

# Tratamiento de las hepatitis virales

J. Moussalli, V. Ratzu

Las hepatitis virales B y C son enfermedades casi siempre asintomáticas durante gran parte de su evolución. Su detección precoz es de primordial importancia para tratarlas antes de que evolucionen hacia la cirrosis y sus complicaciones de carcinoma hepatocelular (CHC) e insuficiencia hepática. En el caso del virus de la hepatitis C (VHC) los factores de riesgo están relacionados esencialmente con el contacto con la sangre. Su evolución natural se caracteriza por una progresión de la fibrosis que puede conducir a la cirrosis con una velocidad variable según los pacientes y que se acelera con la edad. La valoración de la fibrosis puede hacerse con métodos incruentos como el FibroTest-Actitest y/o el Fibroscan. El objetivo principal del tratamiento es obtener una respuesta viral prolongada caracterizada por un ARNVHC que permanece indetectable 6 meses después de la interrupción del tratamiento. Con el tratamiento actual, que consiste en interferón pegilado y ribavirina, este objetivo se alcanza en casi el 60% del conjunto de todos los pacientes. Sin embargo, este tratamiento puede dar lugar a numerosos efectos secundarios. La llegada de nuevas terapéuticas, esencialmente antiproteasas y antipolimerasas que pueden aumentar en gran medida la eficacia del tratamiento, sobre todo en los genotipos 1 que responden peor, va a abrir una nueva era. La hepatitis B es un problema considerable a escala mundial. Se trata de un virus muy infeccioso que se transmite preferentemente de forma vertical y familiar en las regiones muy endémicas. En Occidente, la transmisión es sobre todo sexual. Existe una vacuna segura y eficaz. Su evolución natural pasa por varias fases y puede conducir a la cirrosis y al CHC. El objetivo del tratamiento de la hepatitis B es interrumpir o reprimir de manera significativa la replicación del virus B para lograr la normalización de la alanina aminotransferasa (ALAT) y una mejoría histológica. El tratamiento está indicado en los pacientes con hepatitis activa o que ya han desarrollado una fibrosis significativa. Los tratamientos consisten en interferón o en los análogos disponibles: lamivudina, entecavir y adefovir. Se están valorando otros fármacos prometedores como la telbivudina, la clevidina, la emtricitabina y el tenofovir.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras Clave:** Hepatitis viral; Hepatitis C; VHC; Hepatitis B; VHB

## Plan

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| ■ <b>Hepatitis C</b>           | 1  |
| Introducción                   | 1  |
| Detección precoz               | 1  |
| Confirmación                   | 2  |
| Evolución natural y evaluación | 2  |
| Consejos a los pacientes       | 3  |
| Tratamiento                    | 4  |
| Poblaciones especiales         | 5  |
| Perspectivas futuras           | 6  |
| ■ <b>Hepatitis B</b>           | 6  |
| Introducción                   | 6  |
| Transmisión                    | 6  |
| Evolución natural              | 6  |
| Valoración                     | 7  |
| Consejos a los pacientes       | 8  |
| Tratamiento                    | 8  |
| Vacunación                     | 10 |
| ■ <b>Conclusión</b>            | 10 |

## ■ Hepatitis C

### Introducción

La prevalencia de la hepatitis C es del 0,8%, lo que significa que por ejemplo en Francia hay unas 400.000 personas positivas para este virus de la hepatitis (VHC), y se calcula que la incidencia es de 5.000 casos nuevos por año <sup>[1]</sup>. Tras el contagio, el 80% de los pacientes desarrolla una hepatitis crónica activa que puede evolucionar a la cirrosis o al carcinoma hepatocelular (CHC). Con 3.000 fallecimientos al año, es la primera causa de mortalidad por hepatopatía y de trasplante hepático. Los tratamientos disponibles en la actualidad permiten erradicar el virus y considerar curado al paciente en casi el 60% de los casos.

### Detección precoz

La detección precoz es primordial ya que la enfermedad es asintomática durante mucho tiempo. Está basada en la detección de anticuerpos mediante una prueba ELISA. El porcentaje

**Cuadro I.**

Personas en las que debe hacerse la detección selectiva del VHC. Recomendaciones ANAES 2001.

**Personas expuestas a actos médicos o con comportamientos de riesgo de contagio cuantificado y elevado (prevalencia > 2%)**

- Personas que han recibido derivados sanguíneos estables antes de 1988 o derivados sanguíneos lábiles antes de 1992 o un injerto de tejido, de células o de un órgano antes de 1992 o que hayan sido sometidos a una intervención quirúrgica importante, hayan estado ingresadas en reanimación, hayan tenido un parto difícil, una hemorragia digestiva, etc. Debe prestarse atención especial a la identificación de las personas que pudieron recibir una transfusión durante los cuidados neonatológicos o pediátricos: antiguos grandes prematuros, niños nacidos con alteraciones graves, antecedentes de exanguinotransfusión, etcétera

- Personas que hayan utilizado alguna vez en su vida drogas por vía intravenosa, sea cual sea la fecha en que lo hicieron. Además, en los drogadictos que siguen activos debe hacerse una detección selectiva periódica

- Niños nacidos de madres seropositivas para el VHC

- Pacientes hemodializados

- Personas en las que se detecta seropositividad para el VIH

**Personas con un factor de exposición con un riesgo no cuantificado o débil (prevalencia < 2 %)**

- Compañeros sexuales de personas infectadas por el VHC

- Miembros del entorno familiar de los pacientes infectados, debido al riesgo de exposición al VHC a través del uso compartido de objetos manchados de sangre (en concreto objetos de aseo)

- Personas encarceladas o que lo han estado, debido a los posibles antecedentes de drogadicción y a los posibles riesgos relacionados con la promiscuidad (por ejemplo, uso compartido de objetos de aseo)

- Personas con tatuajes o *piercings* hechos con materiales no desechables tras un solo uso

- Personas que han recibido mesoterapia sin material de un solo uso o acupuntura sin utilización de agujas personales o de un solo uso

- Personas en las que se ha encontrado una concentración elevada de ALAT sin causa conocida

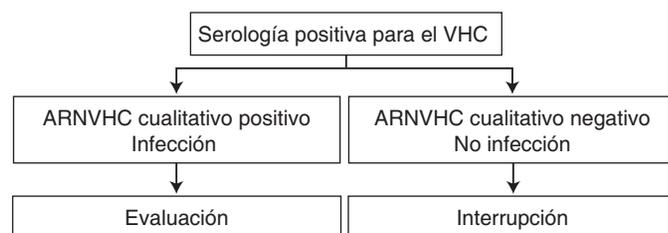
- Personas originarias o que hayan recibido atención médica en países en los que la prevalencia del VHC se presume elevada (Sudoeste Asiático, Oriente Medio, África, América del Sur)

VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; ALAT: alanina aminotransferasa.

**“ Punto fundamental**

La hepatitis C se transmite esencialmente por vía sanguínea. La hepatitis B se transmite de forma vertical e intrafamiliar en las zonas muy endémicas y por vía sexual en las zonas poco endémicas. Existe una vacuna para prevenir la infección por el virus de la hepatitis B.

de pacientes que conocen su seropositividad aumentó del 24% en 1994 al 56% en 2004 gracias a este método de detección. La principal fuente de transmisión del VHC es la sangre o los derivados sanguíneos infectados. Antes de 1992, fecha en la que se inició el estudio de la sangre, el modo de transmisión más importante era la transfusión, mientras que en este momento el 70% de los nuevos contagios está relacionado con el uso de drogas intravenosas. Las transmisiones maternofetales y sexuales son posibles pero raras. Toda herida cutánea o maniobra invasiva constituye un modo potencial de transmisión, p. ej., hospitalaria, por *piercings*, tatuajes, acupuntura, etc. En el 20% de los casos no se logran aclarar las circunstancias del contagio. Alrededor del 24% de los seropositivos para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) está coinfectado por el VHC. La Agence National d'Analyse et d'Évaluation des Soins (ANES) francesa recomienda una detección selectiva dirigida a las poblaciones consideradas de riesgo (Cuadro I).



**Figura 1.** Detección selectiva y confirmación de la hepatitis C. VHC: virus de la hepatitis C.

**Confirmación**

Desde un punto de vista reglamentario, una prueba serológica positiva debe ir seguida de la realización de un segundo estudio, pero en la práctica lo importante es saber si el paciente es virémico. La prueba de confirmación debe consistir en una detección cualitativa del ARN del virus en el suero o una reacción en cadena de polimerasa del VHC (PCR/VHC). Esta prueba permite distinguir a las personas infectadas (80%) de las que curan de manera espontánea y a las que sólo les queda una simple secuela serológica. Si la PCR/VHC es positiva hay que proseguir el estudio (Fig. 1).

**Evolución natural y evaluación**

Tras el contagio, y pasado un período de incubación de 30-100 días, se desarrolla una hepatitis aguda. En el 80% de los casos el paciente no cura de forma espontánea y la hepatitis se hace crónica. La evolución natural de la hepatitis C se caracteriza por el desarrollo de una reacción inflamatoria crónica, llamada hepatitis crónica activa, que se debe a la agresión del virus. Esta reacción implica la producción de fibrosis por un mecanismo complejo en el que intervienen las células estrelladas del hígado. La fibrosis se desarrolla de manera progresiva a través de cinco estadios, F0 a F4, y puede conducir a la cirrosis (F4) y más tarde al cáncer (Fig. 2).

En conjunto, la mediana de la duración de la progresión a la cirrosis es de 30 años. En un 33% de los pacientes, la mediana de la duración de la progresión es inferior a 20 años y alrededor de un 33% nunca llega a desarrollar cirrosis. Entre los cirróticos, la incidencia de CHC es del 3% por año, y el riesgo de descompensación del 30% en 10 años. La velocidad de la progresión de la fibrosis es muy variable entre distintos pacientes, pero es exponencial y se acelera a partir de F2, el estadio clave en la evolución [2]. Los factores asociados a una progresión más rápida de la fibrosis son existencia de una fibrosis hepática, edad del paciente, edad en el momento del contagio, sexo masculino, consumo de alcohol, síndrome metabólico (diabetes, resistencia a la insulina, esteatosis), coinfección por el VIH e inmunodepresión. El genotipo y la carga viral no influyen en la progresión de la fibrosis.

Existen diversos métodos para valorar la fibrosis; la biopsia hepática es el método tradicional. Sobre la base de las observaciones anatomopatológicas se han definido los cinco estadios de fibrosis según la puntuación llamada METAVIR. La biopsia ha servido de referencia para la evaluación de técnicas más modernas con las que se han definido índices o valores que pueden tener una equivalencia con la puntuación de la fibrosis. Considerada desde hace mucho tiempo como el «patrón oro», la biopsia hepática está siendo ahora muy cuestionada debido a sus numerosos inconvenientes. Se trata de un método cruento con una morbilidad del 0,3-0,6% y una mortalidad del 0-0,05%. Es dolorosa en el 30% de los casos y, en general, es mal aceptada tanto por los pacientes como por los médicos. Representa un freno real al tratamiento y al acceso a la asistencia. Las recomendaciones sobre el tratamiento deberían haber dado lugar a 166.666 biopsias anuales en Francia desde 1990, pero en realidad el número de las realizadas ha sido de 8.000 al año (5%). Además, la fibrosis no es homogénea, por lo que los

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465742>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465742>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)