

# SCREENING DE HEPATITIS B EN PACIENTES NUEVOS EN UNA CONSULTA DE ONCOLOGIA MEDICA

Cano JM<sup>1</sup>, Cervera R<sup>1</sup>, Villa JC<sup>1</sup>, Berciano MA<sup>1</sup>, García Chico P<sup>2</sup>, González M<sup>2</sup>, García López MJ<sup>1</sup>, Espinosa J<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Oncología Médica, Hospital General Ciudad Real; <sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos, Hospital General Ciudad Real

## Introducción y Objetivos

La hepatitis B es un problema mayor de salud en el mundo en el que se estima que hay 400 millones de portadores. Dos tercios de los pacientes con infección aguda tienen enfermedad subclínica y la mayoría de los pacientes con infección crónica están asintomáticos. España, como país mediterráneo, se considera zona endémica intermedia (prevalencia de HBsAg: 2-8%). La American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) junto con otras Sociedades recomiendan el screening de VHB en pacientes nacidos en áreas endémicas altas e intermedias, y en pacientes que van a recibir tratamiento inmunosupresor, ya que ocurre reactivación en un 20-50% de portadores de HBsAg que reciben tratamiento inmunosupresor o quimioterapia, durante o una vez finalizados los mismos. La reactivación en la mayoría de los casos es asintomática, pero se pueden producir descompensaciones hepáticas prevenibles con profilaxis antiviral. De momento el screening de VHB no es practica habitual en la consulta de Oncología dado que no esta definida claramente la población de riesgo y otras asociaciones como ASCO no recomiendan la determinación indiscriminada de momento.

## Material y Métodos

Se han analizado de forma prospectiva HBsAg, anti-HBc y anti-HBs en todos los pacientes con tumores sólidos que acuden en 1ª visita a nuestro Servicio, entre el 4 de febrero y el 8 de agosto de 2011. El plan de tratamiento de los pacientes podía ser: seguimiento, quimioterapia, hormonoterapia, tratamiento biológico, inmunoterapia, radioterapia o corticoterapia (equivalente a dosis acumulada de prednisona > 80mg). Se identificaban factores de riesgo asociados: ADVP, varones homosexuales, promiscuidad sexual, antecedente de enfermedad de transmisión sexual, elevación crónica de transaminasas, infección por VHC o VIH, donante de sangre, hemodiálisis, mujer embarazada, tratamiento inmunosupresor previo. Si HBsAg y/o anti-HBc son positivos se determina la carga de ADN de VHB por PCR (PCR-T Real Taqman and log<sub>10</sub> VHB UI/ml). El agente elegido en caso de profilaxis es Lamivudina.

## Resultados

Se han analizado 325 pacientes, todos ellos nacidos en España, salvo 4 (2 procedentes de Marruecos, 1 de Rumania y 1 de Hungría, ninguno de ellos con infección por VHB).

Resultados séricos	No. (%)	Factores de riesgo asociados No. (%)	Localización tumoral: No.	Plan de tratamiento No.(%)
<u>No infección:</u> HBsAg (-), anti-HBc (-), anti-HBs (-)	263 (80.92%)	<u>Si:</u> 15 (5.71%, elevación crónica de transaminasas: 8, tratamiento inmunosupresor previo: 3, hemodiálisis: 1, infección por VHC: 4). <u>No:</u> 248 (94.29%)	Colorrectal: 60 Mama: 70 Pulmón: 39 Otros: 94	<u>Seguimiento:</u> 42 (15.97%) <u>Quimioterapia:</u> 193 (73.38%) <u>Hormonoterapia:</u> 19 (7.22%) <u>Tratamiento biológico:</u> 2 (0.76%) <u>Otros:</u> 7 (2.66%)
<u>Infección crónica:</u> HBsAg (+), anti-HBc (+), anti-HBs (-)	0 (0%)	-	-	-
<u>Infección previa, ahora inmune:</u> HBsAg (-), anti-HBc (+), anti-HBs (+)	53 (16.30%)	<u>Si:</u> 5 (9.43%, elevación crónica de transaminasas: 4, tratamiento inmunosupresor previo: 1) <u>No:</u> 48 (90.56%)	Colorrectal: 7 Pulmón: 12 Mama: 13 Otros: 21	<u>Seguimiento:</u> 13 (24.52%) <u>Quimioterapia:</u> 31 (58.49%) <u>Hormonoterapia:</u> 6 (11.32%) <u>Tratamiento biológico:</u> 3 (5.66%)
<u>Infección oculta u otra posibilidad:</u> HBsAg (-), anti-HBc (+), anti-HBs (-)	9 (2.76%)	<u>Si:</u> 0 <u>No:</u> 9 (100%)	Colorrectal: 3 Pulmón: 4 Gástrico: 1 Páncreas: 1	<u>Seguimiento:</u> 3 (33.3%) (viral DNA load ≤ 2000 UI/ml: 3) <u>Quimioterapia:</u> 5 (55.5%) (viral DNA load ≤ 2000 UI/ml: 2; pendiente: 3) <u>Tratamiento biológico:</u> 1 (11.1%) (viral DNA load ≤ 2000 UI/ml: 1)

## Conclusiones

Un 0% de los pacientes tenía infección crónica; 2.76% tenía infección oculta u otra posibilidad, todos ellos con anti-HBc IgM (-) y carga viral de DNA VHB < 2000 UI/ml (pendiente en tres pacientes que van a recibir quimioterapia), ninguno de ellos tenía factores de riesgo asociados y solo 5 iban a recibir tratamiento quimioterápico. En nuestros pacientes no hemos encontrado la prevalencia esperable de HbsAg (+) en un país de la cuenca mediterránea. El coste de una determinación de diagnóstico de VHB es de aproximadamente 2.50 € (sin contar costes indirectos), por lo que, a pesar de que nuestra prevalencia parece baja, el screening de rutina de hepatitis B en pacientes que van a recibir tratamiento inmunosupresor nos parece coste-efectivo.