



*Hepatitis aguda en paciente HSH con infección
por el VIH*

*Dra. R Palacios
H. Virgen de la Victoria*

Caso clínico

- Varón de 52 años
- Infección por el VIH de 2 años de evolución, en seguimiento en otro centro
- Fumador 1 paq/día.
- Consumo de ketamina, mefedrona, cocaína y alcohol los fines de semana.

- Tratamiento: Triumeq®
- Buen control inmunoviroológico (CV indetectable, CD4 >500/mm³)

Urgencias de un Centro Hospitalario

Motivo de consulta

- Cuadro de 5 días de **coluria, diarrea, disconfort abdominal y sensación febricular no termometrada.**

Exploración física

- **Afebril, buen estado general. Ictericia conjuntival y cutánea.**

Pruebas de laboratorio

- **GOT** **1197 UI/L**
- **Bilirrubina total** **6,80 mg/dL**
- **Bilirrubina directa** **5,60 mg/dL**

Urgencias de un Centro Hospitalario

- ¿Qué preguntarías?
- ¿Juicio clínico?
 - ¿Podría ser una hepatitis tóxica?
 - ¿Rol de las drogas recreativas y alcohol?
 - ¿Podría ser una sífilis?
- ¿Qué manejo? ¿Lo ingresarías?

- Hepatitis previa
- Serologías sífilis, VHC, VHA, VHB
- ITS previas
- Pareja, contactos sexuales
- Vacunaciones

- **Actitud**
 - Serología
 - Tratamiento sintomático
 - Se remite a su médico habitual

Serologías

- Serología previa
 - VHA IgG positivo
 - VHB: HBsAc y HBcAc positivos
 - VHC negativo
 - RPR 1/2, TPHA positivo

- **Serología actual (Día 0)**
 - VHA IgM negativo
 - VHB: HBsAg negativo, HBsAc, HBcAc positivos
 - **VHC positivo**
 - RPR negativo. Elisa y TPHA positivos

Consulta de E Infecciosas (Día 14)

- Mejoría clínica

- AST 406 UI/L
- ALT 898 UI/L
- GGT 562 UI/L
- R.P.R 1/1

- Carga Viral VHC (ARN VHC) 3,618.000 UI/ml

Consulta de E Infecciosas (Día 14)

- Diagnóstico
- Manejo
 - Pruebas a solicitar
 - Tratamiento
 - Revisión

- Nueva CV del VHC al mes de la primera
- Nuevas transaminasas
- Genotipo
- IL-28B
- VARs
- Elastografía (Fs)
- CV del VIH

Consulta de E Infecciosas (Día 50)

- Asintomático, vida normal
- AST 167 U/L
- ALT 206 U/L
- GGT 234 U/L
- Genotipo 1a
- CV-VHC 1,023.000 UI/m
- IL-28B CT
- FS 7,8 Kpa
- No VARs en la NS5a
- CV-VIH <50 cp/ml

Consulta de E Infecciosas (Día 50)

- **Actitud**

- ¿cita en 3 meses con analítica y ecografía abdominal?
- ¿cita en 6 meses?
- ¿se deriva al Servicio de Digestivo?
- ¿se indica tratamiento con AAD?

- **Tratamiento con AAD**

- Mayor eficacia
- Evitar posible enfermedad por VHC extrahepática
- Evitar la transmisión

- ¿Qué tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo?

Consulta de E Infecciosas (Día 50)

- AAD: SOF-LDV (durante 8 semanas)
- iiiiiPosibilidad de interacciones!!!!

Diagnósticos finales

- Hepatitis aguda por VHC G1a
- Sífilis latente de duración indeterminada
- Infección por el VIH bien controlada

Infeción aguda por VHC

- Concepto
- Diagnóstico
- Seguimiento inicial
- Tratamiento
 - ¿A quién?
 - ¿Con qué?
 - ¿Cuánto tiempo?
- En pacientes con infección por el VIH

Concepto

- Hepatitis que ocurre dentro de los 6 meses tras la exposición al virus
- Resolución espontánea en 20-50%
- **Transmisión:**
 - Productos contaminados vía endovenosa
 - **HSH infectados por el VIH, relaciones de riesgo, chemsex**
- **Presentación clínica**
 - Asintomática o paucisintomática
 - Ictericia < 25%
 - Insuficiencia hepática aguda < 1%

Hepatitis C and sex

Clinical Medicine 2016 Vol 16, No 2: 189–192

Authors: Emma E Page^A and Mark Nelson^B

*Sulkowski MS. J Hepatol 2014
Page EE, Nelson M. Clinical Medicine 2016
Guías AEEH/SEIMC de manejo de la hepatitis C. Enero 2017*

Diagnóstico y seguimiento inicial

- **Diagnóstico**
 - ARN del VHC positivo con anticuerpos del VHC negativo (periodo "ventana"), o
 - anticuerpos del VHC positivos después de una prueba previa negativa (seroconversión)
- **Seguimiento tras el diagnóstico**
 - perfil hepático, coagulación, carga viral, genotipo y polimorfismo genético de IL28B
 - perfil hepático cada 2-4 semanas hasta normalización de transaminasas
 - CV cada 2-4 semanas hasta negativización (resolución espontánea) o persistencia a los 6 meses (cronificación)

Tratamiento. ¿A quién?

- **Predictores de eliminación espontánea del VHC**
 - edad \leq 35 años
 - bilirrubina \geq 6 mg/dl
 - polimorfismo genético **CC** de IL28B
 - descenso de al menos 1 logaritmo de carga viral en la semana 4
- Se debería plantear tratamiento antiviral a aquellos pacientes que presenten menos de 3 factores favorables de resolución espontánea

Beinhardt S, et al. J Hepatol 2013

Sulkowski MS. J Hepatol 2014

Guías AEEH/SEIMC de manejo de la hepatitis C. Enero 2017

Tratamiento. ¿Con qué y cuánto tiempo?

- **El tratamiento en la fase aguda**
 - elimina el riesgo de contagio
 - limita la sintomatología
 - evita la aparición de insuficiencia hepática grave
 - elimina la necesidad de seguimiento tras la curación

- **Antivirales de acción directa (AAD)**
 - LDV/SFV 4-6 semanas en genotipo 1
 - Mismas pautas que para hepatitis crónica en genotipos diferentes al 1

*Deterding K, et al. J Hepatol 2016
Page EE, Nelson M. Clinical Medicine 2016
Guías AEEH/SEIMC de manejo de la hepatitis C. Enero 2017
Martinello M, et al. Lancet Gastroenterol Hepatol 2017*

Infeción aguda por VHC en pacientes VIH

- **Alta tasa de transmisión en HSH infectados por el VIH**
 - prácticas sexuales de alto riesgo
 - influencia del chemsex
 - crucial identificar los casos

- **Tratamiento con AAD**
 - si la CV no desciende 2 log en las primeras 4 semanas
 - mismas pautas que una hepatitis crónica
 - ojo a las interacciones

Sulkowski MS. J Hepatol 2014
Page EE, Nelson M. Clinical Medicine 2016
Guías AEEH/SEIMC de manejo de la hepatitis C. Enero 2017
Rockstroh J, et al. Lancet Gastroenterol Hepatol 2017
Martinello M, et al. Lancet Gastroenterol Hepatol 2017

RECOMENDACIONES:

- *Ante la sospecha de infección aguda por el VHC, se debe determinar el ARN y el anticuerpo del VHC (AI)*
- *El tratamiento antiviral se debe diferir en pacientes con 3 o más factores favorables (edad \leq 35 años, bilirrubina \geq 6 mg/dl, polimorfismo genético CC de IL28B y el descenso de la carga viral de al menos 1 logaritmo en la semana 4) dada la elevada probabilidad de curación espontánea (BI).*
- *En pacientes con escasa probabilidad de curación espontánea (<3 factores favorables) se debe plantear el tratamiento antiviral a partir de la semana 4 de infección para eliminar el riesgo de contagio, limitar la sintomatología y eliminar la necesidad de seguimiento posteriores (CI).*

- *Los pacientes coinfectados por VIH con hepatitis aguda deben tratarse si el ARN-VHC no desciende 2 logaritmos en las primeras 4 semanas de seguimiento, dado que la probabilidad de curación espontánea es muy baja y el riesgo de transmisión es alto en esa fase (BII).*
- *Mientras no haya más datos disponibles, los pacientes infectados por VIH con hepatitis aguda C deben tratarse como si tuvieran una hepatitis crónica (BIII).*

Mensajes finales

- **Infección por el VHC como una ITS más**
 - *alta tasa de transmisión en HSH coinfectados por el VIH*
 - *tipo de contactos, chemsex.....*
 - *coincidencia con otras ITS*
- **Cribado periódico en HSH coinfectados por el VIH**
 - *serología o ARN-VHC en seropositivos que aclararon*
 - *despistaje de otras ITS*
- **Identificar a los casos**
 - *estudiar contactos*
 - *tratar cuando sea necesario*
- **Tratamiento con AAD**
 - *mismas pautas que en hepatitis crónica*
 - *precaución con interacciones*

III Congreso Nacional
GEHEP

GRUPO DE ESTUDIO DE LAS HEPATITIS
VÍRICAS GEHEP DE LA SEIMC



Muchas gracias