



¿Debemos realizar seguimiento de la respuesta virológica sostenida después de las 48 semanas en pacientes inmunosuprimidos tratados con AAD?

Marta Rúa¹, Mirian Fernández-Alonso^{1,4}, Leticia Armendáriz¹, Carmen Losa¹, José Ignacio Herrero^{2,4}, Bruno Sangro^{2,4}, Pedro Errasti³, Gabriel Reina^{1,4}

¹ Servicio de Microbiología y Parasitología Clínica; ² Área de Hepatología; ³ Servicio de Nefrología;

⁴ Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra;
Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

Antecedentes



➤ Antivirales de acción directa ➔ Altas tasas de curación virológica (>99%) (RVS12/24)

➤ Cuantificación RNA-VHC para seguimiento a > 48 semanas en pacientes con RVS **NO** está recomendado

➔ Excepción: Factores de riesgo de reinfección (HSH, UDI)

Monitoring for HCV During Chemotherapy and Immunosuppression

NOT RECOMMENDED

RATING **i**

Prospective monitoring for HCV recurrence among patients who achieved a sustained virologic response and are receiving immunosuppressive treatment (eg, systemic corticosteroids, antimetabolites, chemotherapy, etc) is **not** routinely recommended.

III, C



HCV Guidance:
Recommendations for
Testing, Managing, and
Treating Hepatitis C



Objetivos

- Determinar frecuencia de seguimiento en más de 48 semanas tras RVS
- Presentar caso recaída tardía
- Definir los factores de riesgo y características VHC del caso

Material y métodos



- Estudio retrospectivo
- Pacientes con carga viral positiva de VHC tratados con AAD en Clínica Universidad de Navarra entre 2014-2016:
 - Monitorización carga viral
 - Seguimiento del tratamiento
- Cuantificación del COBAS® AmpliPREP/COBAS® TaqMan® HCV 2.0 (Roche)
- Extracción RNA de plasma y amplificación mediante RT-PCR de los genes:
 - CORE y/o NS5B → Genotipado todas las muestras
 - NS5A
 - NS3] → Resistencias: Fracaso virológico

Resultados



➤ Población a estudio:

Nº Pacientes: 58	N (%)
Genotipo:	
GT1	46 (79,3)
- 1a	17 (29,3)
- 1b	29 (50)
GT3	7 (12)
- 3a	5 (8,6)
GT4	5 (8,6)
- 4d	1 (0,02)

Nº Pacientes: 58	N (%)
Naïve	29 (50)
Cirrosis	46 (79,3)
Coinfección VIH	5 (8,6)
TOS:	
- Hepático	32 (55,2)
- Renal	4 (6,9)

Nº Pacientes: 58	RVS12/24	RVS48
- Seguimiento: 53	53 (100%)	25 (47,2%)
- Cambio hospital: 1	ND	ND
- Fallecimiento: 4	1 (25%)	ND

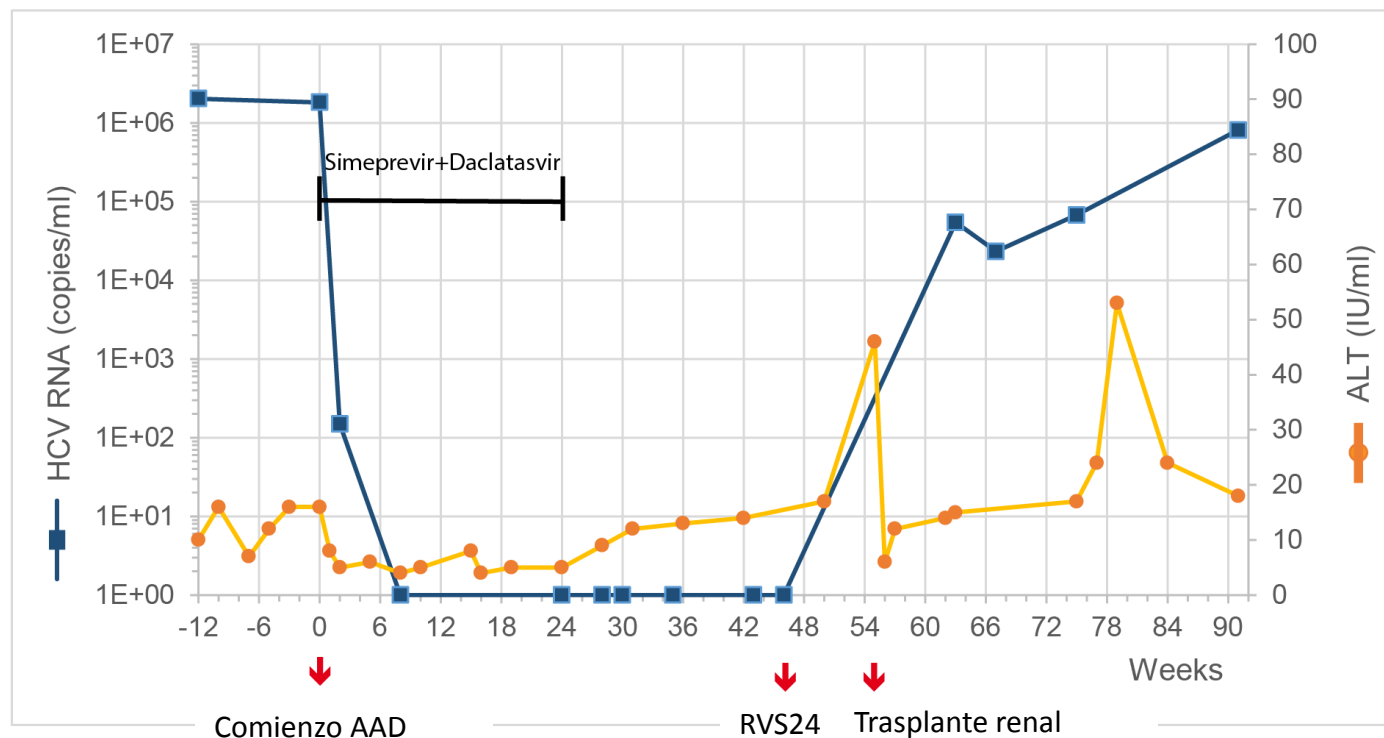
1 Paciente – Recidiva tardía:

- 1b
- *Naïve*
- Cirrosis
- 2 trasplantes renales: 1990 y 2016
- Semana 39: 54.500 UI/mL

Resultados

CASO RECIDIVA TARDIA (SEMANA 51 post-tratamiento)

- 2º Trasplante renal (2016) – Donante serología VHC: Negativa y C.V indetectable.
 - Pauta completa: **SMV + DCV 24 semanas**
 - Tratamiento inmunosupresor:
Tacrolimus + Micofenolato de mofetilo + Prednisona

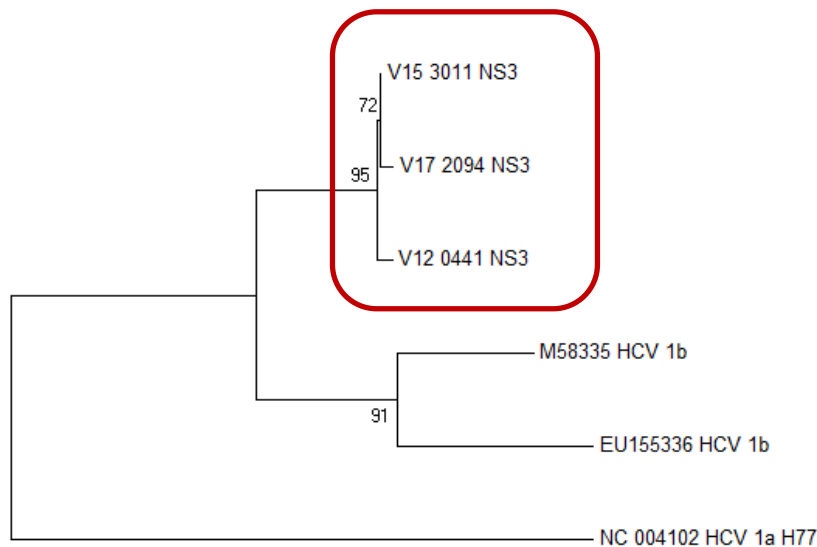


Resultados

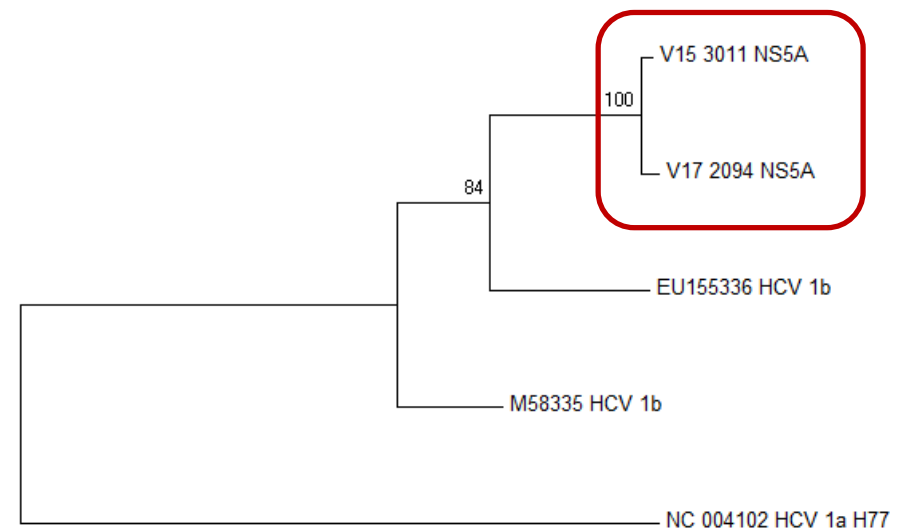


CASO RECIDIVA TARDIA (SEMANA 51 post-tratamiento)

- Genotipado región **NS5B: 99,7% homología (2015 y 2017)**
- Estudio de resistencias NS3 y NS5A:
 - Previo AAD: No mutaciones asociadas a resistencia NS3 y NS5A.
 - **Posterior AAD y trasplante renal: L31F y Y93H (NS5A).**



**Árbol Filogénético ML
region NS3 (571nt)**



**Árbol Filogénético ML
region NS5A (692nt)**

Conclusiones

- La cuantificación de VHC a partir de la semana 48 se realiza en nuestro centro en un alto porcentaje de pacientes.
- Se puede producir reactivación tardía por cepas resistentes en pacientes inmunosuprimidos, por lo que sería necesario prolongar el seguimiento en esta población.

AGRADECIMIENTOS

- M. Fernández Alonso
- M. Rúa
- P. Sanz
- M.C. Gil
- M.F. Merino



- J.l. Herrero
- B. Sangro
- M. Iñarrairaegui
- J. Quiroga
- N. García

