

Situación actual y futuro de la infección por virus de hepatitis C

Rosela Páez

Gastroenterólogo

Centro Médico Dr. Rafael Guerra Méndez, Valencia, Carabobo, Venezuela.

Se estima que aproximadamente 180 millones de individuos de la población general están infectados con el virus de hepatitis C (VHC)1 y su prevalencia es variable entre los diferentes países.

Antes de su caracterización en el año 1989, la principal vía de transmisión era a través de transfusiones sanguíneas y con el desarrollo de pruebas serológicas de inmunoensayo enzimático, por su alta sensibilidad y especificidad, permitió disminuir el riesgo de transmisión por esta vía. Existen otras fuentes como la exposición percutánea repetida, como son: compartir agujas entre drogadictos, tatuajes, piercing, pinchazos accidentales y procedimientos cosméticos. Sin embargo, aún existe un grupo de pacientes infectados en el cual no se logra identificar el mecanismo de transmisión.

La historia natural de la infección por VHC en su forma aguda es asintomática en la mayoría de los casos, fallas en erradicar la infección espontánea evoluciona a la infección crónica; que puede progresar según factores relacionados con la edad, sexo, enfermedades asociadas, consumo de alcohol y co-infección con otros virus, a cirrosis hepática (CH) y carcinoma hepatocelular (CHC).

Se estima que la muerte relacionada a complicaciones de la CH puede ocurrir en aproximadamente 4% anual, mientras que el CHC en esta población ocurre entre 1% a 5% anual.²

Para el diagnóstico de la infección por VHC se dispone de pruebas serológicas para la detección de anticuerpos y de ARN-VHC, además de contar con métodos para evaluar la severidad de fibrosis a través del estudio histológico y otros menos invasivos como marcadores serológicos de fibrosis y elastografía hepática, que permite decidir la conducta a seguir. Lo más reciente, es el estudio de la genética del huésped, polimorfismo del gen IL28B, útil para identificar la probabilidad de respuesta al tratamiento antiviral.

La principal meta del tratamiento es eliminar el virus circulante, siendo indetectable por métodos de biología molecular, lo cual indica resolución de la enfermedad y por lo tanto, curación de la infección. Esto lleva a una disminución del riesgo de desarrollar CH y sus complicaciones, y en aquellos con cirrosis establecida, disminuye el riesgo de CHC.

A pesar de que se ha avanzado en el conocimiento de los aspectos relacionados a su epidemiología, historia natural de la enfermedad, métodos para su detección y tratamiento a través de nuevas drogas, algunas de las cuales están en fase clínica, todavía no se ha logrado erradicar la infección y sigue siendo un problema de salud pública mundial que afecta a millones de personas y causa enfermedad, discapacidad y muerte.

Los estudios realizados sobre casuística, como lo reportado en el artículo de esta edición, nos permite conocer la prevalencia de anticuerpos Anti-VHC para así detectar aquellos que requieran tratamiento. En este trabajo determinaron que en cinco años se obtuvo en su muestra un 87,9% (160/179) casos con ARN-VHCV positivos, 39% eran genotipo 1 y con un promedio de edad de 50,5 años.³

Para la determinación de la prevalencia del VHC se han presen-

tado muchas dificultades, ya que la mayoría de los países reportan sus datos de poblaciones de bajo riesgo, como los bancos de sangre. En el estudio de Perazzo y col,³ el 55,3% eran referidos de otros centros. Se pudiera deducir que existen otros factores de riesgo, como infección nosocomial, que jugaría un papel en el mecanismo de transmisión del virus.

Estudios previos a ese quinquenio,^{4,5} reportaron una prevalencia que osciló entre 1,3% a 2,1%, identificándose como factores de riesgo significativos: transfusiones sanguíneas, procedimientos odontológicos y cirugías previas, en los cuales se utilizaron cuestionarios para identificar de manera más específica los factores de riesgo.

En América Latina, a través de estudios multicéntricos,^{6,7} al analizar las características epidemiológicas en diferentes países, se observó que el 64% el anti-VHC, fue detectado por presentar síntomas o signos que indujeron a la determinación del VHC y el 22% por hallazgo casual en banco de sangre o pesquisa seroepidemiológica. En relación al factor de riesgo, existen grupos donde la infección nosocomial, tatuajes, procedimientos cosméticos y odontológicos juegan un papel importante, a diferencia de países como Estados Unidos y de Europa, en donde la vía transfusional y uso de drogas son los factores más frecuentes. Se estima que 6.8 a 8.9 millones de adultos son seropositivos para VHC en América Latina y aproximadamente 2 millones de individuos estarán infectados por el VHC para el 2021 en Estados Unidos.

En conclusión, como lo expresa en los artículos revisados la situación actual del VHC es compleja, ya que existe mucha dificultad para determinar su prevalencia, y esto es debido a que la mayoría de los países reportan sus datos de poblaciones poco representativas. Es una epidemia silenciosa, por lo que se necesita sensibilizar a todos para crear campañas de vigilancia, prevención y control de las infecciones para disminuir la fuente de infección, con el objeto de erradicar al virus que nos puede afectar a todos.

Referencias bibliográficas

1. Ghany M, Strader D, Thomas D, Seeff L. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: An update. *Hepatology* 2009;49(4):1335-1374.
2. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of Hepatitis C Virus Infection. *J Hepatol* 2011;55:245-264.
3. Perazzo R, Quijada O, Velásquez I. Infección por el virus de hepatitis C. Consulta de hígado Hospital Miguel Pérez Carreño. Análisis descriptivo quinquenio 2007-2011.
4. Páez R, León R, Aparcero M, Zuramay C, Ruiz M, Vera N. Prevalencia del virus de hepatitis C y factores de riesgo asociado en el personal de salud del Hospital IVSS Dr. Miguel Pérez Carreño. *GEN* 2002;56(4):218-222.
5. León R, Gamboa A, Quiroz E, Hinestrosa H, Lecuna V, Garassini M y col. Seroprevalencia de anticuerpos antiviral de hepatitis C en trabajadores de la salud y empleados de instituciones sanitarias en Venezuela. Informe preliminar. *GEN* 2003;57:E12-E17.
6. Grupo ALGE para el Estudio de las Hepatitis Virales Hepatitis C: Perfil clínico. Estudio multicéntrico internacional. *GEN* 1998;52(2): 90-95.
7. Kershenovich D, Razavi H, Sanchez-Avila J, Bessone F, Coelho H, Dagher L. Trends and projections of hepatitis C virus epidemiology in Latin America. *Liver Int* 2011;31(2):18-29.