

TUMORES EN INMUNODEPRIMIDOS

INTRODUCCIÓN

La inmunodeficiencia consiste en una respuesta inmune deficitaria, que da lugar a síndromes de inmunodeficiencia. Existen 4 mecanismos que pueden producir estos síndromes:

1-El Bloqueo en el proceso de diferenciación de las células inmunocompetentes, ya sea por déficit de inmunidad global o déficit de inmunidad humoral o celular.

2-Trastornos en la inmunorregulación, entre los que destaca el **SIDA** y la inmunodeficiencia variable común.

3-Lesiones inespecíficas, entre los que encontramos la malnutrición, la insuficiencia renal, y el **tratamiento con fármacos inmunosupresores**.

4-La pérdida de Inmunoglobulinas al exterior, como se produce en el Síndrome nefrótico y en la enteropatía pierde proteínas.

Las consecuencias de la inmunodeficiencia más importantes son: El aumento del riesgo de padecer infecciones, y el aumento en la frecuencia de aparición de tumores (ya que el sistema inmunitario es un sistema que interviene en la defensa del organismo contra la aparición de tumores).

Así, mediante el análisis de estos 16 artículos hemos intentado averiguar la incidencia de tumores, especialmente a nivel de la cavidad oral, que se da en el colectivo de los inmunodeprimidos, específicamente en los pacientes VIH+, en los que han recibido un trasplante de órganos y en los que padecen una enfermedad autoinmune.

PACIENTES VIH+

El Virus de la inmunodeficiencia humana es un lentivirus, subfamilia de los Retrovirus. Se trata de un ARN de cadena única, caracterizándose fundamentalmente por tener un tropismo especial por células con receptor de superficie CD-4; aunque también invade otras sin dicha molécula, por su variabilidad genética, lo que puede condicionar distintas cepas en un mismo individuo infectado. El hecho central consiste en que el VIH elabora distintas formas de escape ante la respuesta del huésped y produce un deterioro grave, progresivo e irreversible de los sistemas inmunológico y nervioso.

En la infección por el VIH se produce la infección y destrucción de células del sistema inmune, haciendo más susceptible al enfermo a la aparición de infecciones y neoplasias. Se han encontrado diversidad de tumores en estos pacientes, aunque solo están claramente relacionados el Sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin, linfoma cerebral primario y carcinoma de cérvix uterino.

SARCOMA DE KAPOSI

El Sarcoma de Kaposi es el tumor más frecuente entre los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

El virus Herpes Humano 8 es el agente etiológico del Sarcoma de Kaposi, siendo este un virus que codifica citocinas y células involucradas en la proliferación, apoptosis y respuestas inmunes.

Su transmisión más común es la vía sexual, siendo menos frecuente la transferencia por hemoderivados y contacto por agujas, y también la transmisión vertical. Aunque en niños la vía más frecuente de transmisión es la vertical

En cuanto a la incidencia de este tumor cabe citar su mayor frecuencia entre el colectivo homosexual infectado por el VIH, aunque hay estudios que ponen en duda este último hecho, ya que afirman que en estos pacientes se han concienciado frente al SIDA y mantienen relaciones sexuales con protección

Suele aparecer como máculas, nódulos o placas variables en forma y tamaño, de color rojo-púrpura, localizadas con mucha frecuencia en paladar duro. Parece existir una clara relación con el estado inmunitario, y puede ser la primera manifestación de SIDA en el 15% de los enfermos.

Su curso viene determinado por la inmunodepresión del paciente, y se suelen tratar con agentes que disminuyen la inmunosupresión (Adriamicina liposomal y paclitaxel).

LINFOMA NO-HODGKIN

Es el segundo tumor más frecuente entre los VIH+ y también es diagnóstico de SIDA. Los linfomas que aparecen en el SIDA, suelen derivar de células B, son de medio o alto grado de malignidad y se dividen en nodales y extranodales. No se ha demostrado un papel directo del VIH en la causa de los LNH aunque se piensa que este virus desarrolla un papel fundamental en la activación policlonal de los linfocitos B, ya que infecta los linfocitos CD4 y éstos se vuelven incapaces de regular la función de los linfocitos B, incluso permite su proliferación incontrolada, ya sea directamente o mediante la producción de ciertas citoquinas.

Se ha encontrado la presencia de diversos tumores, a parte de los ya citados, en estos pacientes, aunque no son definitorios de SIDA, como el Linfoma de Hodgkin y carcinoma de células escamosas:

En cuanto al linfoma de **Hodgkin**, algunos estudios han encontrado un aumento de la incidencia de esta enfermedad en VIH+, aunque no existen datos concluyentes, por lo que no está considerada como proceso definitorio de sida. Suele presentarse en estadios avanzados y tiene un curso clínico agresivo. El grupo de riesgo predominante, según el estudio consultado, fue el de adictos a droga por vía parenteral y suelen tener cifras de linfocitos CD4 inferior a lo normal.

Si atendemos al **carcinoma de células escamosas**, no está claramente establecida su relación con el SIDA.

TRANSPLANTADOS

Los pacientes que han recibido un trasplante de algún órgano tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer debido al empleo durante largo periodo de tiempo de terapia inmunosupresora. Este mayor riesgo se potencia con el paso del tiempo tras la realización del trasplante.

Los tumores de mayor incidencia (pulmón, próstata, mama) que se dan en la población general no suelen experimentar un incremento en las personas receptoras de trasplante. Por el contrario, los carcinomas epidermoides de la piel, así como las neoplasias estrechamente vinculadas con infecciones víricas (linfomas no Hodgkin, carcinoma de cuello de útero, sarcoma de Kaposi, etc.) sí que experimentan un poderoso incremento en su frecuencia en los pacientes trasplantados. El tipo histológico predominante en el paciente trasplantado es el carcinoma epidermoide o de células escamosas, a diferencia del carcinoma basocelular de la población general.

El tiempo medio de aparición de los tumores se sitúa en 61 meses tras el trasplante, con desviaciones muy amplias, siendo para el sarcoma de Kaposi de 21 meses, aunque puede presentarse antes como se ha demostrado en varios estudios.

Así pues, es mucha la patología bucodental que presentan estos pacientes, relacionado con el uso de fármacos inmunosupresores y de otros factores tales como la falta de medidas preventivas.

El requerimiento de esta terapia inmunosupresora permanente somete al paciente a un riesgo elevado de infecciones que constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

Es muy importante el diagnóstico precoz del cáncer bucal e instaurar medidas de prevención.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Los pacientes que padecen algún tipo de enfermedad autoinmune, tales como, el pénfigo, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide... tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer.

En el caso del pénfigo, los fármacos de elección son los corticoides. Así lo refleja el cambio que sufrió la enfermedad con la introducción de los mismos, disminuyendo drásticamente las tasas de mortalidad. Sin embargo, las altas dosis y el tiempo prolongado de su utilización llevan a la aparición de graves efectos secundarios. Para paliar este efecto, se emplean terapias adyuvantes con agentes inmunosupresores como la azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina ó metrotexate, y cada vez más se extiende el empleo de nuevos agentes inmunosupresores como alternativa. Estos agentes inmunosupresores tienen el riesgo de producir en el paciente procesos neoplásicos.

En el lupus eritematoso sistémico, el uso de la ciclofosfamida, agente inmunosupresor, favorece la aparición de infecciones víricas y neoplásicas, ya que son fármacos con acción principalmente sobre los linfocitos, son drogas linfocito específicas.

TABLA DE CONCLUSIONES

VIH+

Revista	Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:25-31	Piel 2000; 15:256-266	Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9:410-20.	Oral Surgery, Oral Medicine... 2005;100:571-578.
Mayor riesgo	+riesgo a padecer cancer oral	+riesgo a padecer cancer oral	Rara la presencia de tumores	+riesgo a padecer cancer oral
Vía de transmisión	Sexual		Vertical	
Colectivo más afectado	Homosexual	homosexual		

Anales Medicina Interna 2003;20,170-174	Oncología (Barc.)2005;28:10 Madrid Oct.-Dec.	Revista Cubana de Hematología e Inmunología 2004;20:1.	Revista Española de Pat 200	Medicina Clínica(Barcelona) 2000; 114:19-21
+riesgo a padecer cancer oral	+riesgo a padecer cancer oral	+riesgo a padecer cancer oral	No mayor riesgo de cancer oral	+riesgo a padecer cancer oral
	Homosexual			
No homosexual				

TRASPLANTADOS

Revista	Revista cubana medicina 2004;43:1	RCOE 2002;7:6	Medifam 2001;11:8	Medicina Oral Patología Oral Cirugía Bucal 2005;10:66-76	European Society for Organ Transplantation 2006;19:908-914
Frecuencia de tumores	Mayor frecuencia tumores en trasplantados	Mayor frecuencia tumores en trasplantados	Mayor frecuencia tumores en trasplantados	Mayor frecuencia de patología bucodental en trasplantados	Mayor frecuencia de cáncer en pacientes trasplantados
Tumor más frecuente	Alta frecuencia de carcinoma células escamosas de piel y neoplasias relacionadas con procesos víricos	Alta frecuencia de carcinoma células escamosas de piel y neoplasias relacionadas con procesos víricos	Alta frecuencia de carcinoma células escamosas de piel	Alta frecuencia de hiperplasia gingival	Alta frecuencia de cáncer de piel e infecciones relacionados con procesos víricos.
Fármaco causal	Ciclosporina a largo plazo:cáncer	Ciclosporina +azatioprina+ prednisona a largo plazo:cáncer	Inmunosupresores a largo plazo:cáncer	Ciclosporina a largo plazo:leucoplasia	Ciclosporina a largo plazo: cáncer

ENFERMEDAD AUTOINMUNE

RCOE 2004;9:4	Revista mejicana reumatologia 2000;15:41-5
Frecuencia de tumores en enfermedades autoinmunes es mayor	Frecuencia de tumores en enfermedades autoinmunes es mayor
Alta frecuencia neoplasias no hematológicas	
Ciclofosfamida a largo plazo:cáncer	Ciclofosfamida a largo plazo:cáncer

MÉTODOS

- 1-Bravo MI, Correnti M, Escalona L. Prevalence of oral lesions in HIV patients related to CD4 cell count and viral load in Venezuela population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:25-31
- 2-Muñoz Pérez MA. *Piel* 2000; 15:256-266
- 3-Expósito Delgado A.J, Vallejo Bolaños E, Martos Cobo E. Manifestaciones orales de la infección por VIH en la infancia: artículo de revisión. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9:410-20.
- 4- Epstein JB, Cabay RJ, Glick M. Oral malignancies in HIV disease: changes in disease presentation, increasing understanding of molecular pathogenesis, and current management. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2005;100:571-578.
- 5-Avilés Izquierdo J.A, Recarte García-Andrade C, Pastor Gómez-Cornejo L. Características del Sarcoma de Kaposi. Estudio retrospectivo en un hospital de Tercer Nivel. *Anales Medicina Interna* 2003;20,170-174.
- 6-Vicente Baz D, Fernández Delgado C. Infección VIH y Sarcoma de Kaposi: a propósito de un caso. *Oncología (Barc.)*2005;28:10 Madrid Oct.-Dec.
- 7-Socarrás Ferrer B, del Valle Pérez L, Macías C. Sarcoma de Kaposi y linfomas no hodgkinianos asociados con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Hematología e Inmunología* 2004;20:1.
- 8-Tomás Navarro J, Ribera JM, Grau J, Frias C, Vaquero M, Sirera G, Batlle M, Millá F, Feliu E. Enfermedad de Hodgkin en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Estudio de 15 casos. *Medicina Clínica(Barcelona)* 2000; 114:19-21
- 9- Gimeno M, Lacruz C, Salmerón JI, Acero J. Detección de papilomavirus humano (HPV) en carcinoma epidermoide en paladar en paciente HIV positivo. *Revista Española de Patología* 2002; 35,3:331-336.
- 10-Díaz Ortiz ML, Micó Llorens JM, Gargallo Albiol J, Baliellas Comellas C, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Estudio del estado bucodental del paciente trasplantado hepático *Medicina oral, Patología Oral, Cirugía Bucal* 2005; 10:66-76
- 11-López Serrano B, Zufía García F.J, Ruiz Giardin R, Medina Cuenca P. Hablemos de... trasplantes Seguimiento del paciente trasplantado:recomendaciones desde Atención Primaria. *Medifam* 2001;11:8
- 12- Kessler M, Jay N, Molle R, Guillemin F. Excess risk of cancer in renal transplant patients. *European Society for Organ Transplantation* 2006;19:908-914
- 13-Junquera-Gutiérrez LM, Vicente-Rodríguez JC, de Olay-García S, López-Arranz Monje E. Carcinoma escamoso oral en pacientes trasplantados *RCOE* 2002;7:6
- 14-Pérez Rodríguez A, Molina Alfonso S, Mármol Sónora A, Pérez de Prado Valdivia J, Herrera Vilches M, Parodis López Y. Sarcoma de kaposi en el paciente receptor de un trasplante renal. presentación de un caso. *Revista cubana de medicina* 2004 ;43:1
- 15- Jiménez-Soriano Y, Díaz-Fernández JM. Enfermedades ampollares en la cavidad oral: pénfigo. *RCOE* 2004;9:4

16-Rodríguez Vázquez M, Sánchez Ortiz A, Ramos Remus C, Zúñiga G, Torres Bugarín O. Evaluación de la genotoxicidad de ciclofosfamida mediante prueba de micronúcleos en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Revista mejicana de reumatología 2000; 15(2):41-5

Bravo MI, Correnti M, Escalona L. Prevalence of oral lesions in HIV patients related to CD4 cell count and viral load in Venezuela population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:25-31

RESUMEN:

Los pacientes infectados por VIH suelen presentar lesiones orales con gran frecuencia; así, éstas suelen ayudar a monitorizar el estado inmune del paciente y a predecir si su estado general de salud ha empeorado.

Mediante un estudio realizado a 75 pacientes con VIH del Centro para la Atención de Pacientes con Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, se ha intentado determinar la prevalencia de las lesiones bucales en este grupo de la población, así como su relación con el recuento de células CD4+ y su carga viral.

Los resultados obtenidos en estos estudios indican que un gran porcentaje de los analizados presentaron lesiones asociadas a su enfermedad (85%) y que las lesiones más frecuentes en la cavidad oral son preferentemente la candidiasis y la leucoplasia vellosa, y que a estas les siguen en frecuencia la leucoplasia bucal, la hiperpigmentación melánica, el papiloma, eritema gingival lineal, la estomatitis aftosa recidivante y el Sarcoma de Kaposi. También se encontró algún caso de Linfoma no Hodgkin, hiperplasia epitelial multifocal, herpes labial, histoplasmosis y molusco contagioso.

Otros de los resultados que destacan en este estudio son: el hecho de que el tipo de transmisión más observado haya sido la transmisión sexual, especialmente entre el colectivo homosexual del género masculino; y el hecho de que una alta carga viral esté fuertemente asociado a la presencia de lesiones orales, independientemente de número de células CD4+ de los pacientes.

Además, la aparición de la Terapia antiretroviral ha provisto de una alternativa que ha permitido alargar y mejorar la vida de estos pacientes y llevar esta enfermedad infecciosa a un estado de cronicidad.

CONCLUSIONES:

El hecho de que sean pacientes inmunodeprimidos les hace propensos a sufrir un gran número de infecciones, principalmente candidiasis; y que además también tienen mayor riesgo de desarrollar lesiones tumorales tanto benignas, como el papiloma, como malignas como el Sarcoma de Kaposi y el linfoma No Hodgkin.

El rango de edad de los infectados estuvo comprendido entre 20 y 55 años, la transmisión de la enfermedad fue mayoritariamente por vía sexual, siendo el grupo más afectado el de homosexuales varones.

Asimismo, se ha demostrado que los pacientes con cifras CD4+ por debajo de 200 cel/mm³ están más expuestos a presentar lesiones y que una alta carga viral está asociada también a su existencia.

OPINIÓN PERSONAL:

En mi opinión este artículo es interesante, ya que además de informar sobre las lesiones que suelen padecer este tipo de pacientes te explica como según el tipo de lesiones que sufra se puede conocer el estado de salud del paciente y su nivel de inmunidad, por lo que en ocasiones podemos encontrarnos que sea a nivel de la cavidad oral donde por primera vez muestre signos de su enfermedad y así poder diagnosticarlo e iniciar su tratamiento de forma precoz.

El inconveniente que encuentro es que afirman que la leucoplasia bucal es la tercera lesión más frecuente, pero también indican que en la muestra ha habido un gran porcentaje de fumadores, por lo que realmente no se sabe a cual de las dos causas (bien al SIDA o bien a los hábitos tabáquicos y alcohólicos) se debe la presencia de estas lesiones.

RESUMEN

Los pacientes VIH presentan una prevalencia de dermatitis mayor que la población general.

La dermatosis como el sarcoma de Kaposi, la leucoplasia oral vellosa, el molusco contagioso, los condilomas acuminados, la angiomasosis bacilar y la foliculitis eosinofílica disminuyen su incidencia con las nuevas terapias, e incluso desaparecen tras comenzar el tratamiento.

El artículo hace una revisión de aquellas dermatitis de mayor incidencia en la consulta diaria tales como manifestaciones cutáneas infecciosas, bacterianas, micosis, virales, artrópodos, miscelánea, dermatitis seborreica, psoriasis, toxicodermia, xerosis, fotodermatitis, prurito, urticaria, erupciones papular y pruriginosa inespecífica, prurigo, hiperpigmentaciones, lesiones orofaríngeas, alteraciones de pelo y alteraciones de las uñas.

El sarcoma de Kaposi es la neoplasia más frecuente en la infección por VIH y es criterio de sida. El 95% de los casos son varones homosexuales ó bisexuales. El VHH-8 es causante del sarcoma de Kaposi asociado al sida. Se diagnostica por lesiones rojizas sobreelevadas, siendo el paladar su localización más habitual. No siempre es una manifestación tardía en la evolución natural de la enfermedad, ya que a veces precede meses o años a otras manifestaciones relacionadas con infección por el VIH y puede ser el primer signo clínico indicativo de esta infección.

Los linfomas son bastante infrecuentes, suelen ser neoplasias de células B, aparecen por lo general en estadios avanzados y son difíciles de tratar.

Respecto a las infecciones: entre las bacterianas destaca la infección estafilocócica, entre las fungicas destaca la *Candida albicans* (la manifestación más frecuente del sida) y entre las infecciones virales son muy frecuentes las verrugas vulgares, leucoplasia vellosa oral, condilomas acuminados y la infección por citomegalovirus.

Por lo que hace a las dermatitis no infecciosas ni tumorales, la dermatitis seborreica es la más frecuente.

CONCLUSIONES

La candidiasis es la manifestación más frecuente del sida, y suele constituir el primer signo clínico de infección por el VIH, la forma pseudomembranosa es la más común.

El tumor más frecuente es el sarcoma de Kaposi, sobre todo en varones homosexuales o bisexuales, y se asocia el VHH-8.

La labor del dermatólogo es importantísima.

OPINIÓN PERSONAL

Es un artículo muy extenso donde expone todas las dermatitis que puede presentar un paciente VIH de forma muy detallada. Trata perfectamente cada entidad clínica, revelando cual es la más frecuente dentro de cada tipo de dermatitis.

El dermatólogo continua siendo imprescindible en el tratamiento de la infección por VIH.

Expósito Delgado A.J, Vallejo Bolaños E, Martos Cobo E. Manifestaciones orales de la infección por VIH en la infancia: artículo de revisión. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9:410-20.

RESUMEN

La cavidad oral es uno de los lugares en los que más precozmente aparecen manifestaciones de la infección por VIH en los niños.

Las lesiones que aparecen en estos niños difieren en cuanto a prevalencia a las halladas en adultos con SIDA; en niños es frecuente la hipertrofia parotídea, mientras que en adultos es más frecuente las infecciones bacterianas periodontales y el Sarcoma de Kaposi.

La vía fundamental de transmisión es la vertical, que puede producirse antes, durante o después del parto. Sin embargo la mayoría de los niños adquieren la infección durante el parto dada la exposición a la sangre y a las secreciones cervicovaginales infectadas en el canal del parto, donde el VIH se encuentra en títulos elevados a finales de la gestación y durante el parto. Por otra parte la lactancia materna también es otro medio importante de infección. La transmisión por viasexual o por transfusión de sangre y hemoderivados es rara en este grupo de la población.

Con el tratamiento antiretroviral altamente activo se reduce el riesgo de afectación oral en estos pacientes, frente al tratamiento con inhibidores de la transcriptasa o frente al no inicio de un tratamiento.

Las lesiones más frecuentes en niños con SIDA son clasificadas en fúngicas, víricas, bacterianas, neoplásicas e idiopáticas.

Respecto a las neoplasias que presentan estos pacientes destaca el Sarcoma de Kaposi, aunque aparece con poca frecuencia respecto a la población adulta. Suelen aparecer en el paladar duro o cualquier parte de la mucosa oral. Su sintomatología es dolor, disfagia o alteración estética en el 6% de los sVIH infectados.

CONCLUSIONES

-Los niños con VIH no presentan con la misma prevalencia las lesiones que solemos encontrar en adultos.

-La vía de transmisión más frecuente en niños es la vía vertical.

-Así, el Sarcoma de Kaposi que es una neoplasia relativamente frecuente entre la población adulta VIH, es infrecuente en la población infantil.

-Como las lesiones orales son marcadoras de la inmunidad, presentan un valor pronóstico respecto a la evolución de la enfermedad. Así, debemos hacer una buena prevención, diagnóstico y un buen tratamiento de dichas lesiones.

OPINIÓN PERSONAL

Creo que es un artículo muy completo y basado en cantidad de estudios recientes. En mi opinión este artículo sirve para conocer las manifestaciones asociadas al SIDA que se dan en los niños, y saber sus ligeros cambios respecto a la población adulta, ya que en niños la aparición de tumores no es frecuente, y la vía de contagio más importante es la vertical.

Epstein JB, Cabay RJ, Glick M. Oral malignancies in HIV disease: changes in disease presentation, increasing understanding of molecular pathogenesis, and current management. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2005;100:571-578.

RESUMEN

Los avances en el campo del SIDA han marcado grandes cambios en cuanto a la prevalencia de la aparición de manifestaciones orales de tipo maligno, ya que las personas que consiguen sobrevivir con una inmunosupresión crónica debido al VIH tienen un gran riesgo de desarrollar dichas manifestaciones.

La presencia de estas lesiones varía según cuáles sean los factores de riesgo de la transmisión de la enfermedad (Actividad sexual sin protección, contacto con sangre, terapia antiretroviral...)

Son muy diversos los cánceres que podemos encontrar en los enfermos de SIDA, como son el carcinoma de células escamosas, el sarcoma de Kaposi, el linfoma Hodgkin, el linfoma no-hodgkin, el leiomioma y en niños el leiomiomasarcoma.

Se han producido muchos cambios desde la utilización de la terapia antiretroviral altamente activa, ya que han vuelto a aparecer gran cantidad de lesiones orales como el Sarcoma de Kaposi, aunque presentan formas menos lesivas que en los no tratados. Sin embargo, las lesiones verrucosas y el condiloma debido a la infección por papilomavirus ha disminuido.

En cuanto al carcinoma de células escamosas en VIH+ no ha habido todavía documentación que verifique que éste tumor tenga mayor riesgo de aparecer que en otros pacientes.

El Sarcoma de Kaposi es el tumor más frecuente asociado al SIDA y está asociado con la transmisión sexual del virus herpes humano 8, sobretodo en homosexuales masculinos. Así, se ha observado que un 20% de los pacientes con SK han presentado en la cavidad oral sus manifestaciones por primera vez, sobre todo, a nivel del paladar, encía y lengua; y además el sarcoma de la cavidad oral suele ser en un 70% de los casos el primer signo de la infección por el VIH.

En cuanto a la reducción de la incidencia del SK hay que destacar la utilización de inhibidores de la proteasa.

El linfoma está reconocido como un tumor que es diagnóstico de SIDA en VIH+ y destaca por su presentación como masas de tejido con o sin ulceración y tejidos necrosados a nivel de la encía, el paladar y mucosa alveolar. Por desgracia, en la actualidad, la terapia antiretroviral altamente activa no es suficiente para prevenir la aparición de esta enfermedad.

CONCLUSIONES

El hecho de que los pacientes VIH+ hayan aumentado su esperanza de vida, ha llevado a estos pacientes a desarrollar numerosas manifestaciones a nivel oral de tipo maligno.

Así, el riesgo de padecer manifestaciones a nivel bucal varía según cuál sea el tipo de transmisión de este virus.

Entre los tumores más frecuentemente encontrados y que tienen una relación directa con el SIDA encontramos el Sarcoma de Kaposi y el Linfoma no hodgkin, los cuales son diagnóstico de SIDA, y especialmente el Sarcoma puede ser el primer signo evidente de que estos pacientes padecen SIDA.

También es frecuente el carcinoma oral de células escamosas aunque su relación con el SIDA no está claramente establecida.

OPINIÓN PERSONAL

Este artículo es muy completo y habla de factores que no se han mencionado en otros artículos y que son muy interesantes, ya que destaca el hecho de que se ha producido un aumento en la incidencia de las lesiones tumorales en VIH+, ya que estos pacientes sobreviven durante mucho más tiempo, con una inmunidad disminuida, que lo hacían hace años.

Además explica cada tumor con el máximo de detalle y citando numerosas referencias, con lo que es un artículo muy fiable.

Avilés Izquierdo J.A, Recarte García-Andrade C, Pastor Gómez-Cornejo L. Características del Sarcoma de Kaposi. Estudio retrospectivo en un hospital de Tercer Nivel. Anales Medicina Interna 2003;20,170-174.

RESUMEN

El Sarcoma de Kaposi asociado a SIDA se caracteriza por presentar una distribución multicéntrica y simétrica, y localizarse en zonas concretas como boca, nariz, tronco, pene, piernas y pies.

Suele aparecer como máculas variables en forma y tamaño, de color rojo, localizadas con mucha frecuencia en paladar duro. Parece existir una clara relación con el estado inmunitario, y puede ser la primera manifestación de SIDA en el 15%.

El objetivo del estudio realizado ha sido estudiar la distribución epidemiológica del SK durante siete años en el Hospital Gregorio Marañón, concluyendo diferentes aspectos: Un 64,7% de los casos estaban asociados a VIH y 14,3% asociados a transplantes de órganos. La media de edad fue de 55años. El 42% de los casos eran debidos a hábitos homosexuales. El tiempo medio entre la infección por VIH y el diagnóstico de SK fue aproximadamente de 2años. La terapia más utilizada fueron diferentes pautas de mono y poli quimioterapia.

La proporción de casos de SK apoya las teorías de un estado de inmunodepresión para el desarrollo del SK, en relación con la edad avanzada, patologías crónicas y los tratamientos inmunosupresores postransplante.

CONCLUSIONES

Hay una menor incidencia del SK de Kaposi en la población homosexual, que lo que se pensaba durante años, debido a una mayor concienciación de dicho colectivo y a una mayor utilización de medidas protectoras ante las enfermedades de transmisión sexual.

El estado de inmunosupresión es un factor predisponente al desarrollo de Sarcoma de Kaposi.

OPINIÓN PERSONAL

En este artículo se sigue la evolución de un grupo de 44pacientes diagnosticados de Sarcoma de Kaposi y se estudian sus antecedentes personales y epidemiológicos, edad, sexo, hábitos tóxicos y sexuales; por lo que es un estudio de gran fiabilidad.

Este artículo aporta a la ciencia un hecho, que hasta el momento ningún otro artículo había citado, ya que afirma que la proporción que se pensaba del 95% de SK asociado a VIH homosexuales es falsa, ya que según los resultados obtenidos solo se han encontrado un 42% del total (64,7% de los casos asociados a SIDA), debido probablemente a la mayor concienciación frente al SIDA y los métodos de protección ante enfermedades sexuales

Vicente Baz D, Fernández Delgado C. Infección VIH y Sarcoma de Kaposi: a propósito de un caso. Oncología (Barc.) vol.28.no.10 Madrid Oct.-Dec.2005

RESUMEN

El Sarcoma de Kaposi es el tumor más frecuente entre los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

En 1994 se descubrió que el virus Herpes Humano 8 es el agente etiológico del Sarcoma de Kaposi, siendo este un virus que codifica citokinas y células involucradas en la proliferación, apoptosis y respuestas inmunes. Su transmisión más común es la vía sexual, siendo menos frecuente la transferencia por hemoderivados y contacto por agujas, y también la transmisión vertical.

En cuanto a la incidencia de este tumor cabe citar su mayor frecuencia entre el colectivo homosexual infectado por el VIH, y los pacientes transplantados, ya sea en este último caso, bien por una reactivación viral o por transmisión donante-receptor a través del órgano donado.

El SK afecta en un 60% de los casos la piel y la mucosa oro faríngea en forma de lesiones sobreelevadas de color rojo, y en 40% a nivel visceral, y su curso dependerá del estado de inmunosupresión. Así los agentes utilizados para reducir la inmunodepresión son preferentemente la adriamicina liposomal y el paclitaxel.

Por último sólo citar que la probabilidad que un paciente VIH positivo, HHV-8positivo, desarrolle un sarcoma de Kaposi se sitúa en el 30-50%, siendo más frecuente cuando encontramos una elevada carga viral o recuentos bajos de CD4.

CONCLUSIONES

El Sarcoma de Kaposi es el tumor más frecuente en los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana, y su agente etiológico es el virus Herpes Humano 8.

Es más frecuente en homosexuales infectados y transplantados, y se presenta como lesiones elevadas de color rojizo en piel, mucosas o vísceras.

Su curso viene determinado por la inmunodepresión del paciente, y se suelen tratar con agentes que disminuyen la inmunosupresión (Adriamicina liposomal y paclitaxel).

La probabilidad que un paciente VIH positivo, HHV-8positivo, desarrolle un sarcoma de Kaposi se sitúa en el 30-50%, siendo más frecuente cuando encontramos una elevada carga viral o recuentos bajos de CD4.

OPINIÓN PERSONAL

En mi opinión este artículo es útil para conocer los conceptos más importantes relacionados con el Sarcoma de Kaposi, sobre todo, en lo que a su prevalencia se refiere. El único inconveniente que le veo es la falta de estudios que prueben lo que están afirmando, ya que insisten, por ejemplo que el tumor tiene mayor incidencia entre la población homosexual y únicamente refieren un caso, con lo que no considero que sea suficiente prueba para su contundente afirmación.

Socarrás B, del Valle Pérez L, Macías C. Sarcoma de Kaposi y linfomas no Hodgkinianos asociados con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Revista Cubana de Hematología e Inmunología 2004; 20(1).

RESUMEN

En la infección por el VIH se produce la infección y destrucción de células del sistema inmune, haciendo más susceptible al enfermo a la aparición de infecciones y neoplasias. Se han encontrado diversidad de tumores en estos pacientes, aunque solo están claramente relacionados el Sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin, linfoma cerebral primario y carcinoma de cérvix uterino.

Así encontramos que el tumor más frecuente es el Sarcoma de Kaposi, seguido del linfoma no Hodgkin, siendo ambos diagnóstico de SIDA. Además de los ya citados, también podemos encontrar, aunque con menor incidencia, leucemias agudas y crónicas, melanomas, plasmocitomas y neoplasias gastrointestinales.

El SK se presenta como máculas, nódulos o placas palpables de color rojizo, que pueden ser únicas o múltiples, y presentarse de forma indolente afectando levemente a nivel cutáneo o ganglionar, o bien provocar una afectación visceral intensa.

Los linfomas que aparecen en le SIDA, suelen derivar de células B, son de medio o alto grado de malignidad y se dividen en nodales y extranodales. No se ha demostrado un papel directo del VIH en la causa de los LNH aunque se piensa que este virus desarrolla un papel fundamental en la activación policlonal de los linfocitos B, ya que infecta los linfocitos CD4 y éstos se vuelven incapaces de regular la función de los linfocitos B, incluso permite su proliferación incontrolada, ya sea directamente o mediante la producción de ciertas citoquinas.

El grado de deterioro de la inmunidad, el mal estado general, el diagnóstico previo de SIDA y el infiltrado de la médula ósea, son indicadores de pronóstico desfavorable. Así, el tratamiento de estos pacientes es difícil, y suelen emplearse dos tipos de tratamiento: radioterapia y quimioterapia.

CONCLUSIONES

En los pacientes infectados por el VIH encontramos múltiples neoplasias, pero sólo tienen relación directa con el VIH, y su aparición implica diagnóstico de SIDA: Sarcoma de Kaposi, linfoma no hogkin de medio y alto grado de malignidad, linfoma cerebral primario y carcinoma de cérvix uterino.

El Sarcoma de Kaposi es el tumor maligno más frecuente en estos enfermos seguido del linfoma no-hogkin (ambos son diagnóstico de SIDA)

El SK se presenta como placas o nódulos rojizos que pueden aparecer de manera indolente o fulminante.

En cuanto al LNH se piensa que el VIH está implicado en la activación policlonal de los linfocitos B, ya que infecta los linfocitos CD4 haciéndoles incapaces de regular la función de los linfocitos B e incluso permitiendo su proliferación.

OPINIÓN PERSONAL

Aún no tratándose de un artículo, sino un resumen, encuentro que es un documento bastante completo que da a conocer claramente los tumores relacionados con el SIDA y sus características más relevantes, destacando que su aparición es diagnóstico de SIDA. Los únicos inconvenientes que he encontrado es que aborda de una manera muy general el tratamiento de estos pacientes y no explica los signos de LNH en la cavidad oral, cosa que sí que hace con el Sarcoma de Kaposi.

Tomás Navarro J, Ribera JM, Grau J, Frias C, Vaquero M, Sirera G, Batlle M, Millá F, Feliu E. Enfermedad de Hodgkin en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Estudio de 15 casos. Medicina Clínica(Barcelona) 2000; 114:19-21

RESUMEN

Aunque algunos estudios han encontrado un aumento de la incidencia de la enfermedad de Hodgkin en los pacientes infectados por VIH, esta enfermedad no está considerada como proceso definitorio de sida.

La enfermedad de Hodgkin se suele presentar en estadios avanzados y tiene un curso clínico agresivo.

En el estudio se revisaron las historias clínicas de pacientes con enfermedad de Hodgkin e infección VIH entre enero de 1990 y enero de 1999, y el diagnóstico de enfermedad de Hodgkin se efectuó mediante biopsia. Para cada paciente se recogió datos sobre edad, sexo, práctica de riesgo, diagnóstico previo de sida, localización de la enfermedad de Hodgkin, presencia de signos B, hemoglobina, leucocitos, plaquetas, linfocitos totales, velocidad e sedimentación globular, albúmina, tipo histológico y estadio.

De 18340 de la muestra sólo 15 presentaban enfermedad de Hodgkin. El grupo de riesgo era predominantemente adictos a droga por vía parenteral. La enfermedad de Hodgkin fue la primera manifestación de la infección por el VIH en 11 pacientes.

Trece tenían signos B, de los que doce tenían una enfermedad de Hodgkin avanzada. 13 de los 14 pacientes tenía cifra de linfocitos CD4 inferior a $0,2 \times 10^9/l$

Se administró tratamiento a 14 de los 15 pacientes que consistió en radioterapia y quimioterapia en los restantes. Siete de los pacientes obtuvieron una resolución completa y nueve fallecieron.

CONCLUSIONES

No existen datos concluyentes de que la frecuencia de enfermedad de Hodgkin sea más elevada en la población infectada por VIH, se ha constatado que se suele presentar en estadios avanzados, con tipos histológicos de mal pronóstico y con una mala respuesta al tratamiento.

Se ha encontrado relación entre VEB y la enfermedad de Hodgkin.

En este estudio casi todos los pacientes son varones y el grupo de riesgo más numeroso es el de adictos a drogas por vía parenteral.

Todos los enfermos tenían cifras de linfocitos CD4 positivos inferior a lo normal.

El pronóstico es malo, lo cual se debe, sobre todo, a una baja tasa de respuesta al tratamiento.

OPINIÓN PERSONAL

Este artículo utiliza una muestra amplia de pacientes y son estudiados durante un tiempo prolongado de tiempo (nueve años).

Sin embargo, la forma de presentar los resultados no es, en mi opinión, muy organizada.

Gimeno M, Lacruz C, Salmerón JI, Acero J. Detección de papilomavirus humano (HPV) en carcinoma epidermoide en paladar en paciente HIV positivo. Revista Española de Patología 2002; 35,3:331-336.

RESUMEN

Mediante diversos estudios se ha conocido la conexión directa entre la infección por el papilomavirus humano y lesiones escamosas en la cavidad oral, mientras que otros estudios llegan más lejos y demuestran la presencia del HPV en la mitad de los carcinomas de células escamosas.

Mediante la realización de este artículo se ha estudiado a un joven VIH+ para intentar demostrar la presencia del HPV en las células tumorales y también si existe una interacción entre HPV y el HIV.

Los factores etiológicos más directamente relacionados con el hecho de que el carcinoma de células escamosas se encuentre especialmente en suelo de boca, cara ventral y lateral de la lengua y surcos alveolares mandibulares; son el tabaco, el alcohol, las infecciones (sífilis y candidiasis) y enfermedades mucocutáneas.

Se han hecho estudios recientes que han relacionado el HPV con la etiología de algunos cánceres de cabeza y cuello (como son los cánceres orales), siendo claro su papel en lesiones benignas de la cavidad benignas.

Por lo que respecta a la relación HPV-HIV se conoce claramente el aumento en la incidencia del cancer de cérvix uterino, así se ha observado el ADN-HPV es más frecuente en VIH+ que en sanos, teniendo las mujeres enfermas de SIDA un mayor riesgo de padecer lesiones escamosas intraepiteliales que las sanas. Así, en estas pacientes, la inmunodeficiencia influye en el desarrollo tumoral, con un efecto más severo del HPV sobre el epitelio escamoso.

Existen autores, como Leigh que proponen que el papel del HPV en el desarrollo de lesiones se debe a la inmunosupresión, como en los transplantados, en los que existe un mayor riesgo de desarrollo de neoplasias malignas epiteliales.

CONCLUSIONES

El ADN-HPV es más frecuente en seropositivos, aumentando el riesgo de estos ha padecer lesiones escamosas intraepiteliales.

Existe una gran expresión del HPV en las células tumorales del carcinoma epidermoide de células escamosas

La coexistencia de la infección por VIH, con la de HPV permite la gran expresión viral de esta última, lo cual, es muy importante en el desarrollo y progresión de la lesión.

OPINIÓN PERSONAL

En este artículo destaca el hecho de que afirman que las mujeres con SIDA no presentan mayor riesgo de padecer cáncer oral, que la población sana, cosa que contradice al resto de los artículos consultados.

Es un artículo que en mi opinión es poco claro, ya que aporta diversas opiniones de distintos autores, sin establecer un orden claro, por lo que resulta difícil reconocer las afirmaciones de las especulaciones.

Díaz Ortiz ML, Micó Llorens JM, Gargallo Albiol J, Baliellas Comellas C, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Estudio del estado bucodental del paciente trasplantado hepático Medicina oral, Patología Oral, Cirugía Bucal 2005; 10:66-76

RESUMEN

España es el primer país del mundo en cuanto a trasplantes por número de habitantes. Los adelantos en la terapia inmunosupresora han condicionado que la supervivencia haya aumentado.

Los programas de trasplante hepático comenzaron en 1984. En España, la indicación más frecuente es la cirrosis secundaria a la infección crónica por el virus de la hepatitis C, seguida de la cirrosis alcohólica.

El objetivo de este estudio fue valorar la salud bucodental y las necesidades de tratamiento odontológico de los pacientes que han sido sometidos a un trasplante hepático.

Se realizó durante el año 2001 un estudio descriptivo transversal con 53 pacientes que habían sido sometidos a trasplante hepático en el Hospital Príncipes de España de la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Los datos recogidos fueron los de filiación, historia médica general, historia bucodental y exploración intraoral.

La media de edad fue de 57,6 años y la media del tiempo transcurrido de tres años y nueve meses. Los inmunosupresores más utilizados fueron la ciclosporina y tacrolimus.

Los resultados de estudio mostraron un índice CAOD de 11,2, respecto a la patología periodontal el 22% presentaban agrandamiento gingival, la mitad de los dentados tenían recesiones gingivales y alguna movilidad. La patología más prevalente de la mucosa oral fue la lengua fisurada (39,6%), la lengua saburral (28,3%) y xerostomía (18,9%). El 71,7% tenía valores altos de transaminasas.

CONCLUSIONES

El uso de medicación inmunosupresora se ha asociado a riesgo de desarrollo de tumores malignos. El tratamiento de la patología bucodental va a ser fundamentalmente paliativo y local.

En este estudio se concluye que el estado bucodental de los pacientes trasplantados se ve empeorado por el uso de fármacos inmunosupresores. El estudio demostró que la patología más frecuente de la mucosa bucal estaba localizada a nivel lingual, siendo la entidad más prevalente la lengua fisurada.

Así pues otro de los efectos del tratamiento farmacológico que reciben estos pacientes es el agrandamiento gingival. La prevalencia del agrandamiento gingival por ciclosporina en este estudio fue del 54,6%. La mayor prevalencia de agrandamiento gingival se encontraba en los pacientes tratados con ciclosporina, y era en estos pacientes con hiperplasias gingivales donde había una peor higiene bucal.

El uso de medicación inmunosupresora también se ha asociado a un mayor riesgo de desarrollar tumores malignos, no obstante en este estudio no se observó ningún caso de proceso tumoral, aunque sí se registró tres casos de leucoplasias.

Es necesario instaurar tratamientos preventivos en este grupo de población

LO QUE APORTA A LA CIENCIA

Falta un buen protocolo de medidas preventivas e instrucción oral, por lo que esta problemática agrava y contribuye a un aumento en las patologías bucodentales.

OPINIÓN PERSONAL

En mi opinión este artículo está muy bien presentado ya que expone todos los hallazgos de lesiones bucodentales mediante porcentajes pudiendo así hacer comparaciones estadísticas.

Sin embargo, la muestra quizás sea poco representativa, ya que el número de casos es bastante bajo, sólo 53 pacientes, y para este tipo de estudios deberían estudiarse muestras de población mayores, sobre todo debido a que muchas de las lesiones se expresan a más largo plazo y por tanto no estarían recogidas en este estudio, como es el caso de las neoplasias.

En mi opinión, hay una serie de necesidades que deberían resolverse, en primer lugar habría que instruir a los pacientes y a todo el equipo médico sobre la importancia de la higiene bucal y del cuidado dental, y en segundo lugar habría que educar a los odontólogos sobre el manejo de estos pacientes y establecer una comunicación entre todos los profesionales que los tratan.

Por último conseguir que el coste no impida recibir el tratamiento odontológico necesario en los pacientes con limitaciones económicas.

López Serrano B, Zufia García F.J, Ruiz Giardin R, Medina Cuenca P. Hablemos de... trasplantes Seguimiento del paciente trasplantado: recomendaciones desde Atención Primaria. Medifam 2001;11:8

RESUMEN

Este artículo habla sobre los problemas y complicaciones que nos encontramos en los pacientes con trasplante de algún órgano. A consecuencia de la terapia inmunosupresiva, los pacientes trasplantados tienen mayor susceptibilidad a padecer infecciones, procesos malignos, hipertensión arterial, hiperlipidemias, hiperuricemia, entre otros.

Las infecciones son la primera causa de morbi-mortalidad. La mayoría de ellas se diagnostican en los primeros cuatro meses postrasplante. Para ello se llevan a cabo medidas preventivas de la infección en la etapa postrasplante, tales como reducir la transmisión a través del órgano, reducir la transmisión ambiental, vacunación y profilaxis antimicrobiana.

Los tumores en pacientes trasplantados son más agresivos que en los no trasplantados. El carcinoma de piel es el más frecuente, los linfomas tienen incidencia cuatro veces superior que en el resto de la población, y también son importantes la aparición de sarcomas, destacando el sarcoma de Kaposi que suele aparecer a los 20 meses postrasplante.

La hipertensión arterial afecta a más del 50% de los trasplantados y suelen responder bien al tratamiento hipotensor. Conforme disminuye las dosis de ciclosporina disminuye la hipertensión arterial.

La hiperlipemia es muy frecuente y suele responder bien al tratamiento con inhibidores de la HMG-Coa reductasa.

La hiperuricemia es extremadamente frecuente en pacientes tratados con ciclosporina y si es asintomática, no debe ser tratada, pueden administrársele antiinflamatorios no esteroideos.

CONCLUSIONES

Tras el trasplante los pacientes presentan problemas médicos y complicaciones frecuentes a consecuencia del tratamiento inmunosupresor: mayor susceptibilidad de padecer infecciones, procesos malignos, hipertensión arterial, hiperlipidemias y hiperuricemias.

El cáncer de piel es el más frecuente en estos pacientes(37%), con predominio de células escamosas.

Los fármacos inmunosupresores han logrado el aumento de la supervivencia de estos pacientes pero son responsables de una gran variedad de complicaciones médico-quirúrgicas.

La alta incidencia y naturaleza agresiva de las neoplasias, hace necesario un estrecho control y seguimiento en los años del postrasplante. Incidiendo en medidas generales de prevención que son medidas simples pero muy efectivas.

LO QUE APORTA A LA CIENCIA

Existencia de un mayor riesgo de procesos malignos en los pacientes trasplantados, con predominio de células escamosas.

OPINIÓN PERSONAL

En mi opinión este artículo da una visión general de aquellas complicaciones que puede presentar el paciente trasplantado pero no profundiza en ellas. No aporta nada nuevo que no haya sido recogido en otros artículos.

Debido a que el paciente trasplantado tiene mayor riesgo de padecer procesos malignos a causa de la terapia con agentes inmunosupresores, pienso que es necesario un control desde el punto de vista de la instrucción en higiene oral y de visitas de control que permitan un correcto seguimiento de los pacientes para tener más controladas las diferentes patologías que pueden presentarse. Un diagnóstico a tiempo es fundamental.

La exploración de la cavidad oral debe ser incluido dentro del seguimiento multidisciplinario de un paciente que haya recibido un órgano trasplantado.

Muchos de los cánceres y procesos infecciosos se expresan en la cavidad oral, por tanto, el papel del odontólogo es importantísimo.

Kessler M, Jay N, Molle R, Guillemin F. Excess risk of cancer in renal transplant patients. European Society for Organ Transplantation 19(2006) 908-914

RESUMEN

La alta incidencia de cáncer en inmunodeprimidos y pacientes inmunodeficientes es un hecho que está claramente comprobado.

Mediante la realización de un estudio en el Hospital Universitario de Nancy, durante once años, en todos los pacientes transplantados durante el periodo en el que fueron tratados con ciclosporina, se ha intentado comparar la incidencia de nuevo cáncer en pacientes transplantados renales, estandarizado por sexo y edad, con la población general.

Así, este estudio ha determinado que los tumores más frecuentes en estos pacientes son el cáncer de piel y los tumores relacionados con la infección por virus. El cáncer de piel tiene incidencia similar independiente de la edad y el sexo en esta población, sin embargo si que se encuentra mayor prevalencia en el sexo masculino en cáncer de próstata, labios, boca y pulmón.

Además, también se han encontrado diferencias significativas entre la forma de aparición de los tumores en transplantados respecto a la población normal, ya que en los transplantados aparecen de forma menos espontánea y más intensa.

OPINION PERSONAL.

Considero que este estudio tiene bastante fiabilidad, ya que utiliza métodos homogéneos para el tratamiento de los pacientes, y también para el diagnóstico de sus tumores.

CONCLUSIONES

La alta incidencia de cáncer en inmunodeprimidos y pacientes inmunodeficientes es un hecho que está claramente comprobado.

Los tumores más frecuentes en pacientes transplantados son el cáncer de piel y los tumores relacionados con la infección por virus.

La forma de aparición de los tumores en transplantados respecto a la población normal, es menos espontánea y más intensa.

RESUMEN

Las neoplasias malignas de la cavidad oral suponen del 1% al 2% del total de cánceres en Europa Occidental. La incidencia de cáncer está aumentada en aquellos pacientes que han sido sometidos a algún trasplante.

Los tumores de la población general son distintos de los que vemos en estos pacientes trasplantados, siendo muy frecuente el carcinoma de células escamosas de piel y neoplasias vinculadas con infecciones víricas como es el sarcoma de kaposi, linfoma no Hodgkin, entre otros. Hay un aumento en la incidencia de cánceres de cabeza y cuello debido al significativo aumento de cánceres de labio.

Se presentan dos casos clínicos, un varón de 67 años, que siete años después de haber sido sometido a trasplante renal y de estar siendo tratado con tratamiento inmunosupresor con azatioprina, ciclosporina y prednisona, se le desarrolló una tumoración ulcerada en borde lateral de la lengua que acabó por llevarle a la muerte a los seis meses de ser diagnosticada.

Y un segundo caso clínico de un varón de 69 años que había recibido un trasplante renal y desde entonces llevaba tratamiento con azatioprina, ciclosporina y prednisona y a los quince años se le diagnostica una lesión ulcerada que afectaba al surco gingivo lingual y al año murió.

CONCLUSIONES

A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer oral, los resultados permanecen estables con una supervivencia del 43'5% a los cinco años.

En los pacientes trasplantados que desarrollan un carcinoma epidermoide el pronóstico es bastante peor siendo de un 13% a los cinco años. Se ha producido un significativo aumento de los cánceres de labio que ha aumentado la incidencia de cánceres de cabeza y cuello en los pacientes trasplantados.

La neoplasia más frecuente es el carcinoma de células escamosas de piel en el paciente trasplantado, versus el carcinoma basocelular de la población general; y también las neoplasias vinculadas con infecciones víricas.

La terapia con fármacos inmunosupresores a largo tiempo favorece la aparición de tumores.

LO QUE APORTA A LA CIENCIA

Los dos casos del presente trabajo pueden considerarse paradigmáticos del desarrollo de carcinoma epidermoide oral en trasplantados.

Los dos enfermos habían recibido un trasplante renal y fueron diagnosticados en estadio avanzado de su enfermedad pese a que las dosis de inmunosupresores no eran elevadas. A pesar del tratamiento y de la disminución de la dosis de la terapia, los dos enfermos fallecieron por la enfermedad en corto periodo de tiempo.

OPINIÓN PERSONAL

En mi opinión este artículo está muy bien documentado ya que para cada paciente dice el tratamiento con fármacos inmunosupresores que llevaba, tipos y dosis, y la localización exacta de la lesión diagnosticada.

Es un caso muy especial puesto que ambos pacientes pese a estar tratados con dosis de inmunosupresores bajas fueron diagnosticados en estadios avanzados de enfermedad del cáncer y ambos murieron en corto espacio de tiempo.

Ya que estos pacientes deben ser tratados con este tipo de fármacos que atacan la inmunidad del paciente, es previsible pensar que a largo tiempo van a poder desarrollar procesos infecciosos y neoplásicos con mayor frecuencia que la población general, y por tanto, deben existir en los protocolos de tratamiento de este tipo de pacientes un buen seguimiento y control por parte de su médico de cabecera y de su odontólogo, ya que muchas veces es en la mucosa oral donde aparecen las primeras manifestaciones de dichos procesos.

Debe ser muy importante un seguimiento y control de los pacientes trasplantados para poder diagnosticar cuanto antes cualquier proceso patológico que pudiese comprometer su salud e integridad física.

Pérez Rodríguez A, Molina Alfonso S, Mármol Sónora A, Pérez de Prado Valdivia J, Herrera Vilches M, Parodis López Y. Sarcoma de kaposi en el paciente receptor de un trasplante renal. Presentación de un caso. Revista cubana de medicina 2004 ;43:1

RESUMEN

Presentación clínica de un paciente de 56 años que fue sometido a un trasplante renal en el Instituto Nacional de Nefrología en Cuba el 28 de mayo del 2001.

Tras la intervención tuvo un buen postoperatorio, se le disminuyó la dosis de ciclosporina, hasta que sufrió una pielonefritis y continuó con su terapia inmunosupresora con ciclosporina y prednisona, y a los cuatro meses y medio se le diagnosticó un sarcoma de kaposi cuya evolución fue muy desfavorable, ya que no respondió a las medidas terapéuticas y se diseminó por todo el cuerpo haciendo metástasis en estómago.

El empleo durante largo período de agentes inmunosupresores incrementa el riesgo de neoplasias.

Los tipos de cánceres que se encuentran en el paciente trasplantado son distintos de los encontrados en la población general, con alta frecuencia de carcinoma de células escamosas de piel, linfoma no Hodgkin y sarcoma de kaposi, entre otros.

El tiempo medio de aparición de los tumores se sitúa en 61 meses, el sarcoma de kaposi en 21 meses.

En el tratamiento pueden llevarse a cabo medidas como incisión de las lesiones, radioterapia, quimioterapia y reducción o supresión de la inmunosupresión medicamentosa.

CONCLUSIONES

El empleo durante largo período de agentes inmunosupresores incrementa el riesgo de neoplasias.

Existe una alta frecuencia del carcinoma de células escamosas de piel en los pacientes trasplantados, mientras que en la población general predomina el carcinoma basocelular, y de neoplasias relacionadas con procesos víricos.

El uso de medicamentos inmunosupresores con acción principalmente sobre los linfocitos como es el caso de la ciclosporina, ha permitido mejorar los resultados en el trasplante renal, con el inconveniente de que estas drogas linfocito específicas favorecen la aparición de infecciones víricas y de neoplasias que se relacionan con estas infecciones, como es el caso del sarcoma de kaposi.

A pesar de que se presenta aproximadamente a los 21 meses de trasplante, en raras ocasiones aparece más temprano, entre otros factores porque en este periodo postrasplante las dosis de inmunosupresores son altas por la mayor incidencia de rechazo agudo en los primeros seis meses del trasplante.

LO QUE APORTA

Este estudio evidenció que el desarrollo de tumores en el paciente trasplantado puede ser variable, ya que la aparición del sarcoma de kaposi estaba cifrado en 21 meses, sin embargo en este caso ocurrió a los cuatro meses y medio, mucho más pronto de lo esperado.

OPINIÓN PERSONAL

En mi opinión este artículo me parece muy útil para demostrar que el uso de inmunosupresores, en este caso de ciclosporina, va a poder producir cáncer en el paciente sometido a trasplante.

Además, también me parece un artículo interesante ya que a diferencia de lo descrito en otros estudios sobre el tiempo de aparición del sarcoma de kaposi, que estaba cifrado en 21 meses, en este caso se produjo a los cuatro meses y medio, mucho más pronto de lo que se podía esperar.

Me parece muy importante señalar que es muy necesario llevar un buen control y seguimiento de estos pacientes, puesto que tienen mayor riesgo que la población general de desarrollar neoplasias y otros procesos infecciosos.

Ya que estos fármacos son necesarios para que el organismo no rechace al nuevo órgano trasplantado, nos obliga a poner una especial atención y cuidado, vigilando de forma frecuente a estas personas, para diagnosticar cuanto antes cualquier proceso patológico que pueda comprometer sus vidas.

El papel del odontólogo es fundamental para diagnosticar lesiones que se expresen en la cavidad oral. Hay que examinar muy bien las mucosas, el color que presenten, cualquier tumoración que resulte sospechosa, palpar para apreciar la consistencia... Hay que llevar a cabo una correcta anamnesis y exploración clínica.

Jiménez-Soriano Y, Díaz-Fernández JM. Enfermedades ampollares en la cavidad oral: pénfigo. RCOE 2004;9:4

RESUMEN

Existe un importante grupo de enfermedades mucocutáneas entre las que se encuentra el pénfigo.

El pénfigo es una enfermedad autoinmune, organoespecífica en la que se producen vesículas y ampollas en la piel y mucosas por la acción de autoanticuerpos contra proteínas específicas localizadas en las uniones de las células del epitelio. Hay dos formas fundamentales de pénfigo que son el pénfigo vulgar y el pénfigo paraneoplásico.

Las manifestaciones orales son muy comunes en ambos. El pénfigo es poco frecuente, siendo el pénfigo vulgar la variante más frecuente.

Estos autoanticuerpos son fundamentalmente IgG y van dirigidos contra la desmogleínaIII. El pénfigo vulgar se expresa principalmente con lesiones orales, siendo la mucosa oral el primer sitio de aparición.

El diagnóstico de sospecha debe ser confirmado con técnicas complementarias de citología exfoliativa, estudios de inmunofluorescencia e inmunoprecipitación entre otros.

Los fármacos de elección son los corticoides, sin embargo las altas dosis y tiempo prolongado llevan a la aparición de efectos secundarios y por esto la utilización de terapias adyuvantes con agentes inmunosupresores como azatioprina, ciclofosfamida, metotrexate y ciclosporina. El objetivo es reducir los anticuerpos que producen el daño tisular.

La ausencia de estudios controlados a largo plazo para valorar la eficacia de los tratamientos ha llevado a la utilización de una amplia variedad de fármacos.

El pénfigo paraneoplásico es menos frecuente que el vulgar, pero está asociado con mayor frecuencia a neoplasias hematológicas, sobre todo linfomas no Hodgkin.

El tratamiento en estos pacientes está condicionado por la neoplasia asociada y no hay evidencia de pauta de tratamiento efectiva.

CONCLUSIONES

Antes de la introducción de los corticoides la tasa de mortalidad por pénfigo a los dos años era de un 50%, y de un 100% a los cinco años.

Los corticoides han reducido las tasas de mortalidad pero han generado efectos adversos.

La ciclofosfamida ha precipitado aparición de neoplasias, linfomas y leucemias.

La variante del pénfigo mayormente asociada a neoplasias es el pénfigo paraneoplásico en la cual predominan las neoplasias hematológicas(84%).

La mayor causa de mortalidad en estos pacientes sigue siendo las complicaciones del tratamiento sistémico con corticoides e inmunosupresores.

LO QUE APORTA A LA CIENCIA

Es reconocido que los corticoides han disminuido las tasas de mortalidad, pero han generado gran morbilidad en estos pacientes.

La utilización de corticoides e inmunosupresores aportan beneficios para el paciente trasplantado pero también grandes efectos secundarios que pueden comprometer la vida del paciente, en caso de desarrollo de neoplasias.

OPINIÓN PERSONAL

En mi opinión, este artículo es perfecto para conocer todos los aspectos relacionados con el pénfigo. Está muy bien documentado y expone a la perfección qué es el pénfigo, qué mecanismos se desarrollan en él, manifestaciones clínicas y tratamiento.

Ya que los pacientes con enfermedades autoinmunes, como es el caso del pénfigo, tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer a causa de la terapia que reciben, es imprescindible un buen seguimiento y control de estos pacientes que sabemos van a tener mayor predisposición a sufrir procesos tumorales.

Un buen diagnóstico clínico en la consulta puede ser fundamental para localizar lesiones incipientes de tumores malignos y poder tratarlos cuanto antes.

Rodríguez Vázquez Manuel, Sánchez Ortiz A, Ramos Remus C, Zúñiga G, Torres Bugarín O. Evaluación de la genotoxicidad de ciclofosfamida mediante prueba de micronúcleos en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Revista mejicana de reumatología 2000; 15(2):41-5

RESUMEN

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer.

La ciclofosfamida representa un riesgo para desarrollar cáncer a largo plazo y es utilizado en pacientes que tienen lupus eritematoso sistémico.

Así, se ha realizado un estudio para valorar el nivel de micronúcleos en estos pacientes, ya que la existencia de éstos refleja un daño citogenético y un probable, aunque todavía no comprobado, aumento en el desarrollo de neoplasias.

Los resultados del estudio, tras comparar una muestra de diez pacientes enfermos con lupus respecto a un grupo de control formado por 43 pacientes sanos, fue de un aumento en el número de micronúcleos en los pacientes con lupus eritematoso sistémico, mientras que los controles sanos mantenían cifras bajas.

CONCLUSIONES

La ciclofosfamida a largo plazo representa un riesgo en el desarrollo de cáncer.

El número de micronúcleos en pacientes con lupus eritematoso tratados por ciclofosfamida es mayor que en controles sanos, lo que refleja daño citogenético.

El incremento de micronúcleos es mayor 14 días después de la exposición a la ciclofosfamida.

Hay que determinar el riesgo que representa la existencia de micronúcleos en el desarrollo de cáncer.

LO QUE APORTA A LA CIENCIA

La ciclofosfamida está en relación con la presencia de micronúcleos, no obstante, se necesitan más estudios para determinar el riesgo de cáncer.

OPINIÓN PERSONAL

Este estudio aporta que las personas que toman este fármaco tienen aumentados la cifra de micronúcleos, lo que demuestra que la ciclofosfamida tiene un efecto citogenético. Sin embargo, la muestra tan reducida hace necesario que se realicen más estudios con un mayor número de pacientes para determinar el riesgo que representan los micronúcleos en el desarrollo de cáncer. El uso de estos fármacos mejora la situación del paciente, son necesarios para tratar la fase activa del lupus sistémico, pero al tratarse de fármacos que disminuyen la inmunidad del organismo conlleva serios problemas médicos que pueden comprometer la salud del individuo.

Por todo ello, creo que cuando estemos ante este tipo de pacientes debemos ser muy cuidadosos en tratar no solo la patología dental por el que hayan acudido a nosotros sino explorar siempre las mucosas con el fin de encontrar algún signo precoz que alerte la existencia de algún proceso tumoral. Además, reforzar a estos pacientes que deben de realizar frecuentes visitas de control a su odontólogo como medida preventiva, ya que un diagnóstico a tiempo es fundamental.