

# Mucocutaneous malignancies in patients with AIDS. Report of 32 cases

Patricia Chang<sup>1</sup>, Lourdes Machuca<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Dermatology, General Hospital and IGSS Angeles Disease Hospital, Guatemala, <sup>2</sup>Hospital IGSS General Disease and Hospital Angeles, Guatemala

**Corresponding author:** Dr. Patricia Chang, E-mail: pchang2622@gmail.com

## ABSTRACT

**Background:** The nature of the diseases that affect AIDS patients can be infectious, malignant, by HIV virus, a reaction to drugs, and regressional. The malignant type manifestations are not very widely known among our hospital population. **Aims:** To learn about the mucocutaneous malignancies in AIDS patients. **Materials and Methods:** This is a retrospective-prospective study of 32 mucocutaneous malignancies in patients with acquired immunodeficiency syndrome, AIDS, at the Infectology-Dermatology department of the Hospital General de Enfermedades IGSS (General Hospital of Common Diseases), during a 13-year period (2002-2014). The statistics books of those years were reviewed and the clinical and histological pictures of mucocutaneous malignancies in patients were revised as consulted to the Dermatology Department, for the periods from 2002 to 2009 and from 2009 to 2014. **Results:** The malignancies found were Kaposi's sarcoma, 19 cases (59.37%); non-Hodgkin's lymphoma, 6 cases (18.75%); basal cell carcinoma, 4 cases (12.5%); 1 (3.12%) epidermoid carcinoma; 1 (3.12%) patient with pubic sebaceous and left-ear epidermoid carcinomas; 1 case (3.12%) Queyrat's erythroplakia. Some of the 19 patients with Kaposi's sarcoma presented other conditions aside from that of the skin. 4 (21.05%) presented conditions in the oral cavity; 3 (15.78%) in the hard palate; 1 (5.26%) in the hard palate and gums; 1 (5.26%) in the hard palate and tongue; and 1 (5.26%) in the tongue. Six (18.75%) of the patients had non-Hodgkin's lymphoma: 3 (50.0%) at the hard palate level; 1 (16.66%) in the skin and oral cavity; 1 (16.66%) in the tongue; 1 (16.66%) in the hard palate and gums. The lymphomas were classified: 1 (16.66%) as large-cell lymphoma, 1 (16.55%) as non-classifiable, 1 (16.66%) as large-cell, high-grade B-phenotype lymphoma, and the remaining 3 (50.0%) as non-Hodgkin's. **Conclusions:** Mucocutaneous malignancies may occur in AIDS patients as the first manifestation of the disease, or during the evolution of the same. Therefore, it is crucial to learn about the different clinical aspects of these malignancies so an early diagnosis can be made and hence timely treatment can be provided.

**Key words:** Mucocutaneous malignancy; Kaposi's sarcoma; Basal cell carcinoma; Epidermoid carcinoma; Sebaceous carcinoma; AIDS, Non-Hodgkin's lymphoma

**How to cite this article:** Chang P, Machuca L. Mucocutaneous malignancies in patients with AIDS. Report of 32 cases. Our Dermatol Online. 2016;7(3):258-265.

**Submission:** 03.02.2016; **Acceptance:** 07.04.2016

**DOI:** 10.7241/ourd.20163.71

# Malignidades mucocutáneas en pacientes con sida. Reporte de 32 casos

Patricia Chang<sup>1</sup>, Lourdes Machuca<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Dermatology, Hospital General de Enfermedades IGSS and Hospital Ángeles, Guatemala, <sup>2</sup>Hospital General de Enfermedades IGSS and Hospital Ángeles, Guatemala

**Corresponding author:** Dra. Patricia Chang, E-mail: pchang2622@gmail.com

## RESUMEN

**Antecedentes:** Las enfermedades que puedan afectar a pacientes con SIDA pueden ser de tipo infeccioso, maligno, por el virus del VIH, reacciones medicamentosas, de regresión, siendo las de tipo maligno una manifestación poco conocida en nuestra población hospitalaria. **Objetivos:** Conocer el tipo de malignidades mucocutáneas en pacientes con SIDA. **Material y Métodos:** Este es un estudio retrospectivo prospectivo sobre 32 casos de malignidades mucocutáneas en pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA del departamento de Infectología-Dermatología del Hospital General de enfermedades IGSS, en un periodo de 13 años (2002-2014). Se estudiaron todos los pacientes con diagnóstico de SIDA que presentaron alguna manifestación mucocutánea corroborada clínica e histológicamente de malignidad, sin importar edad ni sexo. Se revisaron libros de estadística de los años en mención revisando el cuadro clínico e histológico de los pacientes del 2,002 al 2,009 y del 2,009 al 2,014 se revisaron los pacientes con su cuadro clínico e histológico de malignidad mucocutánea que fue consultada al Departamento de Dermatología. **Resultados:** Las malignidades encontradas fueron el sarcoma de Kaposi con 19 casos (59.37%) linfoma No Hodgkin 6 casos (18.75%), carcinoma basocelular con 4 casos (12.5%), 1 caso de carcinoma epidermoide (3.12%), 1 paciente con carcinoma sebáceo pubis y epidermoide oreja izquierda (3.12%), eritroplasia de Queyrat 1 (3.12%). De los 19 pacientes con sarcoma de Kaposi 4 (21.05%) presentaban además de la piel afección de la cavidad oral, a nivel del paladar duro 3 (15.78%), paladar duro y encía 1 (5.26%), paladar duro y lengua 1 (5.26%), lengua 1 (5.26%) Seis de los pacientes presentaron linfoma No Hodgkin (18.75%) a nivel del paladar duro 3 (50.0%), piel y cavidad oral 1 (16.66%), lengua 1 (16.66%), paladar duro y encía (16.66%). Los linfomas fueron clasificados como 1 linfoma de células grandes (16.66%), 1 no clasificable (16.55%), y 1 linfoma de células grandes alto grado fenotipo B (16.66%) y los 3 restantes como NO Hodgkin (50.0%). **Conclusiones:** Las malignidades mucocutáneas pueden presentarse en pacientes con SIDA como primera manifestación de la enfermedad o bien durante la evolución de la misma, por lo que es importante dar a conocer los diferentes aspectos clínicos de las mismas para poder hacer un diagnóstico temprano y por ende un tratamiento oportuno.

**Palabras claves:** Malignidad mucocutánea; Sarcoma de Kaposi; Carcinoma basocelular; Carcinoma epidermoide; Carcinoma sebáceo, SIDA, Linfoma No Hodgkin

## INTRODUCCION

Las diferentes afecciones de piel y mucosas pueden verse en pacientes con infección VIH, las cuales pueden ser la primera manifestación de la enfermedad, marcador de la progresión de la misma y causa alta de morbimortalidad. En este tipo de pacientes puede haber malignidades mucocutáneas como el sarcoma de Kaposi, carcinoma epidermoide, epitelioma

basocelular y de las extra cutáneas tenemos al cáncer del ano, cervix, linfoma Hodgking No Hodgking, cáncer de hígado y otros. La inmunosupresión del virus parece jugar un papel importante en su aparición, evolución y exacerbación de la misma, el conteo de CD4 está relacionado con la presentación de las malignidades y un conteo de  $\leq 200$  células/mL representa mayor incidencia de desarrollar enfermedades oportunistas.

**How to cite this article:** Chang P, Machuca L. Malignidades mucocutáneas en pacientes con sida. Reporte de 32 casos. Our Dermatol Online. 2016;7(3):258-265.

**Submission:** 03.02.2016; **Acceptance:** 07.04.2016

**DOI:** 10.7241/ourd.20163.71

El presente trabajo da a conocer las malignidades mucocutáneas en una población de pacientes con Sida atendidos en el departamento de Infectología-Dermatología del Hospital General de Enfermedades IGSS periodo de 13 años (2002-2014).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio retrospectivo prospectivo sobre 32 casos de malignidades mucocutáneas en pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA del departamento de Infectología-Dermatología del Hospital General de enfermedades IGSS, en un periodo de 13 años (2002-2014).

Se estudiaron todos los pacientes con diagnóstico de SIDA que presentaron alguna manifestación mucocutánea corroborada clínica e histológicamente de malignidad, sin importar edad ni sexo.

Se revisaron libros de estadística de los años en mención revisando el cuadro clínico e histológico de los pacientes del 2,002 al 2,009 y del 2,009 al 2,014 se revisaron los pacientes con su cuadro clínico e histológico con malignidad mucocutánea.

## RESULTADOS

Se estudiaron 32 casos de malignidades mucocutáneas con correlación clínica y patológica con diagnóstico de SIDA, 31 correspondieron al sexo masculino (96.87%) y 1 caso del sexo femenino (3.12%).



Figure 1: Lesiones maculosas tempranas del S. Kaposi.



Figure 2: (a,b) Lesión nodular peri labial y maculosa en abdomen.

En el grupo etario de 0-20 años no se estudió ningún caso, 21-40 años se estudiaron 15 casos (46.87%), 41-60 13 (40.62%), 61-80 años 4 casos (12.50 %).

Las malignidades encontradas fueron el sarcoma de Kaposi con 19 casos (59.37%) (Figs. 1-5), linfoma No Hodgkin 6 casos (18.75%) (Figs. 6 and 7), carcinoma basocelular con 4 casos (12.5%), 1 caso de carcinoma epidermoide (3.12%) (Fig. 8), 1 paciente con carcinoma epidermoide oreja izquierda y sebáceo pubis (3.12%) (Fig. 9), eritroplasia de Queyrat 1 (Fig. 10) (3.12%) (Cuadro 1).

De los 19 pacientes con sarcoma de Kaposi 4 (21.05%) presentaban además de la piel afección de la cavidad oral, a nivel del paladar duro 3 (15.78%), paladar duro y encía 1 (5.26%), paladar duro y lengua 1 (5.26%), lengua 1 (5.26%) (Fig. 11) (Cuadro 2).

Seis de los pacientes presentaron linfoma No Hodgkin (18.75 %) a nivel del paladar duro 3 (50.0%), piel y cavidad oral 1 (16.66%), lengua 1 (16.66%), paladar duro y encía (16.66%) (Fig. 12). Los linfomas fueron clasificados como 1 linfoma de células grandes (16.66%), 1 no clasificable (16.55%), y 1 linfoma de células grandes alto grado fenotipo B (16.66%) y los 3 restantes como NO Hodgkin (50.0%). (Cuadro 3).

## DISCUSIÓN

Se sabe que el VIH destruye los linfocitos T CD-4, los cuales son esenciales para que el sistema inmunológico nos defienda contra infecciones y otras enfermedades. Cuando el VIH debilita el sistema inmunológico, presenta una oportunidad para que ciertos tipos de cáncer se desarrollen y crezcan rápidamente, especialmente aquellos causados o asociados con virus [1].

Las personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o que padecen SIDA tienen un riesgo mayor de padecer ciertos tipos de cáncer como sarcoma de



**Figure 3:** Placas y nódulos eritematovioláceos en diferentes localizaciones.



**Figure 4:** Placas y nódulos eritematovioláceos en diferentes localizaciones.



**Figure 5:** Placas y nódulos violáceos a nivel podal.



**Figure 6:** Neoformaciones por linfoma No Hodgkin.



**Figure 7:** Neoformaciones por linfoma No Hodgkin.



**Figure 8:** Carcinoma epidermoide ulcerado.



**Figure 9:** Carcinoma epidermoide oreja y sebáceo en pubis.



**Figure 10:** Eritroplasia de Queyrat.

Kaposi con un riesgo de miles de veces más, linfoma no Hodgkin con 70 veces más de riesgo, el cáncer de

cérvix al menos 5 veces mayor y el cáncer del ano con 25 veces mayor de riesgo [2].

**Cuadro 1:** Malignidades mucocutáneas en pacientes con SIDA

Tipo de malignidad	No. de casos	%
Sarcoma de Kaposi	19	59.37
Linfoma NO Hodgkin	6	18.75
Carcinoma basocelular	4	12.50
Carcinoma epidermoide	1	3.12
Carcinoma Sebáceo y epidermoide	1	3.12
Eritroplasia de Queirat	1	3.12

**Cuadro 2:** Afección de la cavidad oral en pacientes con Sarcoma de Kaposi y SIDA

Sitios afectados de la cavidad oral por Sarcoma de Kaposi	No. de casos	%
Paladar duro	2	10.52
Paladar duro y lengua	1	5.26
Paladar duro y encía maxilar	1	5.26

**Cuadro 3:** Linfomas NO Hodgkin cutáneo-mucosos en pacientes con SIDA

Afección cutáneo mucosa de linfomas NO Hodgkin	No.	%
Paladar duro	3	50.00
Lengua	1	16.66
Piel y cavidad oral	1	16.66
Paladar duro y encía	1	16.11

El riesgo de padecer los siguientes tipos de cáncer también aumenta en las personas con VIH/SIDA, el linfoma de Hodgkin el riesgo es 10 veces mayor, cáncer de pulmón 3 veces mayor riesgo, cáncer de hígado 5 veces mayor riesgo.

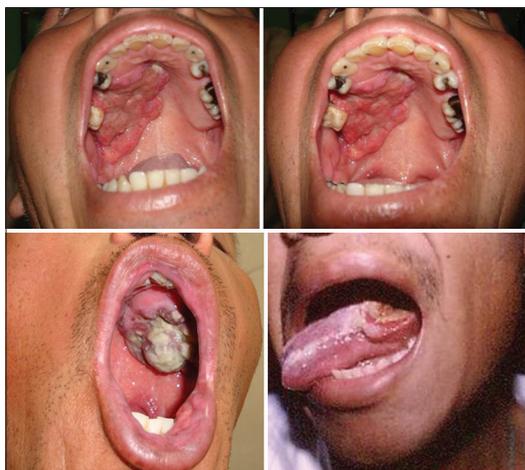
El SIDA no es una sola enfermedad, sino la etapa final de la infección por VIH, caracterizada por un conjunto o “síndrome de enfermedades potencialmente fatales”. Si bien existen medicamentos para ayudar a las personas con SIDA, todavía no hay una cura y la mayoría de las personas mueren entre 1 y 3 años después de haber diagnosticado la enfermedad.

El SIDA es una pandemia caracterizada por una inmunodepresión profunda que conduce al desarrollo de infecciones oportunistas, neoplasias secundarias y manifestaciones neurológicas [3].

Existen 3 condiciones malignas que en la actualidad son consideradas como definitorias del SIDA, ellas son: el sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin (LNH) y el cáncer cérvico uterino. Dentro de los no definitorios tenemos al cáncer anal, enfermedad de Hodgkin, leiomiomasarcoma (pediátrico), carcinoma escamoso oral, carcinoma de células de Merkel, hepatocarcinoma.



**Figure 11:** Lesiones maculosas y tumorales por sarcoma de Kaposi en paladar duro y lengua.



**Figure 12:** Linfoma No Hodgkin en paladar duro y lengua.

Además puede verse el angiosarcoma, el mieloma múltiple y linfoma de Hodgking [4,5].

Varios estudios muestran que el número de casos en otros cánceres, como linfoma no Hodgkin (NHL) se mantiene igual o incluso ha aumentado. Dichos cánceres pueden ocurrir incluso cuando los conteos de células T son altos, y por eso que la terapia anti-VIH no ayuda a reducir estos cánceres. De hecho, puede que se vean más casos de estos cánceres debido a que las personas con VIH viven más tiempo. Otra consideración es que las personas con VIH/SIDA parecen estar a mayor riesgo de desarrollar cierto tipo de cánceres no relacionados con el SIDA, como enfermedad de Hodgkin, cáncer en el labio, en los testículos, en el ano o el recto, de piel y de pulmón [6].

El sarcoma de Kaposi (SK) está asociado con el virus herpes humano 8 (HHV-8), se presenta en más del 35% de los casos por cada cinco lesiones cutáneas, se encuentra una lesión interna [7].

Es un tumor vascular multifocal que puede afectar piel o vísceras, se caracteriza por una neoformación capilar y proliferación de tejido conjuntivo peri vascular, en piel las manifestaciones son leves predominan en extremidades sobre todo en las inferiores caracterizadas por manchas rojas múltiples que se elevan y se tornan violáceas u ampollas hemorrágicas luego se convierten en placas y tumores semiesféricos como “nódulos” de 2 a 3 mm incluso pueden medir hasta 12 cm y ulcerarse dejando atrofia. En órganos internos afecta un 10 a 15% especialmente tubo digestivo, linfáticos, hígado y pulmones manifestando melena, rectorragias y diarreas [8].

Los pacientes con infección por el VIH-SIDA presentan una frecuencia mayor de carcinoma de células escamosas, basocelular, de células de Merkel y melanoma maligno. Los factores de riesgo son los mismos que en los pacientes sin infección por el VIH e incluyen la exposición al sol, la raza caucásica y antecedentes familiares de cáncer de piel. Los pacientes con infección por el VIH tienden a ser más jóvenes y presentan un mayor número de lesiones, más frecuencia de metástasis, más de complicaciones, mayor recurrencia y peor pronóstico [9].

El carcinoma basocelular se presenta en cabeza, cuello o tronco, puede manifestarse como una lesión tumoral hemisférica, de 1 mm a 10 mm de diámetro, con superficie nacarada, lisa y brillante, surcada por telangiectasias. No se ha podido correlacionar un valor de CD4 ni una mejor evolución con el TARGA [10,11].

Los diferentes tipos de carcinoma Basocelular pueden presentarse como el tipo nodular que es una neoformación de color piel con telangiectasia; y si forma úlceras fagedénicas, se torna en una lesión destructiva llamada *ulcus rodens*, esta aparece cuando se produce destrucción del tejido subyacente, se manifiesta en forma de ulceración de tendencia serpigínosa y se ubica por lo general en rostro, orejas y en el dorso de la mano.

El tipo quístico que es raro y difícil de distinguir de la nodular excepto por tener una pequeña cavidad llena de líquido, pigmentada con una variante de la nodular, a menudo confundida con un melanoma, la forma esclerosante/cicatrizante que es una lesión similar a una cicatriz, también llamada *plano cicatricial* y el tipo superficial que es un placa rojiza escamosa, en pacientes con SIDA las formas de manifestarse pueden ser atípicas debido a la inmunosupresión que presentan [11].

El riesgo de desarrollar un LNH (Linfoma no Hodgkin) en pacientes con SIDA, depende del grado y la duración de la inmunosupresión. Pueden presentar múltiples factores de mal pronóstico [12]. La posibilidad de ocurrencia de LNH a 2 años de diagnóstico de SIDA vs 3 años, es de 8 % contra 29%. Se ha planteado por algunos investigadores que este riesgo es independiente de la forma de haber adquirido la infección por el virus [13].

La segunda neoplasia en frecuencia en pacientes con enfermedad HIV/sida, luego del sarcoma de Kaposi es el linfoma No Hodgkin (LNH) [14].

El VIH puede aumentar el riesgo de desarrollar una neoplasia linfoide entre 100 a 200 veces más.

Una de las características clínicas salientes de los linfomas en pacientes HIV positivos es su presentación en etapas avanzadas de la enfermedad neoplásica y su localización extraganglionar en el 70% a 80% de los casos [15,16]. Entre los sitios extranodales más comunes se citan el tracto gastrointestinal, incluyendo la boca y glándulas anexas, la piel, el SNC y la médula ósea [17,18].

Estos linfomas suelen presentarse en su mayoría de células B con histología de alto grado, principalmente del subtipo difuso de células grandes, con compromiso extraganglionar frecuente y principalmente en el sistema nervioso central (SNC) [19].

En el paciente con SIDA puede presentarse en cualquier estadio de la enfermedad, pero por lo general aparece cuando este presenta un conteo de células (linfocitos T CD4 en el momento del diagnóstico del LNH) inferior o igual a 200 células/mL<sup>3</sup> que es ahí donde la inmunosupresión da lugar a la presencia de enfermedades oportunistas [20].

Aunque el carcinoma epidermoide representa el 4% de la incidencia total de cáncer en el hombre, su relación con la presencia de virus de papiloma humano (VPH) es cada vez más frecuente, de hecho existen estudios que hablan de una incidencia de alrededor del 50%, en la presencia de VPH de cavidad oral y de tracto respiratorio alto, con un pronóstico sombrío para aquellos tipos llamados de alto riesgo (HPV-16 y HPV-18) [16].

En lo que respecta al SIDA no se han documentado reportes de especial aumento de la incidencia del carcinoma epidermoide. La comparación entre sexo sobre la incidencia de esta malignidad muestra aumento en las mujeres especialmente relacionado con cáncer cervicouterino y su relación con el VPH.

El servicio de Infectología del Hospital General de Enfermedades del IGSS empezó a tratar pacientes con VIH/SIDA desde el año 1,986, en la actualidad se atienden 2,500 pacientes en forma bimensual diagnosticándose de 16 a 18 casos nuevos por mes. Por lo que se considera importante dar a conocer este tipo de malignidades ya que en algunos casos es la primera manifestación de su infección VIH/SIDA así como la

progresión de la misma para hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno.

## Statement of Human and Animal Rights

All procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2008.

## Statement of Informed Consent

Informed consent was obtained from all patients for being included in the study.

## REFERENCIAS

- Shiels M, Engels Erick A Increased Risk of Histologically Defined Cancer Subtypes in Human Immunodeficiency Virus–Infected Individuals Clues for Possible Immunosuppression-Related or Infectious Etiology Cancer. 2012;118:4869-76.
- Grulich AE, van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet*. 2007; 370:59-67.
- Revista Cubana Estomatología “manifestaciones asociadas con el VIH-SIDA” versión On-line ISSN 1561-297X v.42 n.1 Ciudad de La Habana ene.-abr. 2005.
- Fisher S. The epidemiology of non-Hodgkin’s lymphoma. *Oncogene*. 2004;23:6524-34.
- Yadalla HKK, Rao GRR. Cutaneous Cryptococcosis: a marker of life threatening disseminated cryptococcosis in HIV AIDS. *Our Dermatol Online*. 2011;2:204-7.
- The Center for AIDS, the body VIH “Cánceres malignos relacionados con VIH; 2010.
- Garza-Garza R, González-González SE, Ocampo-Candiani J. *Gaceta Médica de México*. 2014;150 Suppl 2:194-221.
- Arenas R. *Dermatología atlas, diagnóstico y tratamiento*. 1987; McGraw Hill México; 556-7.
- Wilkins K. Approach to the treatment of cutaneous. Malignancy in HIV-infected patients. *Dermatol Ther*. 2005;18:77-86.
- Wilkins K. Cutaneous malignancy and human immunodeficiency virus disease. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:189-206.
- Enciclopedia Médica. Carcinoma Basocelular, *Orbis* 2006; 88-91.
- Segura Huerta A, López Tendero P, Romera Barroso B, Yuste Izquierdo AL, Gironés Sarrió R, Pérez Fidalgo JA, et al. [Non-Hodgkin lymphomas with systemic presentation in patients with HIV infection. Clinical and prognostic factors in a series evaluated before the introduction of the highly active antiretroviral therapy (HAART)]. *Rev Clin Esp*. 2004;204:303-7.
- Nevell M. Human immunodeficiency virus related primary central nervous system lymphoma. *Cancer*. 2004;100:2627-36.
- Corti M, Villafañe MF. Linfomas no Hodgkin asociados al SIDA. *Hematol*. 2013;17:153-8.
- Coté TR, Biggar RJ, Rosenberg PS, Devesa SS, Percy C, Yellin FJ, et al. NonHodgkin’s lymphoma among people with AIDS: incidence, presentation and public health burden. *Int J Cancer*. 1997;73:645-50.
- Sparano JA. Clinical aspects and management of AIDS-related lymphoma. *Eur J Cancer*. 2001;37:1296-305.

17. Corti M, Villafañe MF, Lewi D, Shtirbu R, Narbaitz M, De Dios Solar M. Non-Hodgkin's lymphomas of the digestive tract and anaxal glands in AIDS patients. *A Ge La.* 2006;36:190-6.
18. Corti M, Metta H, Villafañe MF, Trione N, Bismans A, Shtirbu R, Narbaitz M. Linfomas con compromiso hepático en pacientes con sida. Características clínicas e histopatológicas en 5 pacientes y revisión de la literatura. *Patologia Rev Latinoam.* 2009;15:209-17.
19. Lambertini P A, Guerra ME, Tovar V. Linfoma no hodgkin (lnh) asociado a sida en la cavidad bucal - reporte de caso clinico *Acta Odontol Venezuel.* 2007;45:1.
20. Badaracco G. Human papillomavirus in head and neck carcinomas: prevalence, physical y with clinical/pathological parameters. *Anticancer Res.* 2000;20:1301-5.

Copyright by Patricia Chang, et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.  
**Source of Support:** Nil, **Conflict of Interest:** None declared.