

## **INFLUENCIA EN LA DECISIÓN TERAPÉUTICA Y EN EL MANEJO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE NEOPLASIA SÓLIDA O HEMATOLÓGICA Y DE HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS B Y C**

**Dr. Ángel María García Aparicio**

**Sección de Reumatología. Hospital Virgen Sección de Reumatología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo**

A menudo en la práctica clínica habitual nos encontramos con decisiones difíciles de tomar a la hora de instaurar un tratamiento inmunosupresor y antecedentes de neoplasia o infecciones crónicas, como el caso del virus de hepatitis B y C (VHB/VHC).

Existe una asociación entre la artritis reumatoide (AR) y el cáncer, no tanto en cuanto a la tasa global de cáncer, que no queda claro que esté aumentada, sino en cuanto a tipos específicos de cáncer. Principalmente se ha visto incrementada la tasa de neoplasias hematológicas, aunque hay desacuerdo en el subtipo y en la magnitud de la asociación.

En relación con cánceres sólidos, la información disponible es aún más heterogénea, con la excepción quizás del aumento de cáncer de pulmón, particularmente en hombres, y la disminución de cáncer de mama en mujeres.

Algunos fármacos como la azatioprina y la ciclofosfamida se han relacionado con la aparición de cáncer en la AR. Los estudios sobre la relación con metotrexato son contradictorios. En general, los anti-TNF no se relacionan con un aumento del cáncer.

En la AR la tasa de linfomas es mayor de lo esperado, tanto en los tratados como en los no tratados con anti-TNF. Aunque en los tratados con anti-TNFs parece que la tasa es algo superior, los datos actuales no son totalmente concluyentes. Por esta razón, los anti-TNF no deben indicarse en pacientes con antecedentes personales de linfoma, debiéndose valorar con detenimiento su utilización en pacientes con AR y antecedentes familiares de linfoma. Aunque la evidencia en relación a otros tipos de cánceres es controvertida, en general se recomienda no utilizar anti-TNF cuando existen antecedentes de tumor sólido maligno en los 5 años previos, y

consultar al especialista en Oncología sobre la biopatología del tumor cuando el antecedente de tumor sólido sea anterior a 5 años.

Existe todavía poca experiencia con Rituximab en pacientes con AR y antecedentes personales de linfoma, pero parece que en los casos que han recibido este fármaco como parte del tratamiento antitumoral se apreció mejoría de síntomas articulares y un mayor intervalo de tiempo hasta reiniciar el tratamiento para la AR.

En cuanto a la actitud a la hora de pautar un tratamiento con cualquier inmunosupresor y antecedentes de infección crónica por VHC tanto los DMARDs como los anti TNF parecen en general bastante seguros, no obstante conviene monitorizar determinando los niveles de GPT y la carga viral.

En el caso de infección crónica por VHB conviene hacer screening y determinar la presencia del HBAGs; si este es positivo es necesario hacer profilaxis con Lamivudina siempre, comenzando 2-4 semanas antes del tratamiento inmunosupresor y suspenderla 3-6 meses después de retirar dicho tratamiento. En caso de aparecer resistencias puede utilizarse Adefovir. Al igual que con el VHC la monitorización con o sin profilaxis debe hacerse detectando DNA viral y GOT/GPT.