 se confirmó la presencia de enfermedad oncológica ya sea por diagnóstico radiológico, o anatomía patológica; del total de 171 pacientes 118 fueron de sexo masculino y 53 de sexo femenino el grupo de edad predominante fue de 31 a 45 años con un 43%, el motivo principal de consulta fue la masa tumoral con un 39% y las adenopatías con un 33% y de estos la entidad oncológica que más se presentó es el LNH con 25 casos seguido por el cáncer de cuello uterino y el sarcoma de Kaposi con 11 casos cada uno. La enfermedad oportunista que más frecuentemente se presentó fue las bacterianas y de esta la tuberculosis pulmonar ocupó un lugar muy importante con 11 casos luego las micóticas, seguida de las virales tipo herpes zoster con 7 casos; de los 93 casos de HIV asociado a cáncer solo 36 pacientes recibieron tratamiento ya sea quirúrgico, quimioterápico, de radioterapia o asociación de estos. Se encontró 17 casos de fallecimiento.

**Palabras Claves:** Virus de Inmunodeficiencia Humana, Micro Elisa, Linfoma No Hodgkin, Sarcoma de Kaposi.

### INTRODUCCIÓN.

El síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se describió por primera vez en 1981, y las primeras definiciones incluían ciertas infecciones oportunistas, el sarcoma de Kaposi y linfomas del sistema nervioso central (SNC), un estudio que abarcó múltiples centros describió el espectro clínico de linfomas no Hodgkin en las poblaciones con riesgo de SIDA.

En 1985 y 1987, los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) revisaron la definición del SIDA para incluir a pacientes infectados con el virus de la

#### Correspondencias y Separatas:

Dr. Rafael Caputi O.  
Servicio de Infectología  
ION Solca - Guayaquil  
Avda. Pedro Menéndez Gilbert junto a la Atarazana  
Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

### ABSTRACT

A study made in 6 years in ION-SOLCA of 171 total patients with reactive Micro Elisa test; went to consult for first time, with high suspect of cancer at investigation, of their pathology 93 found oncologic disease with radiology or anatomic pathology diagnostic; of 171 total patients 118 was male and 53 female, the majority age group was 31 to 45 years with 43%, the principal symptoms was the tumoral mass with 39%, and the lymph node with 33% and the oncologic disease was the LNH with 25 cases and the uterine cervix cancer and Kaposi with 11 cases each one. The opportunist diseases more frequent was the bacteria and of these pulmonary tuberculosis take up very important position with 11 cases followed by fungus diseases, in a row. The viruses diseases of type of herpes zoster with 7 cases, 93 cases HIV associate cancer, only 36 patients receive treatment surgery, chemotherapy, radiotherapy or association. 17 cases death was found.

**Key word:** HIV, Micro Elisa, LNH, Kaposi Sarcoma.

inmunodeficiencia humana (VIH) que tenían linfoma no Hodgkin de células B agresivo. La incidencia del linfoma no Hodgkin ha aumentado en un curso casi paralelo con la epidemia del SIDA y representa entre 2% a 3% de los casos de SIDA recién diagnosticados además de otras enfermedades oncológicas.

En el Ecuador si bien en la década de los 80 se hizo un análisis de esta enfermedad en ese tiempo denominada HTLV 1-2-3, ya se encontró la relación de numerosas adenopatías en región axilar e inguinal que correspondía a manifestaciones oncológicas posibles casos de linfoma llamando la atención la asociación de ambos y desde ya se hacía un llamado de atención para la investigación en los pacientes inmunodeprimidos para que reciba un tratamiento más específico.

La asociación de neoplasias en pacientes inmunodeprimidos por la infección de HIV es más agresiva debido a que disminuye su



capacidad de reaccionar a los esquemas tradicionales de quimioterapia para las diferentes entidades oncológicas, afectando aun más su calidad de vida incrementando sus ingresos a entidades hospitalarias.

Por lo general, los pacientes inmunodeprimidos presentan con mayor probabilidad LNH y los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) no escapan a este hecho, que representa después del sarcoma de Kaposi, la neoplasia más frecuente. Se han descrito múltiples neoplasias en estos pacientes, pero solo algunas muestran una directa relación con el VIH, y su aparición implica el diagnóstico de SIDA, entre otras tenemos: sarcoma de Kaposi (SK), por lo general LNH de medio y alto grado de malignidad, linfoma cerebral primario y últimamente se incluye el carcinoma de cérvix uterino.

Además, en pacientes infectados con VIH se describen, pero con menor incidencia, carcinomas testiculares, leucemias agudas y crónicas, neoplasias gastrointestinales, melanomas, plasmocitomas, etc., que son más agresivos y responden peor al tratamiento que los que aparecen en individuos inmunocompetentes.

## MATERIALES Y MÉTODOS.

En la ciudad de Guayaquil en el instituto ONCOLÓGICO NACIONAL SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER (SOLCA) entre los años 1999 al 2004, se realizó un estudio retrospectivo y estadístico, para determinar cual es la tendencia de asociación de enfermedades oncológicas relacionadas con pacientes HIV positivos.

Para lo cual se escogieron los pacientes que han asistido a la consulta externa y que a más de su positividad en sangre de la presencia del HIV tuvieron asociado alguna entidad oncológica. No se incluyo en este estudio los pacientes con diagnóstico oncológico y/o que en el transcurso de su enfermedad se hayan contagiado con HIV ni menores de 15 años.

Escogidos los pacientes se procedió a realizar la división por género, edad, tipo de manifestación oncológica, tratamiento recibido de quimioterapia oncológica, de terapia antirretroviral o la asociación de ambos.

Se agruparon por tipo de cáncer asociado, tipo de agresividad histológica y si se presentan enfermedades infecciosas oportunistas.

## RESULTADOS.

Al obtener los resultados del estudio retrospectivo de 6 años en el Hospital de SOLCA de Guayaquil desde los años 1999 hasta el 2004 los que presentaron HIV reactivo con alta sospecha de

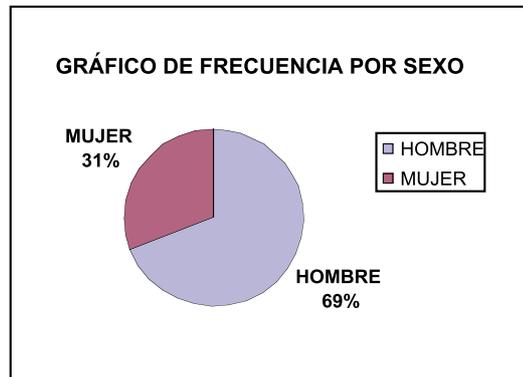
cáncer fueron 171 y de estos se diagnosticó a 93 pacientes con alguna entidad oncológica.

Al analizar la distribución por sexo se puede observar la totalidad de pacientes estudiados fueron 93 y que de ellos hubo 64 de sexo masculino lo que corresponde a un 69 por ciento y 29 de sexo femenino lo que corresponde a un 31 por ciento (**ver gráfico y cuadro 1.**)

## GRÁFICO Y CUADRO 1.

TABLA DE PACIENTES HIV ® ASOCIADO A CÁNCER. DISTRIBUCION POR SEXO

AÑO	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
1999	3	1	4
2000	10	2	12
2001	9	1	10
2002	16	10	26
2003	14	8	22
2004	12	7	19
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>29</b>	<b>93</b>



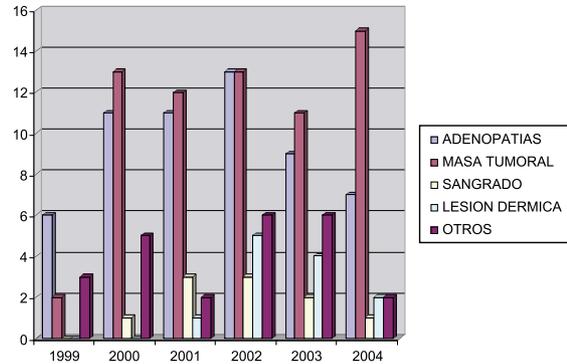
Fuente: Instituto Oncológico Nacional Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.  
ELABORADO POR: Dr. Walter Fernando Flores Freire

El estudio del cuadro y gráfico 2 nos demuestra que la edad promedio de la población estudiada esta comprendida entre los 31 años a 45 años que fueron en total de 40 pacientes, lo que corresponde a un 43 por ciento de los pacientes incluidos en este estudio. Hubo 20 pacientes de edades comprendidas entre 15 a 30 años lo que corresponde a un 31 por ciento además de que casi lo igualo las edades entre los 46 a 60 años con 19 casos lo que correspondería a un 19 por ciento y tan solo hubo un numero de pacientes que coincidieron en edad de 61 a 75 años con el de los pacientes mayores de 76 años con 7 casos cada uno lo que correspondería a un 8 por ciento de pacientes del total de la población estudiada. (**ver gráfico y cuadro 2.**)

GRÁFICO Y CUADRO 2.

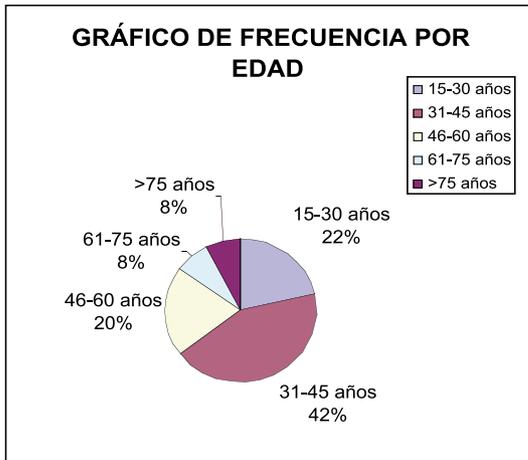
TABLA DE PACIENTES HIV® ASOCIADO A CÁNCER DISTRIBUIDA POR EDAD

AÑO	casos	EDAD			
		15-30 años	31-45 años	46-60 años	>76 años
1999	4	0	4	0	0
2000	12	4	5	0	1
2001	10	2	4	3	0
2002	26	7	11	4	2
2003	22	2	7	7	4
2004	19	5	9	5	0
TOTAL	93	20	40	19	7



Fuente: Instituto Oncológico Nacional Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.  
ELABORADO POR: Dr. Walter Fernando Flores Freire

GRÁFICO DE FRECUENCIA POR EDAD



Fuente: Instituto Oncológico Nacional Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.  
ELABORADO POR: Dr. Walter Fernando Flores Freire

Al revisar el cuadro de motivo de consulta de los pacientes con alta sospecha de malignidad que fueron por primera vez al servicio de preadmisión y que su examen de HIV fue reactivo fueron en orden de frecuencia: la masa tumoral en 66 ocasiones lo que corresponde al 39 por ciento, luego están las adenopatías que lo presentaron 57 personas lo que significa un 33 por ciento; las lesiones dérmicas se presentó en 12 pacientes siendo un 7 por ciento seguido del sangrado ya sea este digestivo, alto o bajo, trasvaginal o urinario con 10 ocasiones correspondiendo a un 6 por ciento, luego están en 26 ocasiones otras manifestaciones como pancitopenia, baja de peso, astenia o fiebre de origen no determinado lo que corresponde a 12 por ciento de la población total estudiada. (Ver cuadro y gráfico 3).

GRÁFICO Y CUADRO 3.

TABLA GLOBAL DE MOTIVO DE CONSULTA EN PCTES HIV® CON ALTA SOSPECHA DE CÁNCER

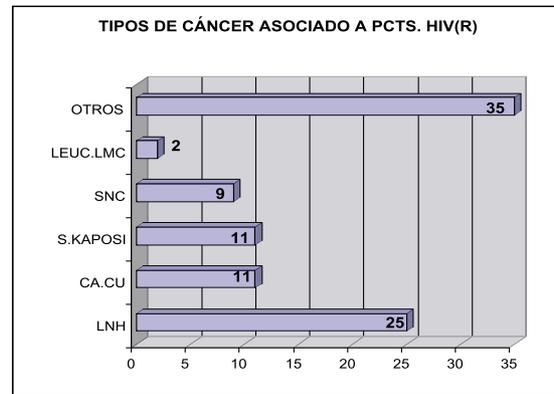
AÑO	CASOS	ADENOPATIAS	MASA TUMORAL	SANGRADO	LESION DERMICA	OTROS
1999	11	6	2	0	0	3
2000	30	11	13	1	0	5
2001	29	11	12	3	1	2
2002	40	13	13	3	5	6
2003	34	9	11	2	4	8
2004	27	7	15	1	2	2
TOTAL	171	57	66	10	12	26

En el siguiente cuadro estadístico que corresponde al tipo de cáncer que presentaron los pacientes HIV reactivo fueron: el linfoma no Hodgkin con 25 casos lo que corresponde a 27 por ciento seguido de 11 casos cada uno al sarcoma de kaposi y al carcinoma de cuello uterino lo que significa un 12%, luego esta los tumores del sistema nervioso central con 9 casos lo que corresponde a 10 por ciento, luego reunimos en un solo grupo a las otras entidades que se presentaron en menor frecuencia que fueron 37 casos lo que significó 37 por ciento de la población total estudiada. (ver cuadro y gráfico 4)

GRÁFICO Y CUADRO 4.

TABLA DE TIPOS DE ENTIDADES ONCOLÓGICAS POR AÑO.

AÑO	LNH	CA. CU.	S. KAPOSI	SNC.	LEUC. LMC	OTROS
1999	1	1	0	0	1	1
2000	3	0	0	1	0	8
2001	2	1	1	2	0	4
2002	8	6	4	1	0	7
2003	6	3	4	1	1	7
2004	5	0	2	4	0	8
TOTAL	25	11	11	9	2	35



Fuente: Instituto Oncológico Nacional Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.  
ELABORADO POR: Dr. Walter Fernando Flores Freire

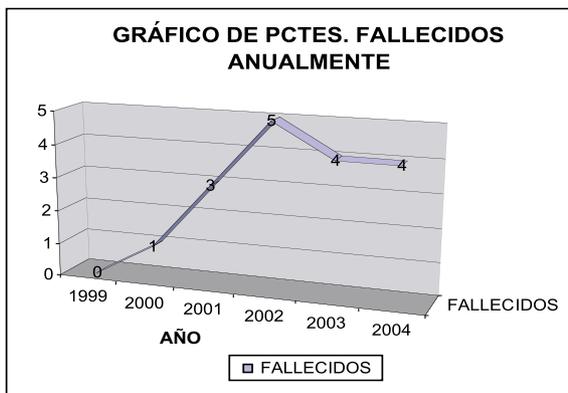


En el cuadro 5 que nos habla de los fallecidos de los 93 pacientes que entraron al estudio fallecieron 17 es decir 18 por ciento a pesar de que no tenemos ningún datos de lo que paso con los pacientes del año 1999. Se realizó además el tiempo en que fallecieron cada uno de estos 17 pacientes encontrando que en el primer trimestre fallecieron 14 enfermos en el segundo trimestre 2 pacientes y en el tercer trimestre 1 (ver tabla y gráfico 5).

GRÁFICO Y CUADRO 5

TABLA DE CASOS HIV® ASOCIADO A CANCER FALLECIDOS.

AÑO	FALLECIDOS	1 TRIM.	2 TRIM	3 TRIM
1999	0	0	0	0
2000	1	1	0	0
2001	3	2	0	1
2002	5	4	1	0
2003	4	3	1	0
2004	4	4	0	0
TOTAL	17	14	2	1



Fuente: Instituto Oncológico Nacional Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.  
ELABORADO POR: Dr. Walter Fernando Flores Freire

## Discusión

-La asociación de entidades oncológicas en pacientes HIV reactivo es importante en nuestro estudio significativo un 56% y que muchas veces se presentó como manifestación inicial ya que la mayoría de estos pacientes no sabían que eran portadores del virus. Además el poco número de pacientes que se realizaron la prueba confirmatoria de Western Blot en nuestro estudio nos indica que se debe a un no entendimiento o no aceptación de tener esta enfermedad y a la falta de recursos para realizarlo.

-La mayor parte de casos se da en el sexo masculino y que ha ido incrementándose año a año llegando a ser un total de 69% del total de la población. Esto se debe a que de parte del sexo masculino existe mayor número en general de casos de HIV reactivo por su fácil contagio debido a su libertinaje sexual sin ningún tipo de precaución

-El mayor porcentaje de pacientes estuvo en la edad de 31 a 45 años es decir en la edad productiva no dejando de lado también que en la edad de la senectud hubo casos en número importante. Además que los fallecimientos con estos pacientes nos podemos dar cuenta que el tiempo de vida es muy corto y que fallecen en un mayor porcentaje en el primer trimestre de vida

## Conclusión.

La principal entidad oncológica que se repite en otras partes del mundo como en nuestro estudio es el LNH y se le debería poner como ente asociado al SIDA y que las enfermedades oportunistas atacan fácilmente en el curso de la enfermedad agravando el caso y siendo de manera más agresiva por tratarse de un paciente deprimido inmunológicamente, mermando el tiempo de vida lo que comprobamos en las tablas de letalidad ya que la mayoría falleció en el primer trimestre de que se los diagnosticó.

## Bibliografía

1. Barroso MC. Clasificaciones histopatológicas de los linfomas. Rev. Cubana Oncología 1999; 15(1):67-9.
2. Castillo G. Tumores y SIDA. Rev. Colegio Médico de Guatemala 2001;11(1):76-9.
3. Dolcetti R, Boiocchi M, Gloghini A, et al.: Pathogenetic and histogenetic features of HIV-associated Hodgkin's disease. Euro J Cancer 37 (10): 1276-87, 2001.
4. Estrada O, Romeu J, Jiménez G, Raventós A, Sirera G, Clotet B. Carcinoma broncogénico en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Med. Clin. (Barc.) 1996; 106: 601-4.
5. Evans SR, Krown SE, Testa MA, et al.: Phase II evaluation of low-dose oral etoposide for the treatment of relapsed or progressive AIDS-related Kaposi's sarcoma: an AIDS Clinical Trials Group clinical study. J Clin Oncol 20 (15): 3236-41, 2002.
6. Fleming ML, Romero LF, Yusti VE, Amadei C, Salazar E. SIDA; lesiones de cabeza y cuello. Rev. Soc. Med. -Quir. Hosp. Emerg. Pérez de León 1999;30(2):31-6.
7. Frisch M, Smith E, Grulich A, Johansen C. Cancer in

- a population-based cohort of men and women in registered homosexual partnerships. *Am J Epidemiology* 2003;157(11):966-72.
8. Gabarre JB. HAART and changes of epidemiology, treatment and prognosis of HIV-positive patients with Kaposi sarcoma and lymphoma. *Bull Cancer* 2003;90(5):419-25.
  9. Galvis JM, Fuster CA, Cañizares MA, Guijarro R, Fernández-Centeno A, Cantó A. cáncer pulmonar e infección por virus de la inmunodeficiencia humana, Revisión de la literatura y revisión de tres casos. *Neoplasia* 1997; 14: 77-9.
  10. Garcia FJ, Morant A, Tormos MM, Marco J. Upper dysphagia due to a chemotherapy resistant Burkitt's lymphoma in lingual tonsil. *Act Otorrinolaringol Esp.* 2003;54(2):109-12.
  11. -Gates AE, Kaplan LD. Biology and management of AIDS associated non-Hodgkin lymphoma. *Hematology Oncol Clin North Am* 2003;17(3):821-41.
  12. Hernández D, Pérez JR . Cáncer asociado a infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Rev Venez Oncol* 1995;7(1):24-42
  13. Hoffmann C, Wolf E, Fätkenheuer G, et al.: Response to highly active antiretroviral therapy strongly predicts outcome in patients with AIDS-related lymphoma. *AIDS* 17 (10): 1521-9, 2003.
  14. Koeppen H, Vardiman JW. New entities, issues and controversies in the classification of malignant lymphomas. *Sem .Oncol.* 1998;25:421-34.
  15. Lymphoid neoplasms. In: American Joint Committee on Cancer.: *AJCC Cancer Staging Manual.* 6th ed. New York, NY: Springer, 2002, pp 393-406.
  16. Meng RD, El-Deiry WS. Tumor suppressor genes as targets for cancer gene therapy. In: Lattime EC, Gerson SL, editors. *Gene therapy of cancer.* San Diego: Academic Press; 1999: 3-20.
  17. Nador RG, Cesarman E, Knowles DM, et al.: Herpes-like DNA sequences in a body-cavity-based lymphoma in an HIV-negative patient. *N Engl J Med* 333 (14): 943, 1995.
  18. Parker MS, Leveno DM, Campbell TJ, Worrell JA, Carozza SE. AIDS-related bronchogenic carcinoma: fact or fiction?. *Chest* 1998; 113: 154-61
  19. Pham DC, Guthrie TH, Ndubisi B. HIV -associated primary cervical non-Hodgkin's lymphoma and two other cases of primary pelvic non Hodgkin's lymphoma. *Gynecol Oncol* 2003;90(1):204-6.
  20. Pike MC, Rarick Mu, Loureiro C, Bernstein-Singer M. Malignant lymphomas in patients with HIV infection. *Leuk Lymphoma* 1996;22:245-57.
  21. Porras G . Enfermedades neoplásicas diferentes a sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin en pacientes con infección por VIH y SIDA : revisión sobre una posible asociación. *Enfermo Infecc Microbiol* 1995;15(3):132- 4.
  22. Powles T, Thirlwell C, Nelson M, Bower M. Immune reconstitution inflammatory syndrome mimicking relapse of AIDS . *Leuk Lymph* 2003; 44(8)1417-9.
  23. Rabkin CS, Yellin F: Cancer incidence in a population with a high prevalence of infection with human immunodeficiency virus type 1. *J Natl Cancer Inst* 86 (22): 1711-6, 1994.
  24. Raez LE, Angulo J, Restrepo A. Diagnóstico y tratamiento de pacientes con linfomas primarios del sistema nervioso central (LPSN) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). *Rev. MED Heredo* 1999,10(3):96-104.
  25. Ramos C, Echeverría N, Romero J, Ortiz A. Manifestaciones bucales asociadas al paciente con virus de inmunodeficiencia (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). *Rev. Soc. Med- Quir Hosp. Emer Pérez de León* 2000;31(1):9-16.
  26. Rey J, Charbonnier A, Schiano JM, Stoppa AM. Intensive chemotherapy with rituximab is safe and effective in AIDS non-Hodgkin lymphoma. *AIDS* 2003;17(13):2006-7.
  27. Rivero S, Figueroa F, Pérez R, Pérez V, Mery J, Torres ME. Estudio clínico inmunológico de un grupo de sujetos con alto riesgo de síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA. *Rev. Chilena Tecnol. Med.* 1995;8(2):361-6.
  28. Santos J, Velasco JL, Rivero A, Marquez M, Abarca M. Cáncer de pulmón en pacientes con infección por VIH. *Rev Clin .Esp.* 1996; 196: 603-5.
  29. Savio E, Kryslar G, Mirazzo I, Musse I, Braselli A,



- Purtscher H, Pascal G, Favotto C, Calandria L. Neoplasias asociadas al SIDA. Rev Med Urug 1992; 8(1):38-48.
30. Schmidf -Wolf IG, Rockstroh JK, Schlegel U, Mey U, Strehl J, Weiss R, et al. Treatment options of AIDS-related lymphoma. Expert Opin Pharmacother 2003;4(8):1331-43.
31. Severinche D. Enfermedad pulmonar en el paciente con SIDA. Antibiotics Infecc 1998;6(2):5-10
32. Sopeña B, García-Tejedor JL, de la Fuente J, Rivera A, Martínez-Vázquez C. Carcinoma pulmonar de células gigantes en paciente con infección por el VIH. An Med Interna (Madrid) 2001; 18: 336-7.
33. Sparano JA: Clinical aspects and management of AIDS-related lymphoma. Eur J Cancer 37 (10): 1296-305, 2001.
34. Spina M, Vaccher E, Juzbasic S, et al.: Human immunodeficiency virus-related non-Hodgkin lymphoma: activity of infusional cyclophosphamide, doxorubicin, and etoposide as second-line chemotherapy in 40 patients. Cancer 92 (1): 200-6, 2001.
35. Spina M, Vaccher E, Nasti G, et al.: Human immunodeficiency virus-associated Hodgkin's disease. Semin Oncol 27 (4): 480-8, 2000.

**Del Editor:**

**CESIÓN - ASIGNACIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR**  
A la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA, Sede Nacional Guayaquil

La revista "ONCOLOGÍA" requiere de la firma de todos los autores y coautores como evidencia de transferencia, asignación y de traspaso de la posesión de los derechos de autor, exclusivamente a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA.

En caso de que uno de los coautores se haya cambiado de domicilio, usted puede reproducir una copia de este formulario para que dicho coautor firme por separado. Favor enviar una copia de ésta página a nuestra oficina. El envío oportuno de este formulario con todas las firmas nos permitirá programar su artículo para su publicación.

Título del Artículo: \_\_\_\_\_

Teléfono del Autor: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

Fecha de Cesión: \_\_\_\_\_

Nota: Sírvase escribir los nombres en caracteres de imprenta.

**Revista "ONCOLOGÍA"**  
Av. Pedro Menéndez Gilbert  
Apt. Postal No. 555/ ó 3623  
Guayaquil - Ecuador

Fax: (593-4) 2293-366 / 2287-151  
E-mail: editor@solca.med.ec  
jasanche@msn.com

**Todo sangrado uterino en mujer post menopáusica deberá considerarse cáncer de endometrio hasta no demostrar lo contrario**

