

## Metanfetamina y VHC - 2ª Parte

■■■  
Alan Franciscus, Redactor jefe

Por desgracia, existen muy pocas investigaciones sobre la metanfetamina y la hepatitis C. En este artículo describiré dos de los estudios más grandes: el primero se titula “La Hepatitis C aumenta la disfunción cognitiva asociada a la infección por el VHC y la metanfetamina”, de M. Cherner y cols.,<sup>1</sup> y el segundo es uno de los estudios más grandes hasta la fecha sobre la metanfetamina y el VHC, “La infección con el virus de la hepatitis C entre sujetos dependientes de la metanfetamina tratados en consultas externas”, de Rachel Gonzales y cols.<sup>2</sup>

En el primer estudio, Cherner y colaboradores inscribieron a 430 hombres y mujeres que estaban participando en el proyecto Efectos NeuroSIDA de la metanfetamina, de la Universidad de San Diego. Los participantes procedían de programas de desintoxicación y de la comunidad de San Diego. Los candidatos potenciales fueron excluidos si cumplían el criterio de adicción a cualquier otra droga, excepto el cannabis o el alcohol (debido a la elevada prevalencia de consumo de estas drogas entre la población que toma metanfetamina). No obstante, se excluyó a las personas que hubieran mostrado dependencia del alcohol o alcoholismo de larga duración en los 12 meses previos al estudio. El objetivo principal de este estudio era examinar el papel del VIH y la dependencia de la metanfeta-

tamina sobre la función neurocognitiva (alteraciones del pensamiento y de la función cerebral). El ensayo no trató de inscribir activamente a participantes VHC positivos, pero una vez que finalizó el período de admisión, se realizó la prueba de la hepatitis C a los sujetos, y los porcentajes de VHC fueron los siguientes:

- El 37% entre los consumidores de metanfetamina que eran VIH positivos
- El 28% entre los consumidores de metanfetamina que eran VIH negativos
- El 7% entre los participantes que eran VIH positivos pero no consumían metanfetamina
- El 2% entre los participantes que no consumían metanfetamina y eran VIH negativos

Además, se observó que los sujetos VHC positivos “eran ligeramente mayores, tenían un nivel de estudios algo más bajo, habían sido diagnosticados en mayor proporción con dependencia episódica del alcohol y tenían indicadores elevados de función hepática”.

En el segundo estudio de Gonzales y colaboradores, el objetivo del ensayo era evaluar la relación entre el consumo de metanfetamina y la prevalencia de hepatitis C. Se admitió a 723 sujetos dependientes de la metanfetamina que buscaron tratamiento en centros de consultas externas entre 1999 y 2005. Los centros

### EN ESTE NÚMERO



<b>Consejos de Salud:</b> <i>La risa, remedio infalible.....</i>	<b>3</b>
<b>Calidad de vida disminuida .....</b>	<b>4</b>
<b>Informe de la Conferencia sobre Retrovirus.....</b>	<b>5</b>
<b>Donación de órganos.....</b>	<b>7</b>
<b>Manifestaciones Extrahepáticas:</b> <i>Lupus eritematoso sistémico.....</i>	<b>8</b>

de tratamiento fueron 10 programas de consultas externas repartidos por los Estados Unidos, en los estados de California del Norte y del Sur, Iowa, Hawai, Missouri, Montana y Texas. La información sobre el consumo de metanfetamina y el seroestado de VHC se obtuvo de los registros recopilados en cada uno de esos programas de tratamiento.

Las características del grupo de estudio fueron: el 56% eran hombres, el promedio de edad era de 34,5 años, el 71% eran blancos, el 12% hispanos, el 11% asiáticos o de las islas del Pacífico, el 2% afroamericanos, el 2% nativos americanos y el 3% tenían otro origen étnico.

La vía de administración declarada por los consumidores de metanfetamina fue: fumada (66%), inyectada (20%) e intranasal o esnifada (14%). El promedio de tiempo de consumo de metanfetamina a lo largo de la vida fue de 9,69 años (± 6,8).

sigue en la pág 2

## METANFETAMINA

viene de la pág 1

Los investigadores hallaron que cerca del 15% de todos los participantes eran VHC positivos; al desglosarlo por modo de transmisión, se observó que el 44% de quienes se inyectaban la droga eran VHC positivos, en contraste con el 12% de quienes la usaban por vía intranasal (esnifada) y el 7% de quienes la fumaban.

Esta prevalencia más elevada de VHC entre los sujetos que se inyectaban la droga coincide con la literatura médica publicada hasta la fecha. La prevalencia de VHC entre las personas que no se inyectan la droga también está en línea con los estudios previos que han hallado un riesgo de adquirir el VHC mediante otras prácticas de consumo. Asimismo, los autores señalaron que podría haber otros factores que influyeran en la tasa de VHC en su estudio entre los sujetos que se inyectaban y los que no, tales como tatuajes, perforaciones, uso compartido de equipo para drogas y sexo de alto riesgo. Aun así, este estudio arroja cierta luz sobre la conexión entre el VHC y el consumo de metanfetamina, y esperamos que dé lugar a más estudios centrados en la metanfetamina y la hepatitis C que puedan ayudar a definir los mensajes necesarios para prevenir la transmisión del VHC entre los consumidores de metanfetamina.

### Bibliografía

1. Cherner M, Letendre S, Heathon RK, et al. Hepatitis C augments genitive deficits associated with HIV infection and methamphetamine. *Neurology*. Apr 26 2005; 64(8):1343-1347

2. Gonzales R, Marinelli-Casey P, Shoptaw S, Ang A, Rawson RA. Hepatitis C virus infection among methamphetamine-dependent individuals in outpatient treatment. *J Subst Abuse Treat*. Sep 2006;31(2):195-202.

## DISFUNCIÓN NEUROCOGNITIVA

En su estudio, Cherner y cols.1 hallaron que el VHC era un factor pronóstico importante de disfunción neuropsicológica (NP), muy por delante de la infección por el VIH y la dependencia de la metanfetamina (META).

### Esto fue lo que observaron:

**Infección por el VHC:** se hallaron trastornos en la función NP global y en áreas NP específicas como el aprendizaje, la capacidad de abstracción y la destreza motora, con énfasis en el procesamiento rápido de la información y en la memoria a largo plazo. La infección con hepatitis C *no* predijo las puntuaciones en los apartados de atención/memoria a corto plazo ni en la fluidez verbal.

**Infección por el VIH:** se observaron alteraciones en la función NP global y en áreas NP específicas como el aprendizaje, la memoria a largo plazo y el procesamiento rápido de la información, con énfasis en la atención/memoria a corto plazo y en la habilidad motora.

**Dependencia de la metanfetamina:** se observaron alteraciones en la función NP global y en áreas NP específicas como el aprendizaje, la memoria a largo plazo, la atención/memoria a corto plazo y la habilidad motora, con énfasis en la capacidad de abstracción.

Los autores concluyeron que “las observaciones del estudio actual son congruentes con la hipótesis de que la infección por el VHC tiene un efecto adverso independiente sobre la función NP, y los efectos del VHC, del VIH y del consumo de META son aditivos”.

## Las Siete Ventajas de Practicar Actividad Física con Regularidad

1. Mejora el sistema cardiovascular y respiratorio
2. Mantiene fuertes los huesos y los músculos
3. Controla el peso
4. Previene y controla la diabetes
5. Alivia la depresión y reduce el dolor y el estrés
6. Disminuye el riesgo de sufrir ciertos tipos de cáncer
7. Favorece el sueño

Fuente: [www.mayoclinic.com](http://www.mayoclinic.com)

### Datos curiosos

- Los seres humanos producen entre 1 y 3 pintas de saliva al día (casi 1 litro); eso supone alrededor de 25.000 litros a lo largo de la vida.
- Un hombre normal consume aproximadamente 50 toneladas de comida a lo largo de su vida para mantener un peso de 150 libras (68 kg)
- La comida tarda alrededor de 12 horas en ser digerida por completo.
- El intestino delgado mide cerca de 22 pies (6,7 metros)
- El intestino grueso tiene una longitud aproximada de 5 pies (1,5 metros)
- El estómago de una vaca tiene cuatro compartimentos: el rumen, el retículo (zona de almacenamiento), el omaso (donde se absorbe el agua) y el abomaso (el único compartimento con jugos digestivos).
- El estómago puede producir y segregar entre 2 y 3 litros de ácido gástrico al día.

# Consejos de Salud:

## *La risa, remedio infalible*



Lucinda Porter, Enfermera titulada

Desde el año 1998, el tema de todos los artículos de la sección *Consejos de Salud*, excepto cuatro, ha sido el humor. Uno de los otros cuatro artículos se centró en la memoria, que para mí es motivo de risa también. El humor me parece algo tan importante que lo incluyo cuando escribo artículos para promover la salud en el Hepatitis C Support Project.

He estudiado el efecto de la risa sobre el sistema inmunitario. He asistido a seminarios de educación continua sobre este tema. Uno de los cursos más memorables que he tomado fue dirigido por una enfermera de cuidados intensivos que tenía el título de payasa. Trabajaba con Patch Adams, el médico, payaso y ayudante humanitario interpretado por Robin Williams en la película *Patch Adams*. La directora de ese seminario también había trabajado con Norman Cousins. Edward Asner dirigió la versión televisiva del libro de Cousins *Anatomy of an Illness (Anatomía de una enfermedad o La voluntad de vivir)*.

Cousins describía la risa como “el jogging interior”. Antes de su muerte, acaecida en 1990, se sirvió del humor para tratar dos graves enfermedades que padeció. Cousins convirtió su experiencia personal en una forma de arte médico. Trabajó en un hospital y allí encargaba al personal una tarea diaria: aprendan un nuevo chiste y cuéntenselo a los pacientes y a sus compañeros de trabajo. En lugar de recomendar una fruta al día, él solía decir: “un chiste al día, el médico te ahorraría”.

Quizás una buena risa al día no nos evite la visita al médico, pero seguro que hace la vida más llevadera. El humor nos ayuda a expresar los temas más intocables. Peter Ustinov afirmaba que “la comedia es simplemente un modo divertido de ponernos serios”.

La verdad es que la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) no es nada divertida. El diagnóstico inicial es especialmente duro de llevar. Sin embargo, vivir con esta infección puede dar infinitas oportunidades para divertirse. Cuando más me río con el VHC es cuando voy a grupos de apoyo con otras personas que están aprendiendo a vivir y a reírse con esta enfermedad. Aunque la gran mayoría de los afec-

tados mueren por motivos diferentes a la hepatitis C, entre diez y doce mil personas fallecen a consecuencia del VHC. Incluso postradas en la cama, he visto a muchas personas reírse hasta en las últimas etapas de la insuficiencia hepática. La gente que muere con una sonrisa dibujada en la cara parece hacerlo con gracia y dignidad. Esto fue expresado muy elocuentemente por Anne Lamott, cuando dijo “La risa es una santidad carbonatada”.

Reba McEntire señaló, “Para tener éxito en la vida, necesitamos tres cosas: el hueso del deseo, el espinazo y el hueso de la risa”. Para ayudarnos a encontrar el hueso de la risa, termino este artículo con lo que describo como *cosas que no querría oírle decir a su médico hepatólogo*:

“¡¡¡¡Que tiene hepatitis C ¿desde HACE CUÁNTO TIEMPO?!!!!”

“Dice que ha donado usted ¿cuántos litros de sangre?”

“¿Podría usted parar esa cosa que late? Es que no puedo concentrarme con tanto ruido”

“¡Vaya, seguro que nunca ha visto algo como esto!”

“¿Dónde dice que se inyectó el interferón?”

“Se suponía que tenía que tomar esas pastillas dos veces al día, no sólo dos veces”

“Las instrucciones de la inyección ponían una vez a la semana, no una vez al día”

“El fabricante suspendió el fármaco que usted ha estado tomando”

*Cosas que no desearía oír durante una biopsia hepática:*

“Uy, volví a fallar”

“No se preocupe, siempre tiemblo un poco por las mañanas antes de tomar mis dos primeros tragos”

“Espere un minuto, si esto es el hígado, ¿entonces

sigue en la pág 4

## LA RISA

viene de la pág 3

## Calidad de vida disminuida

qué es eso?”

“Vaya, me revienta que las agujas no estén bien afiladas”

“Lo siento, llego tarde. Anoche me acosté muy tarde, esta mañana tuve una discusión con mi esposa...y luego me encuentro la cafetera averiada, así que no he podido tomarme el café de la mañana”

“Maldición, no soporto que falte una página del manual”

“Enfermera, pásame ese como se llame”

“Humm, me pregunto cuánto tiempo estará cortada la electricidad esta vez”

“Yo pensaba que el hígado estaba en el lado izquierdo. Cómo me fastidia confundir el corazón con el hígado”

Y por último, una cosa que de verdad me pasó antes de someterme a mi primera biopsia hepática: “Qué fastidio, me dejé las lentes en la consulta”

**Para leer más sobre la risa:**

Patch Adams [www.patchadams.org](http://www.patchadams.org)

Comedy Central A Joke a Day [jokes.comedycentral.com/joke\\_of\\_day.aspx](http://jokes.comedycentral.com/joke_of_day.aspx)

Cousins, Norman: *Anatomy of an Illness*, Bantam Books (*Anatomía de una enfermedad o La voluntad de vivir*, Ed. Kairós)

Lamott, Anne *Plan B: Further Thoughts on Faith*, Riverhead Books

Laughter Heals Foundation (Fundación La risa cura) [laughterheals.org](http://laughterheals.org)



Alan Franciscus, Redactor jefe

Es bien sabido que las personas con hepatitis C tienen peor calidad de vida que quienes no tienen hepatitis C. Sin embargo, ¿reduce la hepatitis C la calidad de vida (CDV) en las personas que conservan las enzimas a un nivel normal de forma persistente? Recientemente se ha publicado un estudio titulado “Impaired health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C and persistently normal aminotransferase levels” (Calidad de vida disminuida en pacientes con hepatitis C crónica y concentraciones de aminotransferasa persistentemente normales) que se concentra precisamente en esta cuestión.

En este estudio, Von Wagner y colaboradores evaluaron a 165 pacientes con hepatitis C: de ellos, 45 sujetos tenían el VHC y la aminotransferasa persistentemente normal (APN), 70 tenían el VHC y la aminotransferasa elevada, y 50 pacientes estaban sanos (grupo de control). Se determinaron los estados emocionales y psicológicos mediante el Perfil de Estados Anímicos (POMS) y se valoró la calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario sobre “Vida Cotidiana” (EDLQ), un método validado que tiene relación con la Encuesta sobre la Salud SF-36. La edad y el sexo eran similares en los grupos de estudio. No obstante, en comparación con el grupo que tenía VHC y la aminotransferasa elevada, entre los participantes con APN había una proporción más alta de mujeres, de pacientes infectados durante más tiempo, con menos actividad inflamatoria y menos progresión a fibrosis.

El estudio halló que, comparados con los participantes del grupo de control, los pacientes con la APN tenían una puntuación más alta de depresión y enojo y una puntuación notablemente más baja en autoestima, ganas de vivir, relación con su pareja y confianza en su imagen personal. No se observaron diferencias entre los dos grupos con el VHC excepto en el hecho de que el grupo con la APN tenía un grado de enojo más alto que el de los pacientes con la aminotransferasa elevada. Los autores declararon que “[n]o se encontró relación alguna entre la calidad de vida y la gravedad de la enfermedad hepática” y concluyó que “[l]a disminución de la CDV por la infección crónica con el VHC es similar en los pacientes con la APN y los que tienen la aminotransferasa elevada”.

*“el grupo con la APN tenía un grado de enojo más alto que el de los pacientes con la aminotransferasa elevada.”*

**Bibliografía:**

Von Wagner M et al. Impaired health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C and persistently normal aminotransferase levels. *J Viral Hepat* 2006 Dec; 13:828-34.

# Informe de la Conferencia sobre Retrovirus



Liz Highleyman

La 14ª Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, celebrada este año en Los Ángeles del 21 al 28 de febrero, presentó numerosas ponencias centradas en las coinfecciones con el VIH/VHC y con el VIH/VHB.

## INFECCIÓN AGUDA POR EL VHC

En los últimos años, se han constatado varios brotes de infección aguda por el VHC transmitida aparentemente por vía sexual entre hombres homo y bisexuales de varias ciudades británicas y europeas y, en la mayoría de los casos, los afectados eran VIH positivos. En esta reciente conferencia, Martin Fisher y colaboradores de Brighton (*resumen 130*) revelaron que estas infecciones también se producen entre hombres VIH negativos que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Los investigadores hicieron la prueba del VHC a cerca de 4.000 pacientes en su clínica de VIH/enfermedades de transmisión sexual (ETS) desde el año 2000. Identificaron 25 nuevos casos de infección por el VHC (3,6 por 1.000 personas-años en 2006), de los cuales 16 eran hombres VIH positivos, 5 eran hombres VIH negativos y 4 eran hombres con seroestado de VIH desconocido. La tasa de infección aguda por el VHC aumentó desde cero durante 2000-2002 a 13 en el año 2006. Los nuevos diagnósticos de VHC se relacionaron con la práctica del “fisting” (inserción del puño en el ano), la penetración anal sin protección, la

promiscuidad sexual, otras ETS y el consumo de drogas no inyectables. Aunque los hombres VIH positivos fueron diagnosticados con hepatitis C aguda en una proporción 13 veces más alta, el informe ilustra que las personas VIH negativas también están en situación de riesgo, y subraya la necesidad de mejorar los esfuerzos de prevención.

Otra de las ponencias mostró que los sujetos VIH positivos con infección aguda por el VHC pueden experimentar una rápida progresión de su enfermedad hepática. Daniel Fierer y cols., de la Escuela de Medicina Monte Sinaí (*resumen 889*) realizaron biopsias de hígado a cinco hombres VIH positivos de Nueva York que tenían relaciones sexuales con otros hombres y se habían infectado recientemente con el VHC. Cuatro de estos pacientes tenían fibrosis portal moderada (etapa 2), a pesar de llevar muy poco tiempo infectados con el VHC. Todos resultaron negativos a las pruebas de hepatitis A y B, negaron que abusaran del alcohol, y no tenían otras causas aparentes que explicaran su fibrosis hepática. A pesar de que los estudios realizados hasta la fecha han mostrado que la fibrosis hepática progresa con más rapidez en los sujetos coinfectados con el VIH/VHC — de los cuales la mayoría se infectaron primero con el VHC — este estudio sugiere que la progresión puede acelerarse aún más en las personas que ya son VIH positivas cuando adquieren el VHC.

## INTERACCIÓN DEL VHC Y EL VIH

No se comprenden bien los motivos de esta mayor rapidez en

la progresión de la enfermedad hepática entre los pacientes coinfectados con el VIH/VHC, pero una ponencia presentada por F. Yue y cols., de la Universidad de Toronto (*resumen 133*) sugirió una posible explicación. Tras realizar biopsias a 6 sujetos mono infectados con el VHC y a 14 coinfectados con el VHC/VIH, hallaron que, aunque ambos grupos tenían concentraciones similares de linfocitos T CD4 y CD8 específicos del VHC, los pacientes coinfectados tenían también linfocitos T específicos del VIH, lo cual aumenta la producción de interferón-gamma y TNF-alfa, dos citocinas que potencian la inflamación y la fibrogénesis.

Las investigaciones previas han obtenido datos contradictorios sobre la influencia del VHC en la progresión de la enfermedad por el VIH. N. Gwamzi y cols. (*resumen 921*) señalaron que, después de seis meses de terapia antirretroviral, un grupo de pacientes de Kenia que consumían drogas no inyectables tenían niveles similares de linfocitos CD4 y la misma proporción de carga viral indetectable tanto si estaban mono infectados con el VIH como si estaban coinfectados con el VIH/VHC, lo cual contradice a varios estudios anteriores que muestran que la coinfección conlleva una recuperación inmunológica más lenta cuando se empieza a tomar la TARGA.

S. Resino y cols. (*resumen 935*) observaron que el tratamiento antirretroviral reduce la velocidad de progresión de la fibrosis en puente y de la cirrosis entre los pacientes coinfectados con el VIH/VHC. En un estudio parecido, José García García y cols. (*resumen 934*) hallaron que la velocidad total de progresión clínica de la enfermedad hepática era relativamente baja

sigue en la pág 6

## RETROVIRUS

viene de la pág 5

entre los pacientes coinfectados, pero que la menor proporción de incrementos en los linfocitos CD4 después de empezar con la TARGA era un factor pronóstico de la aparición de episodios clínicos de tipo hepático. Andri Rauch y cols. (*resumen 925*) indicaron que la carga viral del VHC era significativamente más alta en las personas coinfectadas con una concentración baja de linfocitos CD4 en su Cohorte Suiza sobre el VIH, pero se desconoce la importancia clínica de este dato.

## TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN LOS PACIENTES COINFECTADOS

Raymond Chung, del Hospital General de Massachusetts (*resumen 162*) presentó un análisis general del tratamiento de la hepatitis C en pacientes coinfectados con el VIH/VHC. Teniendo en cuenta las decepcionantes tasas de respuesta y los efectos adversos derivados de los tratamientos actuales, y la esperanza de encontrar nuevos compuestos entre los fármacos experimentales que atacan directamente al VHC, concluyó que la decisión de comenzar el tratamiento de inmediato o esperar a que se aprueben nuevos medicamentos depende de una gran variedad de factores personales, como la experiencia previa con terapias de interferón, la carga de ARN del VHC y la etapa de la enfermedad hepática en cada sujeto.

Varias ponencias se centran en los tratamientos contra el VHC diseñados a medida y en los factores que pronostican la respuesta terapéutica en los pacientes coinfectados. José Mira y cols. (*resumen 891*) confirmaron que la respuesta virológica rápida, o ARN

del VHC indetectable cuatro semanas después de haber iniciado un tratamiento con interferón, es un factor pronóstico fiable de respuesta virológica sostenida (RVS) en los pacientes coinfectados; D. O'Shea y cols. (*resumen 894*) presentaron resultados similares. Sin embargo, Mamta Jain y cols. (*resumen 895*) hallaron que los descensos más acusados de ARN del VHC en las dos primeras semanas de tratamiento también eran factor pronóstico de RVS, lo que podría impulsar la decisión de continuar el tratamiento incluso antes.

En su análisis de las dosis y duración de la terapia, Pablo Barreiro y cols. (*resumen 901*) observaron que el principal determinante de respuesta virológica era una concentración plasmática elevada de ribavirina (de al menos 2,1 mcg/ml), lo que sugiere que las dosis en función del peso corporal son mejores que las dosis fijas. Marina Núñez y cols. (*resumen 899*) declararon que, en el ensayo clínico español PRESCO, el hecho de prolongar la duración de interferón pegilado más ribavirina hasta 12 meses entre los portadores de los genotipos 2/3 o hasta 18 meses en el caso de los pacientes con los genotipos 1/4, no reduce el riesgo de recaídas después de haber finalizado la terapia.

En otra ponencia sobre el ensayo PRESCO, Vincent Soriano y cols. (*resumen 905*) concluyeron que las tasas de RVS más elevadas observadas en este estudio frente a las que se obtuvieron en otros ensayos previos sobre coinfección — del 35% en los genotipos 1/4 y del 72% en los genotipos 2/3 — pueden atribuirse a que los participantes de este ensayo tenían un mayor número de CD4 (por encima de 300 linfocitos/mm<sup>3</sup>), tomaron dosis de ribavirina más altas (1000-1200 mg/día), evitaron el ddI y usaron de forma más limitada AZT (que,

al igual que la ribavirina, puede provocar anemia).

Con respecto a la terapia antirretroviral, José Mira y cols. (*resumen 898*) señalaron que los pacientes coinfectados que tomaron tratamientos TARGA con tenofovir o d4T más 3TC lograron la RVS en mayor proporción que quienes tomaron otros inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa. Firouze Bani-Sadr y cols. (*resumen 897*) observaron que el uso de abacavir estaba asociado a una menor probabilidad de alcanzar la respuesta virológica sostenida, lo que posiblemente se deba a una interacción negativa entre el abacavir y la ribavirina.

Paola Nasta y cols. (*resumen 896*) señalaron que las puntuaciones de resistencia insulínica HOMA-IR más altas estaban asociadas a una tasa más baja de respuesta virológica. En una ponencia del mismo tipo, Dominique Salmon y cols. (*resumen 917*) declararon que la resistencia insulínica estaba también asociada a un grado de fibrosis más avanzado.

## PRUEBAS NO INVASIVAS PARA DETERMINAR LA FIBROSIS

En el campo del control no invasivo de la fibrosis hepática, David Thomas, de la Universidad Johns Hopkins (*resumen 161*), presentó un análisis general de las pruebas existentes frente a la biopsia hepática. Aunque las pruebas de biomarcadores actuales dejan mucho que desear, Thomas resaltó que la propia biopsia está sujeta a errores, y sugirió que “quizás los médicos deberían considerar otros métodos no invasivos para valorar la urgencia de iniciar el tratamiento contra el VHC”.

Los distintos estudios sobre varias pruebas no invasivas han

sigue en la pág 7

## RETROVIRUS

viene de la pág 6

arrojado resultados contradictorios. Mientras D. Núñez y cols. (*resumen 916*) concluyeron que “los marcadores serológicos de fibrosis hepática pueden pronosticar con una fiabilidad muy elevada episodios adversos hepáticos en sujetos infectados con el VHC tanto si tienen coinfección con el VIH como si no”, Norah Shire y cols. (*resumen 914*) hallaron que “los modelos actuales para evaluar la fibrosis tienen una capacidad discriminadora muy baja en los pacientes coinfectados con el VHC/VIH”. Patrice Cacoub y cols. (*resumen 909*) confirmaron el consenso general de que los biomarcadores no invasivos son bastante buenos para distinguir entre la fibrosis avanzada o la cirrosis y la ausencia de fibrosis o la fibrosis leve, pero no funcionan tan bien para distinguir entre las etapas intermedias. Salvador Vergara y cols. (*resumen 910*) llegaron a

una conclusión similar respecto al método de elastometría transitoria FibroScan.

### ENTECAVIR, ACTIVO CONTRA EL VIH

Por último, si nos centramos en otro tipo de coinfección, la del VHB/VIH, Chloe Thio y cols. (*resumen 136LB*) señalaron que el fármaco para el VHB entecavir (Baraclude) parece tener actividad también contra el VIH y puede seleccionar las mutaciones que ponen en peligro la eficacia del tratamiento antirretroviral. Varios compuestos para el VHB aprobados y en fase de investigación son activos tanto contra el VIH como contra el VHB. Puesto que antes se pensaba que el entecavir sólo era activo contra el VHB, a menudo se recomendaba para pacientes coinfectados con el VIH/VHB que todavía no necesitaban la TARGA. El equipo de Thio identificó a tres pacientes de este tipo que mostraron descensos de la carga viral del VIH después

de tomar entecavir, lo que indica que este fármaco también es activo contra el VIH. Después confirmaron la actividad del entecavir contra el VIH en pruebas de laboratorio, y observaron que este medicamento provocaba la aparición de la mutación M184V, que confiere resistencia al 3TC (aprobado para tratar el VIH y el VHB) y a la emtricitabina (aprobada para tratar el VIH). A la luz de estos resultados, la Agencia Estadounidense del Medicamento y la compañía farmacéutica Bristol-Myers Squibb notificaron a los profesionales de la salud en febrero que están revisando el prospecto de entecavir para reflejar los nuevos datos.

**Para consultar los resúmenes y presentaciones con carteles de la Conferencia sobre Retrovirus de 2007, visite <http://www.retroconference.org/2007>.**



## DONACIÓN DE ÓRGANOS

El Presidente y el Congreso han declarado abril como el Mes Estadounidense para la Donación de Vida. Este mes se dedicará a aumentar la conciencia entre la población sobre la necesidad de donar órganos. Existe una enorme necesidad de órganos. La mayoría de los estados de los EE.UU. tienen registros de donantes. Los estados sin registros oficiales y no señalados en ediciones previas de la revista *The Advocate* son Arkansas, Hawaii, Maine, Maryland, Massachusetts, Mississippi, New Hampshire, New Jersey, North Dakota, Oregon, Rhode Island, Tennessee, Vermont y West Virginia. Puerto Rico tampoco cuenta con un registro de donantes. **Pero en esos estados y territorios sin registros oficiales también pueden donarse órganos.** Los residentes de esos lugares pueden indicar sus preferencias en su permiso de conducir o en su carné de identidad estatal cuando los soliciten o los renueven. Es conveniente que además comuniquen a sus seres queridos su deseo de donar órganos. Se puede descargar una tarjeta de notificación familiar en: [www.donatelife.net/CommitToDonation/notify\\_form.pdf](http://www.donatelife.net/CommitToDonation/notify_form.pdf)

Las personas que viven con el VHC también pueden donar sus órganos. La decisión de utilizar esos órganos se hace caso por caso. Celebre el Mes Estadounidense para la Donación de Vida pidiéndole a su familia que done sus órganos cuando usted fallezca. Y pida a sus familiares y amigos que se unan a usted ofreciendo también este regalo que puede salvar muchas vidas.

Donate Life America [www.donatelife.net/index.php](http://www.donatelife.net/index.php)

# Manifestaciones Extrahepáticas: *Lupus eritematoso sistémico*



Alan Franciscus, Redactor jefe

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad que puede provocar inflamación y lesiones en distintas partes del organismo. El lupus puede afectar a cualquier parte del cuerpo, pero se presenta en mayor medida en las articulaciones, la piel, los riñones, el corazón, los pulmones, la sangre y el cerebro. Se trata de una enfermedad autoinmunitaria, es decir, que aparece porque el propio sistema inmunológico produce anticuerpos contra células y órganos normales. Se calcula que existen entre 1,5 y 2 millones de estadounidenses diagnosticados con lupus, y que cada año desarrollan esta enfermedad cerca de 16.000 estadounidenses. El lupus ataca con más frecuencia a las mujeres que a los hombres: alrededor del 90% de todos los casos se dan entre mujeres. La mayoría de las mujeres son diagnosticadas entre los 15 y los 45 años. También se ha observado en una proporción de más del doble o el triple entre personas de color – afroamericanos, hispanos, asiáticos y nativos americanos – que entre la población blanca.

Para la mayoría de los pacientes, es una afección leve que sólo daña algunos órganos, pero en algunos casos puede convertirse en una enfermedad grave, debilitante e incluso mortal.

## CAUSA

Se desconoce la etiología

exacta del lupus, pero algunos factores ambientales, genéticos e incluso otras enfermedades (como el VHC) pueden desencadenar su aparición. Los datos sobre la conexión entre el VHC y el lupus son bastante limitados. Uno de los estudios más grandes que se han realizado sobre el lupus y el VHC fue dirigido por Manuel Ramos Casals y colaboradores<sup>1</sup>, y evaluó la relación entre lupus y VHC entre 134 pacientes con lupus (121 mujeres y 13 hombres). En dicho estudio, se observó que había anticuerpos contra el VHC confirmados en el 11% de los participantes. Además, los autores comentaron que algunos casos de lupus relacionados con el VHC parecían reproducir o imitar los síntomas característicos del lupus, por lo que en realidad había menos personas en el ensayo que padecieran lupus ‘auténtico’. Es importante señalar que este estudio evaluó la prevalencia de VHC en un grupo de personas con lupus, pero **no era** un estudio centrado en analizar la prevalencia de lupus entre la población con hepatitis C. No conocemos el porcentaje de sujetos con hepatitis C que tienen lupus, pero se cree que es muy bajo.

## SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de lupus a menudo es complicado de establecer, ya que sus síntomas son parecidos a los de otras enferme-

dades o trastornos. Los síntomas más comunes del lupus son: inflamación y dolor en las articulaciones, fiebre frecuente sin explicación, fatiga (de moderada a intensa), erupciones cutáneas, dolor de tórax (especialmente al respirar hondo), sarpullidos por las mejillas y la nariz (que recuerdan la forma de una mariposa), hipersensibilidad a la luz o al sol, caída del cabello, anomalías en la coagulación de la sangre, síndrome de Raynaud, ataques convulsivos o úlceras en boca y nariz, y anemia. Hasta la fecha, no existe ninguna prueba de laboratorio que sirva por sí sola para diagnosticar el lupus.

El Colegio Estadounidense de Reumatología (ACR) divulgó una lista que se emplea para diagnosticar el lupus basándose en 11 síntomas: erupciones, fotosensibilidad, úlceras bucales, artritis, serositis (inflamación de las membranas que recubren el corazón o los pulmones), enfermedad renal (exceso de proteínas en la orina), ataques convulsivos, psicosis, anemia hemolítica, leucopenia (escasez de glóbulos blancos) y un resultado positivo a la prueba de anticuerpos antinucleares (un signo de que existe una enfermedad autoinmunitaria). El diagnóstico suele establecerse cuando una persona tiene 4 ó más de esos síntomas o anomalías en las pruebas de sangre.

sigue en la pág 9

## LUPUS

viene de la pág 8

### PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD

En el presente, no existe cura para el lupus, pero el pronóstico para la mayoría de los afectados es bueno. Algunas personas llegan a un estado grave o potencialmente mortal, pero la gran mayoría de las personas con lupus tienen una esperanza de vida normal. Al igual que con cualquier otra enfermedad, es importante informarse en todo lo posible sobre el problema y defender el derecho a recibir el mejor tratamiento médico. Hay algunas organizaciones que ayudan a personas con lupus, y es buena idea encontrar un grupo de apoyo próximo para relacionarse y recibir ayuda de aquellos que están en la misma situación.

### TRATAMIENTO

Existen muchas estrategias para tratar o controlar el lupus. La más importante es colaborar estrechamente con un equipo médico experto. El especialista que controla y trata el lupus es el reumatólogo, un médico que se ocupa de tratar las enfermedades que afectan a las articulaciones y los músculos. También es importante aprender a reconocer la intensificación de los síntomas (las 'recaídas') y los factores que desencadenan esas recaídas. En general, se recomienda evitar el consumo excesivo de alcohol, el tabaco y la exposición prolongada al sol.

También existen muchos medicamentos que pueden aliviar los síntomas, tales como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el paracetamol, los corti-

costeroideos, los inmunomodulares y los anticoagulantes.

### INVESTIGACIONES

Se están realizando muchos estudios que evalúan las causas del lupus y los posibles fármacos que pueden servir para tratarlo. Puede consultar más información sobre los ensayos clínicos centrados en el lupus visitando la página [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)

<sup>1</sup>Ramos-Casals M, Font J, Garcia-Carrasco M, Cervera, R, Jimenez, S, Trejo, O, De La Red, G, Sanchez-Tapias, J, and Ingelmo M. Hepatitis C Virus infection mimicking systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2000; 43(12):2801-2806

### Recursos:

Lupus Foundation of America, INC (Fundación Estadounidense contra el Lupus) - [www.lupus.org](http://www.lupus.org).



#### Director ejecutivo Redactor jefe Publicaciones del HSCP

Alan Franciscus  
[alanfranciscus@hcvadvocate.org](mailto:alanfranciscus@hcvadvocate.org)

#### Director editorial, Webmaster

C.D. Mazoff, PhD  
[cdmazoff@hcvadvocate.org](mailto:cdmazoff@hcvadvocate.org)

#### Autores contribuyentes

Liz Highleyman  
Lucinda K. Porter, Enfermera

#### Diseño

Paula Fener  
Blue Kangaroo Design  
[blueroodesign@aol.com](mailto:blueroodesign@aol.com)

#### Traducción

Clara Maltrás

#### Información de contacto

Hepatitis C Support Project  
PO Box 427037  
San Francisco, CA 94142-7037

HCV Advocate ofrece información sobre distintas formas de intervención a fin de servir a nuestra comunidad. Cuando damos información sobre cualquier tipo de medicación, tratamiento, terapia o dieta no estamos promoviendo ni recomendando su uso, sino simplemente informando bajo la premisa de que la mejor decisión es la que se toma con conocimiento.

Se autoriza y se alienta a la reproducción de este documento siempre que se reconozca la autoría del Hepatitis C Support Project.

© 2007 Hepatitis C Support Project

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



[www.hcvadvocate.org](http://www.hcvadvocate.org)

**HCSP**

P.O. Box 427037  
San Francisco, CA  
94142-7037