



CANCER

Pacientes VIH en la consulta de Oncología



Irene Gil Arnaiz
Oncología médica HRS
26/4/2017

ETAPA SIDA



ART

odgkin



Incidence of cancer in immunosuppressed patients compared with the general population

Cancer	SIR in people with HIV/AIDS	SIR in transplant recipients
Lymphoproliferative and hematologic malignancies		
Non-Hodgkin lymphoma	22.6-353.5	5.5-9.9
Hodgkin lymphoma	3.6-18.0	2.2-8.0
Multiple myeloma	2.2-5.0	2.7-3.8
Leukemia	1.8-5.3	2.3-2.5
Cutaneous malignancies		
Kaposi sarcoma	3640	208
Skin carcinoma	1.5-19.6	10.7-56.2
Melanoma	0.2-1.3	1.4-2.5
Eye cancer	1.7-2.0	2.0-7.6
Genitourinary malignancies		
Cervical cancer	1.0-22.0	1.5-2.5
Vulvar/vaginal cancer	4.4-6.8	22.2-23.9
Ovarian cancer	0.3-4.4	1.2-2.0
Uterine cancer	0.5-0.9	0.9-1.7
Breast cancer	0.7-1.4	1.0-1.5
Penile cancer	3.9-8.0	15.8
Testicular cancer	0.7-1.8	1.3-2.3
Prostate cancer	0.5-1.4	0.9-1.1
Renal cancer	0.8-2.0	4.1-8.0
Bladder cancer	0.4-4.2	1.6-3.3
Gastrointestinal malignancies		
Anal cancer	19.6-50.0	2.8-10.3
Liver cancer	1.9-22.2	1.1-3.2
Small intestine cancer	1.3-3.4	1.1-11.8
Stomach cancer	0.4-2.9	1.8-2.3
Pancreatic cancer	0.7-2.9	0.9-1.2
Colorectal cancer	0.9-1.4	1.4-2.1
Esophageal cancer	0.5-2.1	1.6-3.8
Respiratory tract tumors		
Respiratory tract (lower) cancer	1.4-4.5	1.7-2.1
Oropharyngeal cancer	1.1-2.9	2.8-5.3
Laryngeal cancer	0.6-2.8	1.7-2.5
Lip cancer	2.3-3.1	13.0-53.3
Miscellaneous		
Thyroid cancer	0.4-3.0	0.9-8.1
Brain cancer	0.5-4.4	0.6-1.4

SIR: standardized incidence ratio compared with general population.

Modified from: 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.

¿por qué estos pacientes tienen otra epidemiología del cáncer?

- **Clima inmunosupresión:** tx, tto inmunosupresores, otras inmunodeficiencias,...
- **VIH:** activación protooncogenes, alteración de la regulación del ciclo celular, inh de genes supresores de tumores, ...
- **Co-infecciones con otros virus:** HHV8, VPH, EBV, VHC, VHB, ...
- **TABACO:** mayor consumo por estos pacientes, ¿mayor efecto oncogénico?

CARACTERISTICAS ESPECIALES DE LOS TUMORES:

- Edad más temprana de presentación
- Mayor grado, comportamiento más agresivo, estadio más avanzado al dx → peor supervivencia, rápida progresión, peor respuesta a tto.



PREVENCIÓN

SCREENING Y PREVENCIÓN

- RECOMENDACIÓN: DAR IMPORTANCIA A LA ADHERENCIA DE LOS SCREENING EN PACIENTES SANOS:



PREVENCIÓN

- Cese del hábito tabáquico (fumadores pasivos)
- Vacunas del HPV, VHB
- TTO DE VHC.
- VIDA SANA:
 - Control del peso, dieta adecuada mediterránea, ejercicio físico,
 - No consumo de alcohol
 - Protección solar
 - Reducción a la exposición de agentes cancerígenos en el trabajo y radiaciones.

CRIBADOS HABITUALES EN POBLACIÓN:

- CRIBADO CA MAMA:
 - Mamografía: 45 (50)-69 años/2 años

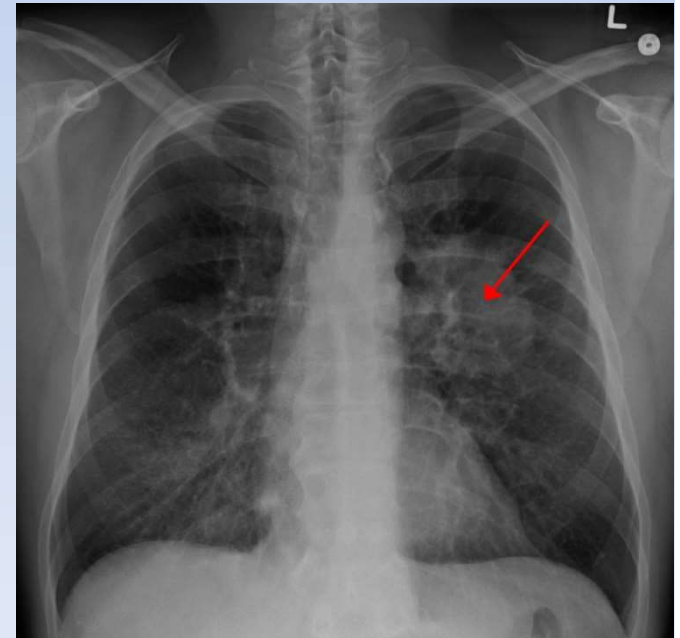


- CRIBADO CA COLON:
 - Test sangre oculta en heces 50-69 años/2 años.



CRIBADOS HABITUALES EN POBLACIÓN:

- CRIBADO CA PULMÓN:
 - En Europa: NO hay consenso:
 - EEUU: TC baja dosis: 55-77 años en fumadores o exfumadores durante los 15 años previos: mucho por definir: % de LDTC,



CRIBADOS HABITUALES EN POBLACIÓN:

- CA PROSTATA: valorar PSA entre los 55-69 años.
 - No disminuye mortalidad
 - Sobrediagnostico-pruebas agresivas.

CRIBADOS ESPECIALES:

- **Ca cérvix:** CITOLOGIA + pruebas VPH : de los 25 -65 años (si resultado negativo los últimos 10 años) /3-5 años.
- **VIH POSITIVA:**
 - Citología anual a partir de los 21 años.
 - A los 30 años:
 - Co-test trienal en mujeres con $CD4 > 200$ cl/ μ L o con tratamiento antiretroviral activo.
 - Co-test anual si los $CD4 < 200$ cl/ μ L o no reciben tratamiento antiretroviral

CRIBADOS ESPECIALES:

- **CA CANAL ANAL:** Tumor no definitorio de SIDA
- En relación con HPV: valorar vacunación.
- Detección de lesiones premalignas (AIN)
- Tacto rectal y visión directa: úlceras, condilomas, ...
- Citología anal: ciega y sin lubricante/1 vez al año → si displasia: ANOSCOPIA.

CRIBADOS ESPECIALES:

- HEPATOCARCINOMA:
- Eco abd 6-12 meses en cirrosis.
- Tto VHC (aun RVS continuar cribado)
- No se aconseja AFP en el screening



TRATAMIENTO DEL CANCER EN PT VIH



¿Y AHORA QUE TRATAMIENTO PUEDO ADMINISTRARLE A ESTE PACIENTE VIH?

- La recomendación es mismo tratamiento que en pacientes sin VIH.

¿qué tengo que tener en cuenta para elegir un tratamiento?

QT CLÁSICAS: platinos, taxanos,...

- Riesgo de mielosupresión
- No hay recomendaciones especiales, no es necesario añadir G-CSF, ni disminuir dosis ni pautas especiales.
- Nefrotoxicidad-ototoxicidad

INH DE LA TIROSIN KINASA

- MENOR mielotoxicidad:
- Se metaboliza por el citocromo P 450 (CYP 3-A-4). Interacción con rifampicina, ketoconazol, corticoides, cannabinoides,...
- Alargan el intervalo QT o PR: precaución con los inh de la proteasas del VIH

Inh de mTOR

- hipofosfatemia

ANTIANGIOGENICOS

- Proteinuria

ANTI-EGFR

- Toxicidad cutánea: rash

Anti BRAF

- Fiebre de 39°C no infecciosa,
- Prolongación intervalo QT
- Metabolizado por el CYP 3 A 4

INMUNOTERAPIA

- Los pacientes fueros excluidos de los ensayos

- En cada paciente habrá que seleccionar el tratamiento con menos interacciones y mayor eficacia
- Plantear el tto como un paciente sin VIH

¿Tengo que pedir VIH en un paciente con diagnóstico cáncer?



¿Qué dicen las guías de oncología?



HIV Testing in Patients With Cancer at the Initiation of Therapy at a Large US Comprehensive Cancer Center

By Jessica P. Hwang, MD, MPH, Bruno P. Granwehr, MD, Harrys A. Torres, MD, Maria E. Suarez-Almazor, MD, PhD, Thomas P. Giordano, MD, MPH, Andrea G. Barbo, MS, Heather Y. Lin, MD, PhD, Michael J. Fisch, MD, MPH, and Elizabeth Y. Chiao, MD, MPH

The University of Texas MD Anderson Cancer Center; Houston Veterans Affairs (VA) Health Sciences Research and Development, Michael E. DeBakey VA Medical Center; and Baylor College of Medicine, Houston, TX

Abstract

Purpose: To determine the rates of HIV testing and infection among patients with cancer at initiation of systemic cancer therapy.

Methods: We conducted a retrospective cohort study of adults with cancer who registered at a comprehensive cancer center from January 2004 through April 2011 and received systemic cancer therapy. We determined rates of HIV-1/2 and/or Western blot testing and HIV positivity at initiation of systemic cancer therapy. Multivariable logistic regression was used to determine predictors of HIV testing.

Results: Of 18,874 patients with cancer who received systemic cancer therapy during the study period, 3,514 (18.6%) were tested for HIV at initiation of cancer therapy. The prevalence of positive HIV test results was 1.2% (41 of 3,514), and the

prevalence of newly diagnosed HIV was 0.3% (12 of 3,514). The HIV testing rate was lower in black than in white patients (13.7% v 19.2%), but the prevalence of positive test results was higher in black patients (4.5%) than in any other racial/ethnic group. Among patients with AIDS-defining cancers (eg, non-Hodgkin lymphoma and cervical cancer), predictors of HIV testing were history of non-Hodgkin lymphoma, younger age, and registration after 2006. Among patients with non-AIDS-defining cancers, predictors of HIV testing were younger age, registration after 2006, male sex, history of illicit drug use or sexually transmitted disease, having a hematologic malignancy, and black race.

Conclusion: The prevalence of HIV infection among patients with cancer was 1.2%, higher than the 0.1% prevalence threshold above which national guidelines recommend routine opt-out testing; however, the overall HIV testing rate was low.

¿ENTONCES QUE TENGO QUE HACER?-
→ SOSPECHAR



**¿QUÉ ME PUEDE HACER SOSPECHAR Y
PEDIR VIH?**

critérios para sospechar:

- Edad más temprana de presentación + Mayor grado, comportamiento más agresivo, estadio más avanzado al dx → peor supervivencia, rápida progresión, peor respuesta a tto.
- Peor tolerancia hematológica a los tratamientos
- Infecciones oportunistas
- Otras infecciones: VHB, VHC, VPH
- TNDS: cérvix, canal anal
- TDS: Sarcoma de Kaposi, linfomas
- Antes de tto con inmunoterapia

CASO CLINICO

CASO CLINICO

- 46 años al diagnóstico. No alergias conocidas.
- ANTECEDENTES:
- infección por VIH desde 1990: grupo A-1: sin tto y con carga viral máx 85 copias/mL.
- Infección TBC en 1993, quimioprofilaxis con Isoniacida.
- Hepatitis crónica por hepatitis C.
- Litiasis renal en 1993 con litotricia. Hematuria intermitente por litiasis renal.

CASO CLINICO

- Hº ONCOL:

- Nov 2009: consulta por varios meses de tos con expectoración blanquecina, apareciendo finalmente estrías hemáticas. En el estudio se observan lesiones cavitadas que en un 1º momento se sospecha como de naturaleza infecciosa y recibe tto con atb. Se descarta también enfermedad de Wegener.

- Hasta marzo 2010 no se tiene confirmación diagnóstica de malignidad: CARCINOMA ESCAMOSO (en biopsia de pulmón) (EGFR: no mutado)

En ese momento las pruebas de imagen eran las siguientes:

*TAC(enero2010):

En el parénquima pulmonar se observan varias lesiones nodulares, la mayoría de ellas cavitadas y alguna de pequeño calibre puntiforme que no muestra aún cavitación, todo ello compatible como primera posibilidad con diseminación metastásica.

*PET: captación en pulmonares bilaterales y suprarrenal iza

CASO CLINICO:

- Inicio tratamiento QT con esquema CDDP+GEM: del 29/4/10 al 14/9/10 con RESPUESTA PARCIAL-ENFERMEDAD ESTABLE, Sin ingresos, ni retrasos por neutropenia. Excelente tolerancia.
- Permaneció en revisiones hasta Enero 2011: momento en que se objetiva progresión de enfermedad por lo que inicia tratamiento con TAXOTERE.
- Abril 2011: PROGRESIÓN OSEA: Inicia TARCEVA.
- Junio 2011: Progresión de enfermedad pulmonar, renal y esplénica: propongo CARBO-VINORELBINA del que recibió 1 ciclo, el paciente pidió suspender el tto por astenia y falleció en junio 2011.

CONCLUSIONES

- Perder el miedo a los pacientes con SIDA y cáncer: tratarlos igual
- Ver interacciones
- Abrir el debate sobre la petición de diagnóstico de VIH en la consulta de oncología.



Sarcoma



Ovarios



Pancreas



Cerebro



Seno



Prostata



Pulmón



Melanoma



Colon



Leucemia



Linfoma



Uterino



Riñón



Infantil



Cancer



VIH