

# Carcinoma broncogénico e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

C. Carrasquer<sup>a</sup>, M.L. Nieto<sup>a</sup>, D. Soldevila<sup>b</sup>, M. Blanes<sup>c</sup>, J.M. Ferrer<sup>d</sup> y M. Perpiñá<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Neumología, <sup>b</sup>Nefrología, <sup>c</sup>Neurología y <sup>d</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

La coexistencia de carcinoma broncogénico e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una asociación infrecuente. Se trata generalmente de personas jóvenes, con historia previa de consumo tabáquico y en las que el tipo histológico predominante era el adenocarcinoma. Se describen 2 casos de carcinoma broncogénico y seropositividad para el VIH.

**Palabras clave:** Cáncer pulmón. VIH positivo.

*Arch Bronconeumol* 1995; 31: 362-364

Bronchogenic carcinoma and infection by human immunodeficiency virus

The coexistence of bronchogenic carcinoma and human immunodeficiency virus is unusual. Patients are usually young former smokers and histopathologic type is most often adenocarcinoma. We describe two cases of bronchogenic carcinoma in HIV positive individuals.

**Key words:** Cancer lung. HIV.

## Introducción

En los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, la grave depresión de la inmunidad celular puede condicionar una mayor frecuencia de ciertos procesos neoformativos, tales como el sarcoma de Kaposi y el linfoma no hodgkiniano<sup>1</sup>; sin embargo, la asociación de carcinoma broncogénico es un hecho poco frecuente. Se presentan dos casos de carcinoma broncogénico e infección VIH.

## Observación clínica

### Caso 1

Se trataba de un varón de 63 años que consultó en octubre de 1994 por un cuadro de fiebre de 38 °C, escalofríos, tos y expectoración de características mucopurulentas, de 20 días de evolución, asociado a una pérdida ponderal de 20 kg en los 12 meses previos. Presentaba un hábito tabáquico importante desde su juventud (1.095 paquetes/año), sin otros antecedentes patológicos de interés. En el momento del ingreso

el paciente ofrecía un aspecto caquéctico, con crepitantes en tercio inferior del hemitórax izquierdo, esplenomegalia y discretos edemas tibiomaleolares apreciables en la exploración física.

En el hemograma destacaban 3.600 leucocitos totales (72% neutrófilos y 17% linfocitos, siendo el resto de la fórmula leucocitaria normal), hematócrito de 30%, hemoglobina de 10 mg/dl. Los parámetros restantes del hemograma y la hemostasia se encontraban dentro de los límites de la normalidad. La bioquímica mostraba valores normales a excepción de: albúmina 1,53 mg/dl, proteínas totales 5,94 mg/dl y calcio 7,54 mg/dl. En la gasometría arterial practicada con Fi O<sub>2</sub> 0,21 se observaba: pO<sub>2</sub> 43 mmHg, pCO<sub>2</sub> 33 mmHg, pH 7,46, satO<sub>2</sub> 87,2%. La radiografía de tórax mostraba un aumento de densidad parahiliar izquierdo, de contornos mal delimitados indicativa de neoplasia (fig. 1). La TAC toraco-abdominal evidenciaba una gran masa hilar izquierda con adenopatías suprahiliares, en ventana aortopulmonar, subcarinales, pretraqueales y paratraqueales derechas (fig. 2). Se practicó fibrobroncoscopia, que mostraba signos inflamatorios y atróficos en árbol bronquial izquierdo. La citología fue negativa para células malignas y la biopsia transbronquial evidenció celularidad compatible con adenocarcinoma.

Ante la seropositividad del paciente para VIH se determinaron poblaciones linfocitarias que evidenciaron: linfocitos totales 700/μl, con una cifra de linfocitos CD4 28/μl y un cociente de T<sub>4</sub>/T<sub>8</sub> de 0,05. La cifra de beta-2-microglobulina fue de 2,3 ng/l.

Correspondencia: Dra. C. Carrasquer.  
Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fe.  
Avda. Campanar, 21. 46009 Valencia.

Recibido: 26-1-95; aceptado para su publicación: 14-2-95.



Fig. 1. Aumento de densidad parahiliar izquierdo de contornos mal definidos.

Durante el ingreso hospitalario mejoró discretamente el estado general del paciente, aunque dado lo avanzado del estadio tumoral y la grave afectación inmunológica, se desestimaron medidas diagnóstico-terapéuticas de carácter agresivo.

#### Caso 2

Varón de 29 años que consultó en noviembre de 1992 por cuadro de fiebre, escalofríos y dolor en área escapular izquierda de 45 días de evolución.

Entre sus antecedentes destacaban la adicción a drogas vía parenteral hasta 1991 y hábito tabáquico con consumo de 390 paquetes/año. Su seropositividad para el VIH era conocida desde 1991, aunque no había presentado previamente manifestaciones clínicas compatibles con sida. El recuento de linfocitos CD4 era de 426/ml con cociente  $T_4/T_8$  de 0,86 en noviembre de 1992.

Al ingreso el paciente presentaba un estado general aceptable, con adenopatías axilares de pequeño tamaño y evidencia de hepatosplenomegalia, sin otros hallazgos reseñables en la exploración física. Los parámetros del hemograma y la bioquímica hemática se encontraban dentro de los límites normales a excepción del hematócrito 36% y Hb 12 mg/dl. En la radiografía de tórax se apreciaba una imagen nodular en LSI. La fibrobroncoscopia mostraba un árbol bronquial de características normales. En la TAC toracoabdominal se observó una gran masa necrosada en vértice pulmonar izquierdo, con destrucción de vértebras y costillas adyacentes, junto a adenopatías hiliares izquierdas y supraclaviculares bilaterales. Se apreciaba también hepatosplenomegalia. La citología del broncoaspirado y la biopsia transbronquial fueron negativas para células malignas. Se practicó punción aspiración con aguja fina en vértice pulmonar izquierdo que mostró hallazgos anatomopatológicos compatibles con carcinoma de células grandes. El paciente falleció 3 meses después del diagnóstico, como consecuencia del rápido deterioro clínico asociado a la progresión de su neoplasia.

#### Discusión

La asociación real entre carcinoma broncogénico e infección VIH es desconocida. Aunque la coexistencia

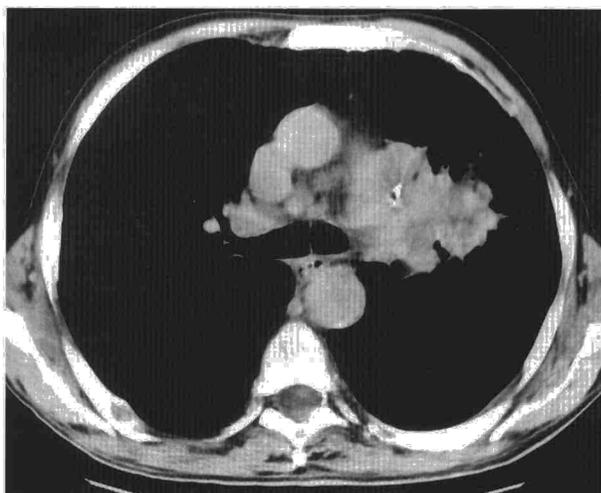


Fig. 2. Gran masa hiliar con adenopatías ipso y contralaterales.

de infección VIH y procesos neoforativos como el sarcoma de Kaposi o el linfoma no hodgkiniano<sup>2</sup> se halla bien documentada, su relación con el carcinoma broncogénico no ha sido completamente establecida. Una revisión de la literatura muestra que se han comunicado 25 casos en los que la infección VIH se asociaba a neoplasia broncopulmonar. En este trabajo se han presentado dos nuevos casos en los que se hace patente la citada asociación. Diversos estudios han señalado además la relación de la infección VIH con otras neoplasias epiteliales extrapulmonares tales como el carcinoma de células escamosas de la región oral y anal, displasia y carcinoma de cérvix, tracto genitourinario, colon, conjuntiva y piel<sup>3-10</sup>.

La mayor parte de los pacientes en los que se demostró existencia de carcinoma broncogénico e infección VIH eran varones (24) y su media de edad fue de 41 años<sup>11-13</sup>. En los 2 casos descritos se trataba de varones, siendo la edad en el caso 1 superior a la media referida (63 años), mientras que en el caso 2, la edad del paciente en el momento diagnóstico (26 años) se encontraba por debajo de dicha media.

Entre los factores de riesgo se hallaban la drogadicción por vía intravenosa (56%), homosexualidad (36%) y el antecedente de transfusiones múltiples. En el segundo de los casos, existía antecedente de adicción a drogas vía parenteral como práctica de riesgo para el VIH. Sin embargo, en el caso 1 no se evidenció ninguno de los factores de riesgo habituales, aunque no era posible descartar por completo contactos heterosexuales de riesgo en el pasado, y el hallazgo de la neoplasia broncopulmonar coincidió con el de su seropositividad para el VIH.

El consumo de tabaco se observó en 23 de los 24 casos en que se investigó la presencia de hábito tabáquico previo<sup>14</sup>. En los 2 casos descritos, se recoge el antecedente de consumo tabáquico importante, especialmente en el primero de ellos con 1.095 paquetes/año.



El adenocarcinoma constituye el tipo histológico más frecuente (52%) frente al carcinoma de células pequeñas (8%) y formas mixtas de adenocarcinoma-carcinoma epidermoide (4%). En el primero de los casos, la estirpe anatomopatológica correspondió a adenocarcinoma, mientras que en el caso 2 se trataba de un carcinoma de células grandes.

En los pacientes en los que la infección VIH coexiste con el carcinoma broncogénico no se aprecia, pues, la distribución habitual de los diversos tipos histológicos de neoplasia broncopulmonar, que incluye una mayor frecuencia de carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma y carcinoma de células pequeñas<sup>15</sup>.

Entre los casos que se han comunicado, el 28% reunía criterios de sida en el momento del diagnóstico de carcinoma broncogénico, aunque el 55% presentaban seropositividad para el VIH y se encontraban asintomáticos, sin manifestaciones clínicas de sida. En ninguno de los casos expuestos se evidenció sintomatología compatible con sida antes del diagnóstico del carcinoma broncogénico, observándose en ambos estadio tumoral avanzado al diagnóstico. En el caso 1, el hallazgo de la neoplasia coincidió con el de la seropositividad para el VIH. En el segundo de los casos descritos el recuento de linfocitos CD4 era mayor que en el caso 1; no obstante el paciente no había presentado manifestaciones clínicas definitorias de sida previamente al diagnóstico de la neoplasia broncopulmonar.

Así pues, parece ser que la asociación de carcinoma broncogénico y seropositividad para el VIH ofrece como principales características el afectar a sujetos jóvenes, con predominio del adenocarcinoma sobre las otras estirpes anatomopatológicas y por presentar en muchos casos un curso clínico agresivo, con avanzado estadio clínico en el momento del diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. White DA, Matthay RA. State of the art: noninfectious pulmonary complications of infection with the human immunodeficiency virus. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: 1.763-1.787.
2. Polish LB, Cohn DL, Ryder JW, Myers AM, O'Brien RF. Pulmonary non-Hodgkin's lymphoma in AIDS. *Chest* 1989; 96: 1.321-1.326.
3. Cappel MJ, Yao F, Cho KC. Colonic adenocarcinoma associated with the acquired immunodeficiency sdr. *Cancer* 1988; 62: 616-619.
4. Adjiman S, Zerbib M, Flam T, Brochard M, Desligneras S, Boissonas A. Genitourinary tumors and HIV-1 infection. *Eur Urol* 1990; 18: 61-63.
5. Kestelyn P, Stevens AM, Ndayambaje A, Hanssens M, Van de Perre P. HIV and conjunctival malignancies. *Lancet* 1990; 336: 51-52.
6. Sitz KV, Keppen M, Johnson DF. Metastatic Basal cell carcinoma in acquired immunodeficiency sdr-related complex. *JAMA* 1987; 257: 340-343.
7. Braun MA, Killam DA, Remick SC, Ruckdeschel JC. Lung cancer in patients seropositive for human immunodeficiency virus. *Radiology* 1990; 175: 341-343.
8. Safai B, Lynfield R, Lowenthal DA, Koziner B. Cancer associated with HIV infection. *Anticancer Res* 1987; 7: 1.055-1.068.
9. Maiman M, Fruchter RG, Serur E, Remy JC, Feuer G, Boyce J. Human immunodeficiency virus infection and cervical neoplasia. *Gynecol Oncol* 1990; 38: 377-382.
10. Melbye M, Coté TR, Kessler L, Gail M, Biggar RJ, and the AIDS/cancer Working Group. High incidence of anal cancer among AIDS patients. *Lancet* 1994; 343: 636-696.
11. Irwin LE, Begandy MK, Moore TM. Adenosquamous carcinoma of the lung and acquired immunodeficiency sdr [carta]. *Ann Intern Med* 1984; 100: 158.
12. Moser RJ, Tneholder MF, Ridenour R. Oat cell carcinoma in transfusio-associated acquired immunodeficiency sdr [carta]. *Ann Intern Med* 1985; 103: 478.
13. Nusbaum NJ. Metastatic small cell carcinoma of the lung in a patient with AIDS [carta]. *N Engl J Med* 1985; 312: 1.706.
14. Fraire AE, Awe RJ. Lung cancer in association with human immunodeficiency virus infection. *Cancer* 1992; 70: 432-436.
15. Aaron SD, Warner E, Edelson JD. Bronchogenic carcinoma in patients seropositive for human immunodeficiency virus. *Chest* 1994; 106: 640-642.