



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

I-161 - AUSENCIA DE INMUNIDAD FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS A Y B ENTRE PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE HEPATITIS C (VHC)

K. Mohamed¹, M. Serrano¹, E. Sáez¹, A. Anoceto¹, J. Robaina¹ y R. Granados¹

¹Medicina Interna. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Objetivos: Conocer la susceptibilidad de los pacientes con infección crónica por virus de hepatitis C a contraer una infección por virus de hepatitis A o B.

Material y métodos: Diseño: estudio retrospectivo de la cohorte de pacientes tratados por VHC en medicina interna del H.U. de Gran Canaria Dr. Negrín entre marzo/2015-julio/2018. Pacientes: se incluyeron todos los tratados por VHC que aceptaron participar. Prevalencia de marcadores serológicos: se revisaron las historias y se recogieron los marcadores serológicos de VHA y VHB antes del inicio del tratamiento del VHC. Los pacientes con marcadores de VHB fueron clasificados como infección pasada (HBsAg negativo con AntiHBs y Anti-HBc positivos); infección activa (HBsAg positivo); anticore aislado (solo Anti-HBc positivo) o vacunados (anti-HBs positivo aislado).

Resultados: Fueron evaluados 422 pacientes. Disponían de serología de VHA el 78% (329/422) y de VHB el 97% (410/422). Respecto de los testados para VHA, estaban inmunes el 62,3% (271/329). Los mayores de 65 años tenían mayor prevalencia de inmunidad que los 65 años. (94,2% vs 80,1%; $p = 0,016$). De los 58 pacientes no inmunes, el 36% (21/58) tenían un grado de fibrosis avanzado (10, F3 y 11, F4). Respecto de los 410 testados para el VHB, tenían serología negativa el 79,7% (327/410), infección pasada el 18,3% (75/410) y anticore aislado el 2% (8/410). Ocho de los pacientes negativos estaban correctamente vacunados (antiHBs > 10 UI/L). El 50% de los no inmunes eran F3 (N = 63) o F4 (N = 96).

Discusión: La infección aguda por VHA o VHB puede ocasionar una hepatitis fulminante e incluso la muerte en pacientes con enfermedad hepática crónica subyacente. Además, se ha descrito un aumento del riesgo de reactivación del VHB durante el tratamiento con antivirales de acción directa del VHC. Por ello es vital determinar la serología del VHA y VHB en estos pacientes, que además difiere según el área geográfica, y en los casos necesarios, proceder a su vacunación. Sin embargo, en nuestra cohorte, antes del tratamiento del VHC, un 22% de los pacientes no habían sido testados para el VHA y un 2,8% no tenían serología de VHB lo que pone de manifiesto lagunas asistenciales de nuestro sistema que deben ser corregidas. Por otro lado, entre los testados, no estaban inmunes frente al VHA el 17,6% y frente al VHB el 77,8%. Además un elevado porcentaje de estos pacientes susceptibles a la infección por VHA o VHB presentaban enfermedad hepática con grados de fibrosis avanzada (F3 o F4), lo que les hace más vulnerables e incrementa el riesgo de descompensación o mala evolución en caso de sobreinfección por VHA o VHB. Por ello es importante la determinación sistemática de estas infecciones para evitar pérdidas de oportunidad para la vacunación. Nuestros resultados son similares a los encontrados por Da Silva en 1.000 pacientes con VHC en Brasil

(Annals of Hepatology 2016;15:691-5).

Conclusiones: En el momento de iniciar el tratamiento del VHC en nuestra cohorte: 1. Un 23% no disponían de serología de VHA. 2. Un elevado porcentaje eran susceptibles de sufrir una infección por VHA (el 13,5%) o por VHB (el 76%), lo que refuerza la importancia de la vacunación. 3. El 35% de los no inmunes al VHA y el 50% de los no inmunes al VHB tenían un grado de fibrosis avanzado (F3 o F4) y por tanto una mayor probabilidad de descompensación en caso de sobreinfección aguda.