



HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

HCV ADVOCATE

junio 2007 vol. 4, número 6

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

El aumento del riesgo de linfoma con el VHC



Alan Franciscus, Redactor jefe

La designación “linfomas no hodgkinianos” engloba a una gran variedad de carcinomas de los glóbulos blancos que afectan a los tejidos linfoides. No se comprende por completo el origen exacto de estos carcinomas, pero se cree que se deben a la alteración o depresión del sistema inmunitario. Otras afecciones y medicamentos que se han relacionado con el LNH son la infección por el VIH, los fármacos inmunosupresores, las dolencias reumáticas y la hepatitis C.

El sistema linfático es un sistema circulatorio que capta glóbulos blancos de las venas, los hace circular por todo el cuerpo y los devuelve al torrente circulatorio. Una vez que el fluido linfático regresa al riego sanguíneo, los riñones se encargan de eliminar los productos residuales. Los órganos linfáticos están constituidos por el bazo, las amígdalas, el apéndice y el timo. Además, las glándulas

linfáticas también se encuentran en determinados depósitos situados en los intestinos. El sistema linfático transporta glóbulos blancos que ayudan a combatir las infecciones.

El linfoma aparece cuando los glóbulos blancos se dividen continuamente sin pausa, lo cual impide su maduración. Este proceso puede ocasionar una producción excesiva de glóbulos inmaduros que proliferan en torno a los glóbulos blancos, plaquetas y glóbulos rojos que están maduros.

No se comprende bien de qué forma la infección por el VHC provoca LNH. Se han formulado teorías que sugieren que el factor causal podría ser el virus, o que la constante estimulación del sistema inmunológico por parte de la hepatitis C da lugar al LNH. Sin embargo, sí sabemos que la incidencia de LNH es más elevada en los sujetos con hepatitis C que en la población general.

Un estudio reciente dirigido por

EN ESTE NÚMERO



Manifestaciones Extrahepáticas:
Vasculitis crioglobulinémica esencial.....2

Consejos de Salud:
Salud masculina y VHC.....3

Tratamiento de la coinfección por el VIH/VHC: *Nuevas pautas.....5*

Esteatosis y cáncer de hígado.....8

la Administración de Veteranos de Guerra de los EE.UU. arrojó más luz sobre la prevalencia de esta afección y de otros tipos de cáncer entre la población con hepatitis C. Los autores evaluaron la incidencia de LNH, macroglobulinemia de Waldenström, crioglobulinemia, cáncer tiroideo y otros tipos de carcinomas. Se realizó un estudio retrospectivo (que analiza las investigaciones ya realizadas) dirigido por T.P. Giordano y cols., que exploró la incidencia de distintos tipos de cáncer entre veteranos de guerra con hepatitis C frente a los veteranos de guerra sin hepatitis C.

El estudio incluyó pacientes de diversos centros médicos del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra de los EE.UU. desde 1997 hasta 2004. Se analizaron los expedientes médicos de 146.394 veteranos de guerra infectados con el VHC y de 572.293 veteranos no infectados. La edad media o prome-

Incidencia entre la Población de Veteranos de Guerra infectados con el VHC

Linfoma no hodgkiniano	1.359 de 146.394 pacientes (0,928317%)
Macroglobulinemia de Waldenström	165 de 146.394 pacientes (0,1127095%)
Crioglobulinemia	551 de 146.394 pacientes (0,3763815%)

sigue en la pág 9

Manifestaciones Extrahepáticas: *Vasculitis crioglobulinémica esencial*



Alan Franciscus, Redactor jefe

La *vasculitis* es un grupo de enfermedades que se caracterizan por una inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos que afecta a venas, arterias y capilares. La *crioglobulinemia mixta esencial* es una alteración hemática causada por la presencia de unas proteínas anómalas en la sangre llamadas crioglobulinas, las cuales se precipitan o aglomeran cuando se enfría la sangre y se disuelven cuando la sangre vuelve a calentarse. Estas proteínas pueden depositarse en vasos sanguíneos de tamaño pequeño y mediano y provocar una restricción del flujo sanguíneo a las articulaciones, los músculos y los órganos. Este artículo se centrará en el tipo de vasculitis que se asocia a la hepatitis C, denominada crioglobulinemia mixta esencial. Debe resaltarse que la vasculitis crioglobulinémica es **poco frecuente o rara** en personas con hepatitis C. Además, la prevalencia de vasculitis varía según las zonas geográficas: es un trastorno más común en Europa del Sur que en el Norte de Europa o en Norteamérica.

En ocasiones, este trastorno se describe como una “enfermedad molesta”, porque suele cursar con dolor. La vasculitis puede afectar a casi cualquier órgano del cuerpo. Los síntomas y afecciones más frecuentes que provoca son:

- **Piel**—erupciones en forma de puntos rojos amoratados que suelen localizarse en las piernas
- **Articulaciones**—dolores articulares y artritis acompañada

de inflamación

- **Pulmones**—Insuficiencia respiratoria, tos e infiltraciones pulmonares
- **Riñones**—aglomeraciones de glóbulos rojos en los riñones y pérdida de proteínas a través de la orina
- **Conducto digestivo**—dolores abdominales y diarrea manchada de sangre
- **Sangre**—anemia o exceso de glóbulos blancos
- **Vías sinusales y nariz**—congestión sinusal crónica e infecciones, problemas auditivos e inflamación de los tejidos nasales
- **Ojos**—daños en los vasos sanguíneos oculares
- **Cerebro**—cefaleas, dificultad de coordinación, cambios de salud mental y accidentes cerebrovasculares (raros)
- **Nervios**—dolores punzantes en brazos y piernas con entumecimiento y debilidad en las extremidades

Además, puede ocasionar otros síntomas como fiebre, ataques de picazón, fatiga, pérdida de peso, dolores y molestias musculares, dilatación de los ganglios linfáticos y neuropatía periférica.

No existen pruebas ni criterios estandarizados para diagnosticar la vasculitis. Normalmente se diagnostica después de evaluar los resultados de diversas pruebas —análisis de crioglobulinas, biopsia de

piel, electromiografía (para detectar las señales eléctricas en las células musculares), arteriografía (imagen de los vasos sanguíneos)— y tras constatar las manifestaciones clínicas de los síntomas mencionados.

El tratamiento de la vasculitis también se realiza desde múltiples frentes, según la gravedad o la progresión de la enfermedad. El tratamiento de la vasculitis relacionada con el VHC suele iniciarse controlando la causa subyacente (el VHC) con interferón y ribavirina. Por desgracia, la terapia de interferón más ribavirina no suele lograr su resolución, y de hecho puede empeorar los casos de neuropatía presente o subyacente, un trastorno asociado a la vasculitis. Otras estrategias terapéuticas son los tratamientos con esteroides o inmunosupresores, e incluso la plasmáferesis (la extracción, tratamiento y restitución del plasma sanguíneo).

En resumen, la vasculitis crioglobulinémica esencial es una afección rara entre la población con hepatitis C. Es difícil de diagnosticar porque no existen criterios diagnósticos establecidos, y las estrategias terapéuticas actuales han obtenido una eficacia limitada. Por suerte, existen muchos estudios sobre el origen y tratamiento de la vasculitis, así como de los nuevos fármacos para tratar la hepatitis C y una posible vacuna contra la hepatitis C que prevendría la aparición de manifestaciones derivadas del VHC como la vasculitis.



Consejos de Salud:

Salud masculina y VHC



Lucinda Porter, Enfermera titulada

Este año, la Semana de Salud Masculina tendrá lugar del 11 al 17 de junio. Sea usted hombre o mujer, ello le brinda la oportunidad de aumentar sus conocimientos sobre salud masculina. Aunque las mujeres tienen sus propios problemas de salud, los hombres también tienen que afrontar problemas médicos potencialmente graves. La esperanza de vida de los hombres es más baja que la de las mujeres. Las mujeres viven unos 5 años más. Un hombre normal de los EE.UU. nacido en 1950 puede esperar vivir hasta los 79 años.¹

Las principales causas de fallecimiento entre los hombres son las cardiopatías, el cáncer, los accidentes y los derrames cerebrales. El suicidio ocupa el 8º puesto. Las enfermedades hepáticas están en 10º lugar. Aunque la gran mayoría de los portadores crónicos del virus de la hepatitis C (VHC) no mueren a consecuencia de la infección, entre 8.000 – 12.000 personas fallecen por problemas relacionados con el VHC. Los hombres padecen esta enfermedad y mueren a consecuencia de ella en mayor proporción que las mujeres.

La mayoría de los veteranos de guerra son hombres. En 1999, la Administración de Veteranos de Guerra evaluó a la población de veteranos y halló que el 6%-8 % de los participantes eran positivos a la prueba de anticuerpos al VHC. En California del Norte, este porcentaje alcanza el 17%. La infección con el VHC entre los veteranos a menudo se complica a causa de otros problemas de salud, como el alcoholismo y la depresión.

Más de seis millones de hombres sufren depresión. Dado que los hombres tienden menos que las mujeres a buscar ayuda para esta enfermedad, algunos se preguntan si esta proporción no será en realidad mucho más elevada. Los que pertenecen a minorías y los ancianos están particularmente expuestos a deprimirse.

Los hombres tienden a ser menos conscientes

de los síntomas, y resulta más difícil diagnosticarlos. Describen síntomas vagos, como que tienen problemas de sueño o de concentración, que se irritan con facilidad o se sienten desganados. No suelen expresarlo como tristeza, melancolía, desánimo o depresión. Es menos común que busquen ayuda ante cualquier enfermedad, y menos aún para las psiquiátricas. Sin embargo, el 90% de quienes reciben ayuda contra la depresión declara una notable mejoría.

La disfunción sexual también constituye un problema para muchos hombres. Afecta en mayor proporción a los hombres con el VHC que a quienes no lo tienen. Puede manifestarse como falta de impulso sexual, dificultades de eyaculación, disfunción eréctil (DE) e insatisfacción sexual. En los EE.UU., 30 millones de hombres tienen DE. No se trata sólo de un problema sexual; también es emocional y físico. Hay muchos factores, como ciertas drogas y enfermedades, que pueden provocar DE. La DE está asociada a problemas de próstata, hipertensión arterial, colesterol elevado y diabetes. El tabaquismo, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, la depresión, la falta de ejercicio y los problemas de sueño pueden influir en la aparición de DE.

Por otra parte, los hombres están expuestos a más peligros a través de sus trabajos. Hay más hombres que mujeres trabajando en la construcción, la agricultura, la minería, en fábricas y en la industria maderera y la aeronáutica. Utilizan herramientas eléctricas, manejan taxis y camiones, trabajan en autovías, etc. Todo ello les expone a un riesgo más alto de sufrir accidentes mortales.

Además, los hombres mueren en mayor proporción como resultado de situaciones violentas. El ejército está formado predominantemente por hombres. Los paramédicos, el cuerpo de bombe-

sigue en la pág 4

MASCULINA

viene de la pág 3

ros y los agentes del orden están constituidos de forma mayoritaria por hombres. Hay más hombres que mujeres en cárceles y centros de internamiento. Además, corren un riesgo más elevado de volverse adictos a sustancias químicas. Como es natural, el cáncer de próstata sólo afecta a los hombres. La hemofilia, un trastorno de la coagulación sanguínea que se da casi exclusivamente en los hombres, también es un factor de alto riesgo de infección con el VHC.

Aunque la muerte es algo inevitable, depende de nosotros que no llegue demasiado pronto. Todos tenemos la capacidad de cuidarnos. He aquí algunas sugerencias:

- Disfrute de la vida: escoja actividades que le resulten agradables.
- Si no tiene médico, busque uno y hágase chequeos con regularidad.
- Póngase la vacuna contra la gripe cada año y mantenga las vacunaciones al día. Si tiene el VHC, vacúnese contra las hepatitis A y B
- Trate de mantenerse físicamente activo en lo posible y con constancia.
- Mantenga un peso saludable.
- Siga una dieta pobre en grasas y rica en fibras. Incluya fruta, verduras y granos integrales. Evite los ácidos transgrasos y las grasas saturadas.
- Evite el alcohol, el tabaco y las drogas recreativas. Si no puede dejarlos, trate de consumir menos o de obtener ayuda.
- Si nota que no disfruta de las cosas, pídale a su médico que evalúe si tiene una depresión.
- Aprenda a evitar, reducir o controlar el estrés.
- Practique las relaciones sexuales con protección.
- Cultive las amistades y los contactos sociales.
- Si va a jubilarse o ya se jubiló, emprenda

actividades interesantes, como el voluntariado. Participe activamente de la vida.

Los calculadores de esperanza de vida pueden dar miedo, pero al mismo tiempo estimulan la motivación. Pueden ayudarnos a detectar los aspectos que debemos mejorar para prolongar nuestra vida. Se pueden consultar muchos calculadores de esperanza de vida por Internet. Yo los uso para motivarme. Por ejemplo, si mantengo mi peso dentro de ciertos límites, puedo prolongar mi vida tres años más. Así, cuando pienso en un postre muy dulce, me pregunto si ese antojo merece la pena a cambio de tres años de mi vida, y paso de los alimentos muy calóricos. Uno de los calculadores que más me gusta puede consultarse en moneycentral.msn.com/investor/calcs/n_expect/main.asp

Si usted es un hombre normal de 57 años viviendo en los EE.UU., su esperanza de vida es de unos 22 años más. ¿Le asusta leerlo? Lo bueno de eso es que usted puede hacer algo al respecto. No se quede sentado y encárelo como un hombre. Levántese el sofá y empiece a moverse. Y bien, ¿qué va a hacer con el resto de su única vida?

Recursos

Younger Next Year: A Guide to Living Like 50 Until You are Eighty and Beyond, de Chris Crowley y Henry S. Lodge

- www.cdc.gov/men
- www.hcvadvocate.org/hepatitis/factsheets_pdf/healthy_Living.pdf
- www.menshealthweek.org
- www.menshealthnetwork.org
- www.nlm.nih.gov/publicat/publisting.cfm?dID=48
- www.nlm.nih.gov/medlineplus/menshealthissues.html



Tratamiento de la coinfección por el VIH/VHC: *Nuevas pautas*



Liz Highleyman

En la edición del 31 de mayo de 2007 de la revista AIDS, un panel internacional de expertos presentó las pautas actualizadas para el tratamiento de la coinfección por el VIH/VHC. Las recomendaciones revisadas reflejan una mayor comprensión de cómo interactúan ambas infecciones, y los desafíos que afronta la terapia concurrente, ya que las pautas anteriores fueron divulgadas en el año 2004.

Se calcula que una tercera parte de las personas VIH positivas están también infectadas con el VHC. Los pacientes coinfectados tienden a mostrar una progresión más rápida de las enfermedades hepáticas, en especial si la enfermedad por el VIH está avanzada y las concentraciones de linfocitos CD4 son bajas. Desde la llegada de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), las enfermedades hepáticas se han convertido en la primera causa de muerte en la población infectada con el VIH.

Las recomendaciones actualizadas incorporan nuevos datos procedentes de los últimos ensayos clínicos sobre el interferón en sujetos coinfectados. Aunque los pacientes VIH positivos no suelen responder a la terapia de interferón pegilado (Pegasys o PegIntron) más ribavirina tan bien como las personas mono infectadas con el VHC,

dichos estudios han arrojado nueva luz sobre los posibles modos de mejorar el tratamiento contra la hepatitis C en ese grupo de población.

Las pautas revisadas abarcan 11 áreas:

- Tratamiento de los pacientes con niveles persistentemente normales de aminotransferasas (ALAT);
- Evaluación de la fibrosis hepática, con énfasis en las nuevas pruebas no invasivas;
- Factores pronósticos de respuesta a la terapia contra el VHC;
- Dosis óptimas de interferón pegilado y ribavirina;
- Duración óptima del tratamiento con interferón;
- Tratamiento de los pacientes coinfectados sin respuesta terapéutica previa o con recaídas posteriores;
- Cuidado de los sujetos coinfectados en la etapa terminal de la enfermedad hepática;
- Tratamiento de la hepatitis C en los sujetos VIH positivos;
- Abordaje terapéutico de los pacientes con múltiples virus de hepatitis;
- Interacciones entre los

medicamentos para el VHC y los fármacos antirretrovirales;

- Hepatotoxicidad de los antirretrovirales.

ALAT persistentemente NORMAL

El panel señaló que entre el 7% y el 9% de los pacientes coinfectados presentan concentraciones normales de ALAT de forma persistente, frente al 25% de los sujetos mono infectados con el VHC. Asimismo, los estudios realizados sugieren que el 25%-40% de los pacientes coinfectados con un nivel de ALAT normal tienen fibrosis hepática o cirrosis importante, en contraste con el 10%-30% de las personas mono infectadas con el VHC. Teniendo en cuenta que en los pacientes coinfectados la prevalencia de fibrosis es más alta y la progresión de las enfermedades hepáticas es más rápida, el panel recomendó que se considerara a dichos pacientes para recibir tratamiento contra la hepatitis C independientemente de su nivel de aminotransferasas.

EVALUACIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA

El panel analizó los métodos no invasivos para determinar la fibrosis mediante ciertos bio-

sigue en la página 6

COINFECCIÓN

viene de la **pág 5**

marcadores en suero y distintas técnicas de imagen. Aunque estos nuevos métodos son en general válidos para diagnosticar fibrosis ausentes o leves frente a fibrosis avanzadas o cirrosis, no son muy sensibles para distinguir entre las etapas intermedias. Debido a la naturaleza inflamatoria de la enfermedad por el VIH y al efecto de los antirretrovirales sobre los biomarcadores, las pruebas de suero pueden ser menos fiables en los pacientes coinfectados, aunque la elastometría (Fibro-Scan) parece ofrecer una mayor precisión. Después de tomar en cuenta la mejor tasa de respuesta a la terapia contra el VHC, la mayor velocidad de progresión de la fibrosis en los pacientes VIH positivos y la capacidad de evaluar la respuesta virológica inicial al tratamiento, el panel declaró que, en la mayoría de los casos, “no es obligatorio realizar una biopsia hepática para considerar el tratamiento de la infección crónica por el VHC”, y añadió que la combinación de distintos métodos no invasivos “sirve para pronosticar la fibrosis hepática en casi todos los casos”.

FACTORES PRONÓSTICOS DE RESPUESTA TERAPÉUTICA

El panel evaluó además los distintos factores que pronostican una respuesta eficaz a la terapia con interferón. Muchos de ellos pueden aplicarse por igual a los sujetos coinfectados y mono infectados con el VHC (menor edad, sexo femenino, raza blanca, carga viral del VHC,

genotipos 2 ó 3, fibrosis hepática o esteatosis mínimas), pero hay algunos factores adicionales asociados a una mala respuesta en los pacientes coinfectados, tales como las concentraciones más bajas de linfocitos CD4 y el uso de determinados antirretrovirales. Además, la resistencia insulínica es otro factor preocupante, por su relación con los inhibidores de la proteasa.

El cumplimiento terapéutico estricto es especialmente importante en los pacientes coinfectados, y deben recibir las dosis adecuadas de interferón pegilado y ribavirina durante el tiempo suficiente. Los estudios han demostrado que la respuesta virológica rápida (RVR) en la Semana 4 pronostica una respuesta virológica sostenida (RVS) posterior en los pacientes coinfectados – igual que sucede con los mono infectados con el VHC – pero que parece que en los casos de coinfección es más difícil alcanzar la RVS, lo cual posiblemente se deba a que los niveles basales de ARN del VHC son más altos, o a que la respuesta a la terapia es más lenta. Los pacientes que no logran una respuesta virológica inicial (una reducción de 2 logocopias como mínimo en el ARN del VHC) tienen pocas probabilidades de alcanzar la RVS y deberían interrumpir el tratamiento lo antes posible para evitar más efectos secundarios y más gastos.

DOSIS Y DURACIÓN ÓPTIMAS

Los ensayos clínicos sobre el tratamiento en casos de coinfección han demostrado que la ribavirina en función del peso corporal (1000 mg/día si < 75 kg y 1200 mg/día si > 75 kg) es superior a la dosis fija de

800 mg. La dosis adecuada de ribavirina parece especialmente importante en los pacientes coinfectados, ya que la inmunodeficiencia puede anular la respuesta al interferón. Aunque algunos estudios han evaluado dosis más altas de interferón pegilado, no se han establecido sus ventajas en pacientes coinfectados, y el panel recomienda la dosis estándar. Si es necesario, deben emplearse factores de crecimiento celular para permitir usar la dosis completa de interferón pegilado y ribavirina.

Aunque los estudios han mostrado que la duración del tratamiento puede acortarse con toda seguridad en sujetos mono infectados con el VHC que alcanzan una RVR, esta estrategia no ha sido estudiada a fondo en los pacientes coinfectados. El panel recomienda 48 semanas de politerapia para los casos de coinfección con todos los genotipos, pero concede que 24 semanas pueden ser suficientes para los portadores de los genotipos 2 ó 3. Aunque los datos siguen sin ser concluyentes, sugirieron que los portadores de los genotipos 1 ó 4 coinfectados que muestren una respuesta lenta (aquellos que logran una respuesta virológica inicial pero no rápida) “podrían beneficiarse de ciclos terapéuticos más largos (60-72 semanas)”.

PACIENTES SIN RESPUESTA TERAPÉUTICA Y CON RECAÍDAS

Hasta la fecha, no se ha estudiado adecuadamente el retratamiento de los sujetos coinfectados que no han respondido a

sigue en la **pág 7**

COINFECCIÓN

viene de la pág 6

la terapia o han sufrido recaídas posteriores. Sin embargo, incluso en los pacientes que no alcanzan la respuesta virológica sostenida, los estudios sugieren que mantener la terapia con interferón puede frenar la progresión de las enfermedades hepáticas. Basándose en los datos disponibles, el panel afirmó que “[l]os pacientes sin respuesta terapéutica y quienes han recaído tras una terapia previa contra el VHC son un grupo heterogéneo, y las intervenciones terapéuticas deben decidirse caso por caso”.

Además, el panel sugirió que los nuevos fármacos en fase de desarrollo – entre los que se incluyen nuevos tipos de interferón y compuestos antivirales que atacan directamente al VHC – ofrecen la esperanza de lograr mejores resultados. “Debe darse prioridad a los ensayos clínicos que exploren la eficacia y seguridad de estos fármacos en pacientes coinfectados, sin esperar a los resultados finales de la Fase III de los ensayos que se están realizando sobre sujetos mono infectados con el VHC”, señalaron.

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Por último, el panel evaluó las interacciones entre los medicamentos contra el VHC y los antirretrovirales contra el VIH, así como la hepatotoxicidad del tratamiento antirretroviral. La interacción más preocupante es la que provoca el uso concurrente de ribavirina con ddI (Videx) o AZT (Retrovir). Tanto el ddI como la ribavirina pueden

ocasionar daños mitocondriales, y tanto la AZT como la ribavirina pueden producir anemia. El panel recomendó no usar nunca ddI y ribavirina combinadas, y sobre la AZT señaló que “debe evitarse siempre que sea posible”.

En cuanto a la hepatotoxicidad, el panel resaltó que hay varios antirretrovirales que son nocivos para el hígado de distintos modos. Algunos análogos de nucleósidos (en especial ddI y d4T [Zerit]) pueden provocar toxicidad mitocondrial (que a su vez puede desencadenar una esteatosis hepática). La nevirapina (Viramune) tiene el potencial de causar reacciones de hipersensibilidad que dañen el hígado, y ciertos inhibidores de la proteasa, como el ritonavir en dosis completas (Norvir), pueden lesionar directamente el hígado. El atazanavir (Reyataz) puede subir la bilirrubina, pero eso no implica que dañe el hígado. Por otra parte, puesto que la TARGA propicia la recuperación de linfocitos CD4, el restablecimiento inmunitario puede empeorar la inflamación hepática (algo que afecta principalmente a los pacientes con el VHB).

A pesar de estos inconvenientes, el panel concluyó que las ventajas de la terapia antirretroviral compensan los posibles riesgos, ya que varios estudios han demostrado que la mortalidad por causas hepáticas es más baja en los pacientes coinfectados que siguen un tratamiento antirretroviral. De hecho, añadieron, “[d]ado que la inmunosupresión acelera la progresión de la fibrosis provocada por el VHC, puede ser aconsejable iniciar la TARGA en

los pacientes coinfectados sin demoras innecesarias, e incluso considerar si debe iniciarse el tratamiento más pronto”.

CONCLUSIÓN

Debido a las limitaciones de espacio, este resumen de las nuevas pautas es necesariamente incompleto. Los pacientes coinfectados deben hablar con su médico de las últimas recomendaciones sobre el tratamiento, la monitorización y el control de los síntomas y efectos secundarios.

Para tener más información sobre la coinfección por el VIH/VHC, consulte el nuevo folleto del Hepatitis C Support Project *HIV and Hepatitis Coinfection*, escrito por el Dr. by Raymond M. Johnson, PhD, disponible en dos versiones, una para los pacientes (http://www.hcvadvocate.org/co_web2.pdf) y otra para los médicos (http://www.hcvadvocate.org/co_web.pdf).

Bibliografía:

V. Soriano, M. Puoti, M. Sulkowski, et al. Care of patients coinfecting with HIV and hepatitis C virus: 2007 updated recommendations from the HCV-HIV International Panel. *AIDS* 21(9): 1073-1089. May 31, 2007.



Esteatosis y cáncer de hígado

■■■
Alan Franciscus, Redactor jefe

Una forma sencilla de definir la esteatosis es “hígado graso” o “infiltraciones grasas en el hígado”. La esteatosis es una afección común que se da entre la población general y que suele originarse por una dieta rica en grasas y falta de ejercicio. La esteatosis es más frecuente en la población con hepatitis C que en la población general. Se desconoce la razón de esta prevalencia más alta, pero se ha formulado la teoría de que, aunque el virus de la hepatitis C no provoque necesariamente esteatosis, es posible que facilite su formación.

La infección con la hepatitis C puede provocar cáncer de hígado, pero éste tarda en desarrollarse 20, 30 o más años. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la mayoría de los afectados por la hepatitis C nunca llegan a sufrir cáncer de hígado.

Se ha sugerido que la combinación de esteatosis y VHC tiene sinergia – es decir, que la concurrencia de ambas enfermedades produce un efecto que ninguna de las dos podría causar por separado, o una enfermedad más grave que la suma de los efectos totales de cada enfermedad actuando por sí sola. Esto sugeriría que tener hepatitis C y esteatosis aceleraría la progresión de la enfermedad por el VHC.

Los datos objetivos sobre el papel de la esteatosis en la progresión de la enfermedad por el VHC han sido contradictorios, ya que algunos resultados mostraron una progresión más rápida, mientras otros indicaron que la esteatosis ejercía poco o ningún efecto en la progresión de la hepatitis C.

Un estudio recién publicado por J.R. Pekow y cols., titulado “La

esteatosis hepática está asociada a una mayor frecuencia de carcinoma hepatocelular en los pacientes con cirrosis derivada de la hepatitis C” nos ofrece una mejor perspectiva de la relación entre la esteatosis, la cirrosis y el carcinoma hepatocelular (cáncer de hígado).

En este estudio retrospectivo, se identificó a 94 pacientes consecutivos con cirrosis derivada del VHC que se habían sometido a un trasplante de hígado entre 1992 y 2005. Se recopiló información relativa a la raza, el sexo, el genotipo del VHC, la presencia de CHC (informes anatomopatológicos del hígado trasplantado) y la etapa de fibrosis. Un solo anatomopatólogo reanalizó todos los informes anatomopatológicos mediante un método ciego y evaluó el tejido para comprobar la presencia de esteatosis. Se utilizó el siguiente sistema de clasificación:

- Grado 0 = ausente
- Grado 1 = 1-5% de hepatocitos (células hepáticas) afectados
- Grado 2 = 6-32% de hepatocitos afectados
- Grado 3 = 33-66% de hepatocitos afectados
- Grado 4 = más del 66% de hepatocitos afectados.

Los pacientes eran en su mayor parte varones (75%), de raza blanca (80%) y portadores del genotipo 1 (57%).

4 pacientes habían recibido tratamiento contra el VHC antes del trasplante de hígado, de los cuales 2 habían alcanzado una RVS (1 en el grupo con cáncer y otro en el grupo sin cáncer) y 2 no habían mostrado respuesta terapéutica (1 en cada grupo). 32 pacientes tenían signos de CHC.

En total, 53 pacientes (el 56%) en el análisis mostraron signos de

esteatosis. El 19% tenía esteatosis en grado 2 o más. Los autores señalaron que el porcentaje de los pacientes con esteatosis coincidía con el de los estudios previos. Sin embargo, hallaron que el porcentaje de pacientes con esteatosis en grado 2 o más era más bajo que en los estudios previos, pero que eso podía atribuirse a la inclusión de pacientes no cirróticos en esos estudios.

Los autores hallaron una correlación significativa entre un grado más alto de esteatosis ($P = 0,005$), la ALAT más elevada (alanina aminotransferasa) ($P = 0,002$), la alfa-fetoproteína más alta (un marcador del cáncer de hígado) ($P < 0,001$), una carga viral más baja ($P = 0,02$), una puntuación biológica más alta en la clasificación MELD ($P = 0,03$) y el riesgo de cáncer de hígado. En un análisis multifactorial (una serie de procedimientos de análisis y observación), la edad y la esteatosis resultaron claramente relacionados con el cáncer de hígado.

Este estudio es importante porque es el primero que examina la asociación entre la esteatosis y el cáncer de hígado en pacientes con cirrosis derivada del VHC.

Los autores concluyeron que “en pacientes con cirrosis derivada del VHC, la presencia de esteatosis hepática está relacionada independientemente con el desarrollo de carcinoma hepatocelular”. Además, los autores señalaron que, puesto que la esteatosis crea un riesgo adicional de cáncer de hígado en los sujetos con hepatitis C, debe controlarse estrechamente la esteatosis y deben crearse estrategias para reducirla, con objeto de reducir el riesgo de cáncer de hígado.

Bibliografía:

Pekow JR, Hepatitis steatosis is associated with increased frequency of hepatocellular carcinoma in patients with hepatitis C-related cirrhosis. *Cancer*, May 8 [epub ahead of print].



LINFOMA

viene de la pág 1

dio de edad fue de 52 años (± 8), y el 97% eran varones. Se halló que los veteranos infectados con hepatitis C tenían una incidencia más alta de LNH (cantidad = 1.359), de macroglobulinemia de Waldenström (cantidad = 165) y de crioglobulinemia (cantidad = 551) que los veteranos **sin** hepatitis C. No se observó una mayor frecuencia de carcinomas tiroideos en los veteranos con hepatitis C que en los veteranos no infectados.

Los autores concluyeron que “la infección con el virus de la hepatitis C conlleva un riesgo entre un 20% y un 30% más alto de padecer linfoma no hodgkiniano en conjunto, y un riesgo tres veces más elevado de sufrir macroglobulinemia de Waldenström, y que “aunque se desconoce la importancia clínica de estos resultados, es posible que las pruebas de detección de los sujetos infectados con el VHC puedan identificar en sus etapas iniciales afecciones linfoproliferativas que respondan a estrategias de intervención tempranas, como por ejemplo, la participación en ensayos clínicos de quimioprevención para enfermedades premalignas”.

Es importante destacar que, aunque el riesgo de LNH es de un 20% a un 30% más alto entre los sujetos con el VHC y el riesgo de MW es tres veces más elevado, estas enfermedades siguen siendo poco frecuentes. Si observamos con un poco de perspectiva el porcentaje real de casos entre veteranos de guerra infectados con el VHC, nos haremos una idea más exacta de la incidencia de estas enfermedades en la población con hepatitis C (vea el cuadro siguiente).

¿QUÉ ES LA MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM?

La macroglobulinemia de Waldenström (MW) es un tipo de cáncer crónico de baja intensidad que afecta a las células linfáticas. Se considera una enfermedad rara o poco frecuente en personas con hepatitis C. Se desconoce la prevalencia de MW en la población con hepatitis C, pero se sabe que es más elevada que en la población general.

La MW aparece cuando el cuerpo produce grandes cantidades de proteínas anómalas (macroglobulina) que multiplican las células plasmáticas de forma tan descontrolada que terminan invadiendo la médula espinal, los ganglios linfáticos y el bazo. La MW es más común en hombres que en mujeres y en personas de raza blanca más que entre personas de raza negra, y se observa con más frecuencia en sujetos mayores de 65 años.

Los síntomas de la MW son: inflamación de los ganglios linfáticos, del hígado o el bazo, debilidad, entumecimiento u hormigueo muscular, falta de apetito, fiebre leve o moderada, fatiga, cefaleas, problemas de visión, trastornos renales, infecciones, sensación de mareo y confusión mental.

El tratamiento de la MW depende de la progresión de la enfermedad. Lo más normal es aplicar quimioterapia. También se ha utilizado plasmaféresis (extracción, tratamiento y restitución del plasma sanguíneo), terapia con interferón y anticuerpos monoclonales (Rituxan), con resultados variables. Existen además muchos fármacos en fase de desarrollo clínico para tratar y controlar la MW.

Para más información acerca de la MW, visite el sitio Web de la *American Cancer Society* en www.cancer.org



Director ejecutivo
Redactor jefe
Publicaciones del HSCP
Alan Franciscus
alanfranciscus@hcvadvocate.org

Director editorial, Webmaster
C.D. Mazoff, PhD
cdmazoff@hcvadvocate.org

Autores contribuyentes
Liz Highleyman
Lucinda K. Porter, Enfermera

Diseño
Paula Fener
Blue Kangaroo Design
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

HCSP

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