



HEPATITIS C

La infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC) es una de las causas más frecuentes de enfermedad hepática crónica y a nivel mundial se estima que 170 millones de personas están infectadas.

El VHC se propaga con mayor frecuencia por vía parenteral a partir de sangre infectada. Los grupos de personas con mayor riesgo de infección por vía parenteral son: los usuarios de drogas inyectables que comparten jeringas contaminadas con VHC; el personal de salud expuesto a heridas punzantes con agujas u otro material médico o dental contaminado con VHC; personas que por su ocupación (ej: fuerzas de seguridad) están expuestas a sangre contaminada; los pacientes de centros de hemodiálisis; los receptores de transfusiones múltiples de sangre o productos sanguíneos así como los receptores de órganos. La transmisión por vías no parenterales (ej. de madre infectada al hijo o la transmisión sexual) es mucho menos eficiente y ocurre sólo en alrededor del 5% de las infecciones.

Se recomienda el diagnóstico serológico en todas las personas con alto riesgo de infección por VHC.

Después de la infección por VHC el período de incubación es de 7-8 semanas y la fase aguda es habitualmente asintomática, pero cuando se presentan manifestaciones clínicas están son inespecíficas y de aparición insidiosa pudiendo evolucionar con o sin ictericia.

Alrededor de un 20% de las infecciones por VHC se resuelven espontáneamente durante los primeros meses, pero cerca del 80% de las personas infectadas, en ausencia de tratamiento, desarrolla una infección crónica que puede permanecer asintomática por un período muy prolongado.

El VHC tiene un genoma constituido por un ácido nucleico RNA. La infección crónica es definida por la persistencia por más de 6 meses del genoma viral (RNA) en sangre. Esta infección persistente puede culminar en una cirrosis al cabo de 10- 20 años en un 5 a 10% de los pacientes y eventualmente del 15 al 20% de los pacientes con cirrosis pueden progresar a un carcinoma hepatocelular al cabo de otros 5-10 años de evolución. Sin embargo, el diagnóstico etiológico oportuno del VHC y la terapia específica permiten cambiar esta evolución.

El diagnóstico presuntivo de hepatitis C crónica se realiza a partir de los antecedentes epidemiológicos del paciente (ej. usuario de drogas inyectables); el examen clínico (ej. hepatomegalia); el laboratorio clínico (ej. enzimas hepáticas elevadas) y diagnóstico por imágenes.

El diagnóstico etiológico específico del VHC en una hepatitis crónica debe iniciarse con tests para la detección de anticuerpos (ej. ELISA o diagnóstico rápido) y los resultados reactivos deben ser seguidos por tests para detectar el ácido nucleico viral (NAT). La detección del RNA viral es el marcador definitivo de la infección activa por VHC. A través de estos tests se puede diagnosticar la infección, caracterizar el RNA del genoma viral y cuantificar el nivel de virus (carga viral) en la sangre del paciente, todo lo cual permite monitorear con mayor eficacia el tratamiento de la hepatitis crónica.

La biopsia de hígado es otro parámetro a veces utilizado para el inicio y monitoreo del tratamiento de la infección crónica por VHC.

El RNA viral permite caracterizar al VHC en 6 genotipos (del 1 al 6). La caracterización de estos genotipos es útil para iniciar el tratamiento antiviral ya que se puede asociar el genotipo con la dosis y duración de la terapia antiviral y también con el pronóstico de la misma. Por ejemplo, el paciente infectado con los genotipos 2 o 3 del HCV responde mejor a la terapia que el infectado con los genotipos 1 o 4 que deberán recibir mayores dosis y por un período más prolongado.

Para el tratamiento de los pacientes con hepatitis crónica, actualmente se recomienda la terapia combinada de interferón α pegilado, asociado a Ribavirina.

La terapia no garantiza siempre la eliminación del HCV. Se administra por largos períodos y eventualmente pueden ocasionar efectos colaterales. En alrededor de un 60% de los casos se consigue la erradicación del virus, lo cual permite la mejoría de los procesos hepáticos de



inflamación y fibrosis y la mejoría clínica. El parámetro más importante para monitorear la terapia es el nivel de virus que se detecta en sangre con las pruebas NAT.

Se define como respuesta virológica sostenida a la ausencia de RNA del HCV detectable después de 24 semanas de la finalización de la terapia, lo cual se correlaciona - en la mayoría de los casos- con la erradicación del virus.

Dado que no existe aún una vacuna eficaz, la prevención de la infección por VHC consiste en evitar la exposición al virus. Entre otras medidas eficaces se incluyen: evitar compartir agujas y jeringas entre usuarios de drogas inyectables; autoexclusión de hemodonantes con riesgo y tamizaje serológico para HCV en bancos de sangre. En el caso de los trabajadores de la salud o empleados de la seguridad pública, evitar el contacto con sangre y adoptar normas y procedimientos generales de bioseguridad, métodos de protección de barrera, así como el manejo cuidadoso de agujas y otros objetos punzo-cortantes.

Bibliografía:

Contrib Nephrol. 2012; 176:1-9.

Hepatitis C: epidemiology, diagnosis, natural history and therapy.

Pol S, Vallet-Pichard A, Corouge M, et al.

Virology Journal. 2010; 7:296

Hepatitis C Treatment: current and future perspectives

Saira Munir, Sana Saleem, Muhammad Idrees, et al.

Hepatitis C.

María L. Minassian, Cintia W. Rivero, José R. Oubiña

En: Virología Médica. 4ta. Edición. Editores: Guadalupe Carballal y José Oubiña

Editorial "Corpus". 504-529. 2013.

MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2013 May 10;62(18):362-5.

Testing for HCV Infection: An Update of Guidance for Clinicians and Laboratorians

Jane P. Getchell, Kelly E. Wroblewski, Alfred DeMaria, et al.