



## I/H-19. - EXPERIENCIA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL FRENTE AL VHC EN UNA COHORTE DE PACIENTES COINFECTADOS VIH-VHC DEL SURESTE ESPAÑOL. PERIODO 1998-2014

F. Vera Méndez, O. Martínez Madrid, J. García García, M. Alcalde Encinas, A. Jimeno Almazán, B. Alcaraz Vidal, J. Trujillo Santos, J. García Henarejos

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia de pacientes coinfectados VIH-VHC que reciben tratamiento antiviral frente al VHC, así como el tipo régimen antiviral utilizado y el grado de eficacia clínica obtenido.

**Métodos:** Estudio de cohortes histórica de pacientes coinfectados VIH-VHC (periodo 1 enero 1998-30 de mayo de 2014) del área sanitaria de Cartagena en los que se analiza el tipo de tratamiento antiviral utilizado: 1) Monoterapia con interferón (INF) alfa no pegilado; 2) Biterapia con INF alfa no pegilado y ribavirina (RBV); 3) Biterapia con INF alfa pegilado y RBV; 4) Triple terapia con INF alfa pegilado, ribavirina y un antiviral activo directo (AAD) como boceprevir/telaprevir u otros AAD de segunda generación. Se analizó el tipo de respuesta antiviral definida como: 1) Paciente respondedor: se logra la erradicación del VHC o respuesta viral sostenida (RVS) a las 24 semanas de concluido el tratamiento antiviral (carga viral VHC indetectable o CV VHC < 15 UI/mL); 2) Paciente no respondedor: ausencia de RVS. En este grupo se describen varios tipos de ausencia de respuesta: 2.1) Respondedor parcial: se alcanza una bajada  $\geq 2$  logaritmos CV VHC (UI/mL) o CV VHC indetectable en semana 12 del tratamiento, y al final del tratamiento en semana 48 (24 en genotipos 3) se detecta repunte de CV VHC; 2.2) Sujeto recidivante: se alcanza respuesta viral en semana 12 y al final del tratamiento, pero a las 24 semanas de finalizar la terapia se detecta el VHC; 2.3) Respondedor nulo: no se alcanza el objetivo de CV VHC indetectable o bajada  $\geq 2$  Log CV VHC en semana 12 del tratamiento; 2.4) Intolerantes a INF: abandono del tratamiento antiviral por efectos secundarios a INF. Se analiza en esta serie, la tasa de RVS global de los tratamientos antivirales, así como la RVS asociada a triple terapia.

**Resultados:** Durante el periodo del estudio, 65 pacientes (32%) recibieron al menos un tratamiento antiviral frente al VHC. El tipo de tratamiento antiviral utilizado fue: 1) Biterapia con INF pegilado y RBV (N = 52; 25%); 2) Triple Terapia (N = 11; 5%); 3) Biterapia con INF no pegilado y RBV (N = 4; 2%) y 4) INF no pegilado (N = 4; 2%). En los sujetos que fueron tratados (N = 65) la RVS se alcanzó en 24 (37%) pacientes. En los pacientes con experiencia a triple terapia (N = 11), la RVS se logró en 7 casos (64%). En los pacientes sin RVS (N = 41; 63%) el tipo de ausencia de respuesta viral fue: 1) Respondedores parciales (N = 22; 54%); 2) Recidivantes (N = 8; 19%); 3) Intolerantes a INF (N = 6; 15%) y 4) Respondedores nulos (N = 5; 12%). En nuestra serie, 12 pacientes (5.9%) están recibiendo

tratamiento antiviral desde el 1 de enero de 2013 a 30 de mayo de 2014, siendo en los 12 casos (100%) con triple terapia.

*Discusión:* Las bajas tasas de respuesta a los tratamientos antivirales basados en biterapias están condicionando en la actualidad a que exista un cambio de escenario en los tratamientos frente al VHC. Con la reciente irrupción de la triple terapia (INF pegilado-RBV-inhibidor de la proteasa) se están logrando tasas más elevadas de RVS (65-75%) en pacientes coinfectados VIH-VHC con genotipo 1.

*Conclusiones:* Una baja proporción de pacientes coinfectados recibieron durante el periodo del estudio tratamiento antiviral frente al VHC. Los tratamientos más utilizados en nuestra serie histórica se basaron en la biterapia (INF pegilado-RBV) seguido a distancia de la triple terapia. La tasa de RVS global a los tratamientos antivirales utilizados fue baja (37%), aunque en pacientes que recibieron triple terapia se incrementó esta tasa de forma significativa. En sujetos no respondedores, la respuesta parcial y la recidiva fueron las causas de fracaso virológico más frecuente en nuestra cohorte. Todos los pacientes que siguieron una terapia antiviral en el último periodo del estudio analizado (2013-2014) se basaron en el régimen de triple terapia.