

# ADENOCARCINOMA PULMONAR EN UN PACIENTE CON INFECCION VIH

E. Calderón-Osuna, R. Otero Candelera, M. Arenas Gordillo y E. García-Díaz.  
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

## Sr. Director

La infección por el VIH se asocia con un aumento del riesgo para desarrollar diversas neoplasias malignas, mayor en estadios avanzados. El sarcoma de Kaposi y los linfomas no Hodgkin son las más frecuentemente implicadas, sobre todo ésta última a nivel del pulmón y la pleura. La mayoría de los pacientes con infección por el VIH desarrollarán alguna patología pulmonar a lo largo de su enfermedad, principalmente infecciones oportunistas; y menos frecuentemente se tratará de tumores. Decibimos un caso de adenocarcinoma de pulmón con extensa afectación pleural y atrapamiento del pulmón afectado, en un paciente con SIDA, lo que constituye una forma de presentación atípica.

Varón de 41 años. Adicto a drogas por vía intravenosa hasta hacía 18 años e inhalador de heroína y cocaína hasta hacía cinco. Fumador de un paquete/día. Presentaba hepatopatía crónica por VHC e infección por VIH, conocida desde junio de 1994, momento en que tenía 40 CD4/mm<sup>3</sup>. Hacía tratamiento desde entonces con zidovudina, DD1 y trimetropinsulfametoxazol. Acude a nuestro hospital en septiembre de 1995 por presentar desde hacía 30 días dolor en hemitórax izquierdo que aumentaba con la inspiración, sensación febril, tos con expectoración mucosa y disnea progresiva que se había hecho de mínimos esfuerzos. Tenía disminución del murmullo vesicular en todo el hemitórax izquierdo y hepatoesplenomegalia. En la gasometría arterial existía una PO<sub>2</sub> de 82, PCO<sub>2</sub> de 30 mm de Hg y pH de 7,35. La radiografía de tórax mostró un engrosamiento nodular de toda la pleura parietal, mediastínica e intercisural, con derrame pleural a nivel de hemitórax izquierdo. En el análisis del líquido pleural obtenido por toracocentesis se hallaron 197 células/ml (.80% de neutrófilos), glucosa de 0,91 g/dl, proteínas de 4,9 g/dl, pH de 7,36, ADA de 18 U/l y LDH de 536 U/l. En la tomografía computerizada aparecía una masa sólida de aspecto nodular que afectaba de forma difusa a todo el espacio pleural del hemitórax izquierdo. Se realizó punciónbiopsia transparietal y el estudio anatomopatológico fue compatible con un adenocarcinoma de pulmón.

En los últimos años ha aumentado el número de casos publicados sobre cáncer de pulmón (CP) en pacientes infectados por VIH. En la revisión de la literatura que hemos realizado utilizando la base de datos MEDLINE, encontramos 16 casos publicados en la literatura (9 adenocarcinomas, 2 carcinomas epidermoides, 5 carcinomas broncogénicos de células pequeñas y 5 mesoteliomas). La presentación radiológica no difiere de las clásicas manifestaciones radiológicas del CP, pero la agresividad biológica de estos tumores parece mayor. El diagnóstico puede ser demorado en estos pacientes por dos razones. La primera que presentan una edad media inferior al grupo de población sin infección VIH que se asocia al cáncer de pulmón. La segunda razón es que

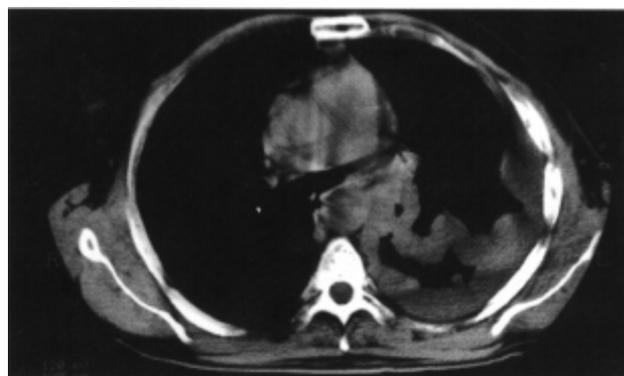


Fig.1. Engrosamiento pleural izquierdo nodular extenso, con aspecto de masa sólida, que afecta a la cisura mayor.

estos pacientes tienen una alta frecuencia de infecciones oportunistas y otras neoplasias relacionadas con la infección por VIH que tienen formas de presentación tanto clínicas como radiológicas similares al carcinoma broncogénico.

Se han descrito casos de CP tanto en estadios precoces de la infección como en enfermos terminales. Braun et al. encuentran en su serie que existe 14 veces más riesgo de cáncer de pulmón en pacientes con infección VIH que sin ella, aunque son necesarias series más amplias para establecer alguna correlación.

Como en el caso de otras neoplasias asociadas con la infección por VIH, se desconoce si el virus es el causante de una transformación celular maligna o si existe una disminución de la vigilancia inmunológica que favorezca dicha transformación. En este sentido, se ha encontrado que la secuencia genética del VIH causa hiperplasia de las células epidérmicas. Además la incidencia de carcinomas de células escamosas de la cavidad oral y a nivel anorrectal está incrementada en la población con SIDA.

En resumen, aportamos un nuevo caso de CP asociado a la infección por el VIH, con gran extensión pleural. Llamamos la atención sobre la necesidad de pensar en estas neoplasias ante la aparición de un cuadro compatible en cualquier estadio de la infección VIH.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Nadich DP, Garay SM, Leitman BS, et al. Radiographic manifestations of pulmonary disease in the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Semin Roentgenol* 1987; 22: 14-30.
2. Braun MA, Killam DA, Remick SC, Ruckdeschel JC. Lung cancer in patients seropositive for human immunodeficiency virus. *Radiology* 1990; 175: 341-343.
3. Nguyen VQ, Ossorio MA, Roy TM. Bronchogenic carcinoma and the acquired immunodeficiency syndrome. *J Ky Med Assoc* 199 1; 89: 332-324.
4. Monfardini S, Vaceher E, Pizzocaro G, et al. Unusual malignant tumours in 49 patients with HIV infection. *AIDS* 1989; 3<sup>(7)</sup>: 449-452.
5. Behling CA, Wolf PL, Haghighi P. AIDS and malignant mesothelioma- Is there a connection?. *Chest* 1993; 103:1268-1269.
6. Malignant mesothelioma in an HIV-positive patient. Kordossis T, Kosmopoulou O, Zagoreos, Dossios T, et al. *AIDS* 1994; 8: 394-395.
7. Gallo RC, Nerukar LS: Humman retroviruses: Their role in neoplasia. *Ann NY Acad Sci* 1990; 567: 82-94.