



Original

Estudio caso-control de tumores no defintorios de sida en una cohorte prospectiva de pacientes infectados por el VIH

Francisco Rodríguez Arrondo^{a,*}, Miguel Ángel von Wichmann^a, Xabier Camino^a, Miguel Ángel Goenaga^a, Maialen Ibarburen^a, Harkaitz Azcune^a, María Jesús Bustinduy^a, Oscar Ferrero^b, Josefa Muñoz^b, Sofía Ibarra^b, Koldo Aguirrebengoa^c, Josune Goicoetxea^c, Elena Bereciartua^c, Miguel Montejo^c, M. Asunción García^d, Eduardo Martínez^d, Joseba Portu^e, Luis Metola^f, Rafael Silvariño^g, Cristina Sarasqueta^h, Julio Arrizabalaga^h, Jose Antonio Iribarren^a, (Grupo SEINORTE)

^a Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

^b Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

^c Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Cruces, Bilbao, Vizcaya, España

^d Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Galdakao, Galdakao, Vizcaya, España

^e Servicio de Medicina Interna, Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

^f Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España

^g Servicio de Medicina Interna, Hospital San Eloy, Baracaldo, Vizcaya, España

^h Servicio de Enfermedades Infecciosas, Instituto BioDonostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de abril de 2016

Aceptado el 16 de marzo de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Infección por VIH

Tumores no defintorios de sida

Enfermedades no defintorias de sida

Hepatocarcinoma

Cáncer de pulmón

Cáncer anal

Cáncer de cabeza y cuello

Cáncer de piel

Linfoma de Hodgkin

Tratamiento antirretroviral

R E S U M E N

Introducción: Presentamos un estudio caso-control de tumores no defintorios de sida (TNDS) en una cohorte de pacientes infectados por el VIH en la que valoramos las tasas de incidencia, supervivencia y factores pronósticos de mortalidad.

Métodos: Se recogieron de forma prospectiva en 7 hospitales, los diagnósticos de TNDS realizados de 2007 a 2011, con seguimiento posterior hasta diciembre de 2013. Se seleccionaron de forma aleatoria un grupo control de 221 pacientes VIH sin diagnóstico de cáncer.

Resultados: Se diagnosticaron 221 TNDS en una cohorte inicial de 7.067 pacientes VIH. Los más frecuentes: hepatocarcinoma 20,5%, pulmón 18,7%, cabeza y cuello 11,9% y anal 10,5%. La tasa de incidencia de desarrollo de TNDS fue de 7,84/1.000 pacientes-año. Además de la edad y el tabaco, el tiempo en TAR (OR 1,11; IC 95% 1,05-1,17) y el uso de IP (OR 1,72; IC 95% 1,0-2,96) aumentaron el riesgo de desarrollar un TNDS. Durante el seguimiento fallecieron el 53,42%, con una mediana de supervivencia de 199,5 días. En el análisis de los factores pronósticos de mortalidad, los valores bajos de CD4 en el momento del diagnóstico del tumor (OR 0,99; IC 95% 0,99-1,0; p = 0,033) y el diagnóstico previo de sida (OR 2,06; IC 95% 1,08-3,92) se asociaron con una mayor mortalidad.

Conclusiones: Los predictores de TNDS en nuestra cohorte fueron la edad, el consumo de tabaco, los linfocitos CD4 y el mayor tiempo en TAR. La mortalidad es alta, siendo factores de riesgo los CD4 bajos en el momento del diagnóstico del TNDS y el diagnóstico previo de sida.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A case-control study of non-AIDS-defining cancers in a prospective cohort of HIV-infected patients

A B S T R A C T

Introduction: We present a case-control study of non-AIDS-defining cancers (NADCs) in a cohort of HIV-infected patients where we value the incidence, survival and prognostic factors of mortality.

Keywords:
HIV infection

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francisco.rodriguezarrondo@osakidetza.eus (F. Rodríguez Arrondo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.03.032>

0025-7753/© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Non-AIDS defining cancers
Non AIDS-defining illnesses
Hepatocellular carcinoma
Lung cancer
Anal cancer
Head and neck cancer
Skin cancer
Hodgkin's lymphoma
Antiretroviral therapy

Methods: All NADCs diagnosis conducted from 2007 to 2011 in 7 hospitals were collected prospectively, with a subsequent follow up until December 2013. A control group of 221 HIV patients without a diagnosis of cancer was randomly selected.

Results: Two hundred and twenty-one NADCs were diagnosed in an initial cohort of 7,067 HIV-infected patients. The most common were: hepatocellular carcinoma 20.5%, lung 18.7%, head and neck 11.9% and anal 10.5%. The incidence rate of NADCs development was 7.84/1,000 people-year. In addition to aging and smoking, time on ART (OR 1.11; 95% CI 1.05-1.17) and PI use (OR 1.72; 95% CI 1.0-2.96) increased the risk of developing a NADC. During follow-up 53.42% died, with a median survival time of 199.5 days. In the analysis of the prognostic factors of mortality the low values of CD4 at tumour diagnosis (OR 0.99; 95% CI 0.99-1.0; $P=.033$), and the previous diagnosis of AIDS (OR 2.06; 95% CI 1.08-3.92) were associated with higher mortality.

Conclusions: Predictors of NADCs in our cohort were age, smoking, CD4 lymphocytes and time on ART. Mortality is high, with NADC risk factors being low CD4 count and previous diagnosis of AIDS.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Desde el inicio de la epidemia de sida, los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) han presentado un mayor riesgo de desarrollo de neoplasias que la población general. Antes de la introducción del tratamiento antirretroviral (TAR) los denominados tumores defintorios de sida (TDS) –linfoma no hodgkiniano, sarcoma de Kaposi y carcinoma invasivo de cérvix– constituían más del 85% de las neoplasias; estos TDS se han relacionado con una etiología viral y, en general, guardan una relación directa con la inmunosupresión del paciente¹.

Con el aumento de la supervivencia y el envejecimiento de la población infectada por el VIH desde la introducción del TAR, ha cambiado de forma drástica el espectro de las enfermedades asociadas con la infección por el VIH; están apareciendo otras dolencias, como los tumores no defintorios de sida (TNDS)²⁻⁴. En las bases de datos y registros de cáncer se aprecia una importante disminución de los TDS y un rápido incremento de los TNDS, que se han convertido en la causa más común de neoplasia en los pacientes infectados por el VIH^{1,5-8}. Estos TNDS, que no siempre tienen un origen viral, suelen comportarse de forma más agresiva y el diagnóstico se suele realizar en un estadio más avanzado de la enfermedad que en los pacientes no infectados por el VIH, por lo que presentan un peor pronóstico, siendo en la actualidad una de las principales causas de mortalidad en los pacientes infectados por el VIH⁹⁻¹².

Los TNDS más estudiados son el linfoma de Hodgkin (LH)¹³ y el cáncer anal^{14,15}. Otros tumores, también descritos en estos pacientes, con un comportamiento diferente al observado en la población general, son: el carcinoma de pulmón^{16,17}, el hepatocarcinoma¹⁸, los tumores testiculares, el carcinoma de células escamosas de la conjuntiva, el mieloma múltiple y el leiomiomasarcoma en pacientes pediátricos¹. Curiosamente, en algunas series se ha descrito una menor incidencia de carcinomas de próstata, mama y vejiga¹.

El objetivo de este estudio es el de analizar la incidencia y los factores de riesgo de desarrollar TNDS en una cohorte prospectiva de pacientes infectados por el VIH, midiendo la supervivencia e identificando sus factores pronósticos.

Material y métodos

Durante un período de 5 años (desde enero de 2007 a diciembre de 2011), se han recogido todos los nuevos diagnósticos realizados de TNDS en una cohorte prospectiva inicial de 7.067 pacientes infectados por el VIH en 7 hospitales del norte de España (grupo SEI-NORTE), con seguimiento clínico posterior hasta el 31 de diciembre de 2013. Asimismo, se ha seleccionado de forma aleatoria un grupo control de 221 pacientes de la cohorte, con las características de estar vivos a fecha de 1 de enero de 2007 y no estar diagnosticado

de ninguna neoplasia hasta la finalización del período de inclusión de casos. Se dispone del dato del total del tiempo de seguimiento de cada pacientes (desde enero de 2007 o posterior si el paciente comienza su seguimiento más adelante en el tiempo hasta el 31 de diciembre de 2011 o antes si el paciente fallece o se pierde en el seguimiento).

Se han analizado la edad, el sexo, la fecha de diagnóstico del VIH, el diagnóstico previo o concomitante de sida y la fecha del mismo, el grupo de riesgo de la infección por el VIH, el nadir de linfocitos CD4, los linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico del tumor, el uso o no de TAR con fecha de comienzo, el tiempo conocido de infección por VIH, las coinfecciones de virus de hepatitis y los signos o síntomas de hepatopatía; la fecha de diagnóstico de la neoplasia y la forma de presentación; otros factores predisponentes para la misma (tabaco, alcohol, promiscuidad sexual, etc.).

Asimismo, se han realizado seguimientos semestrales, en los que se recoge el estado vital del paciente, los tratamientos actuales, los linfocitos CD4 y la carga viral del VIH.

Dada la diversidad de las neoplasias, y para una mejor comprensión de los factores pronósticos, la supervivencia y la evolución de estos pacientes, además de la valoración general, hemos dividido los TNDS en 3 grandes grupos:

1. Los TNDS relacionados con factores infecciosos. Aquí hemos incluido los LH y el virus de Epstein-Barr; los hepatocarcinomas y los virus de las hepatitis B y C (VHB y VHC); y los TNDS de vulva, vagina y pene, así como el virus del papiloma humano (VPH).
2. Los TNDS relacionados con el tabaco: aquí hemos incluido las neoplasias de pulmón y los cánceres de cabeza y cuello (amígdala, labio, lengua, laringe, faringe y esófago).
3. Los TNDS no relacionados con infecciones ni con el tabaco, que incluirían el resto de las neoplasias.

Aunque cada vez hay una mayor bibliografía que evidencia que algunos tumores de cabeza y cuello, y menos probablemente de pulmón, pueden tener una etiología viral relacionada con el VPH¹⁹, dado que la presencia de este virus no se determina sistemáticamente en las biopsias de estos especímenes, hemos preferido no incluirlos en el grupo de relacionados con infecciones.

Tampoco hemos incluido el cáncer de vejiga en los relacionados con el tabaco; aunque es uno de los factores más importantes en la incidencia de cáncer urotelial en los países occidentales, no es el único²⁰.

Análisis estadístico

Se ha calculado la tasa de incidencia por 1.000 pacientes-año teniendo en cuenta el tiempo de seguimiento global de la cohorte.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8762451>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8762451>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)