

PATOLOGÍA MÚLTIPLE DE TGI EN PACIENTE VIH CASO CLÍNICO

Ayuso E., Oyonarte M., Calle A., Aedo O., Lizarraga S.

INTRODUCCIÓN

- El 70% pacientes con VIH viven en África subsahariana
- La deficiencia del sistema inmune exacerba la infección o co-infección por otras ETS en especial el VPH. Entre 34-98% enfermos son infectados por VPH con una prevalencia de serotipos diferentes a la población general

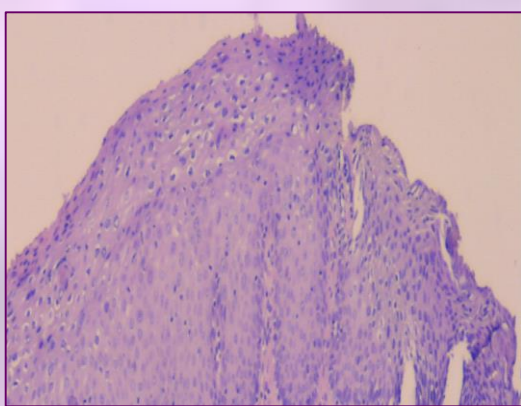
Población general	VIH
16, 18, 45, 33, 31, 58, 52, 35	52, 51, 58, 35, 56, 53, 31, 59 VPH 18 → 0-24%

- Los serotipos más prevalentes en VIH están asociados con un 52-55% de las lesiones H-SIL y carcinomas in situ
- La progresión a cáncer invasivo se produce 6-15 años antes

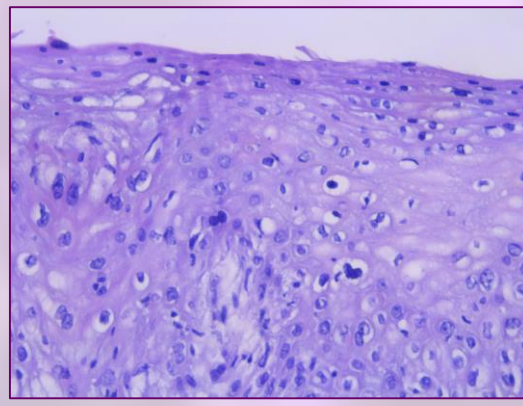
CASO CLÍNICO

- Paciente de 43 años con infección VIH de larga evolución (Estadío C3) en tratamiento antirretroviral y carga viral indetectable actualmente.
- Fórmula obstétrica: G4 A4. Menopausia desde 2002. Fumadora de 10 cigarrillos/día
- Acude a consulta de tracto genital inferior en el año 2003 por alteración en citología cervical de cribado (L-SIL). Permaneciendo en seguimiento cito-colposcópico desde entonces:

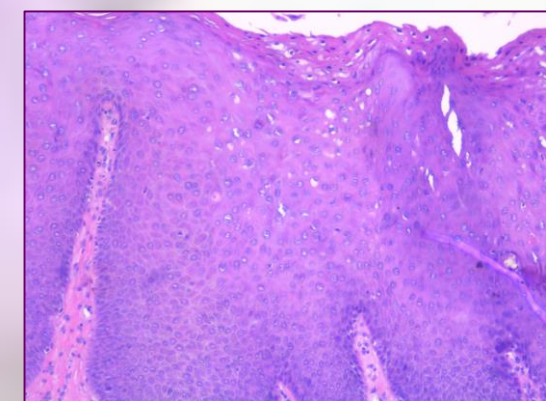
- Colposcopia (2003): zona de epitelio acetoblanco que se biopsia. **L-SIL** en el estudio histológico. Infección por **HPV 16**. Ante la persistencia de la lesión en controles sucesivos se realiza **Crioterapia**.
- Biopsia cervical (2004): **H-SIL**. Se realiza **conización cervical** confirmando el diagnóstico y objetivándose márgenes de resección libres.
- Continúa el seguimiento cito-colposcópico siendo necesarias **dos nuevas conizaciones** en el año 2005 y 2006. En esta última el estudio anatomopatológico de la pieza informa de la presencia de **H-SIL-carcinoma in situ**.
- Histerectomía total simple (2007): lesión H-SIL que respeta orificio cervical interno aproximándose en puntos al margen quirúrgico endocervical.



1ª Conización: H-SIL

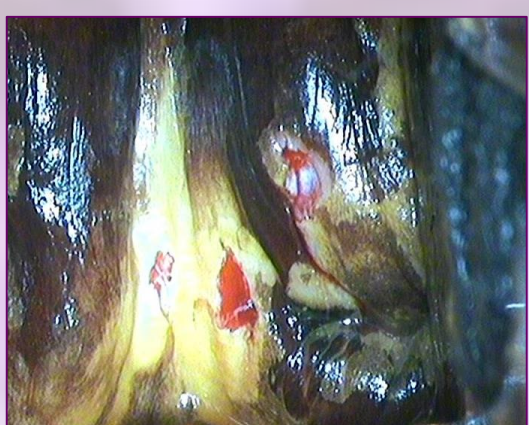


2ª Conización: H-SIL



Histerectomía: H-SIL-Ca in Situ

- Vaginoscopia (2009-2010): zona de epitelio acetoblanco en la cicatriz vaginal de la histerectomía. Biopsia: lesión **L-SIL vaginal (VAIN I)** con PCR positiva para **HPV 40, 62, 58 y 72**. Se realiza **crioterapia** en cúpula vaginal y fondos de saco.
- Vulvosocopia (2011): lesión sobre elevada en introito vaginal. Biopsia: lesión **L-SIL vulvar (VIN I)** con PCR positiva para **HPV 43, 44 y 72**. Persistencia de VAIN I
- Tratamiento con **Imiquimod** semanal en 2015 durante 6 semanas dada la persistencia de VAIN. Biopsias entre 2015 y 2017 muestran la persistencia viral y de lesión histológica. Se decide un nuevo tratamiento con Imiquimod durante 8 semanas (enero-abril 2017).
- Último control (septiembre 2017):
 - Vaginoscopia: disminución del tamaño de la lesión vaginal. Biopsia: **negativa a malignidad**.
 - Biopsia de la lesión vulvar: L-SIL (VIN I). Dado su tamaño (2cms), se reseca localmente confirmándose el diagnóstico



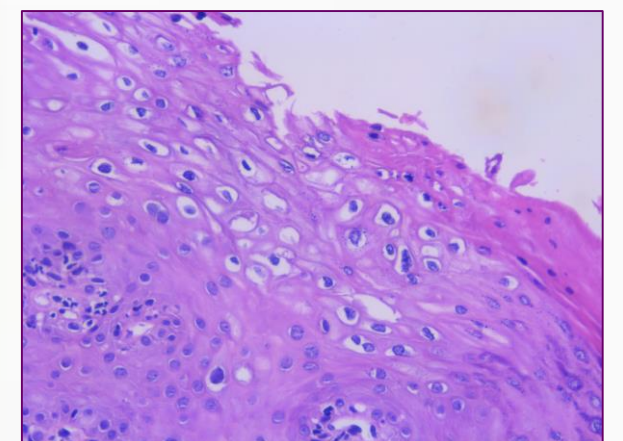
Vaginoscopia. VAIN I (L-SIL). Pre-Imiquimod



Vaginoscopia post-Imiquimod Epitelio Acetoblanco. VAIN I (L-SIL)



Vulvosocopia. Lesión introito vaginal



Biopsia vulvar: VIN I (L-SIL)

CONCLUSIÓN

Es conocida la mayor incidencia de cáncer de cérvix en población con deficiencia del sistema inmune, siendo aconsejable el seguimiento del tracto genital inferior en pacientes VIH, con vigilancia extrema hasta edades más allá de la de screening.