

Coinfección por el virus de la hepatitis C y el virus de la inmunodeficiencia humana en una población de riesgo

Co-infection due to the hepatitis C virus and the human immunodeficiency virus in a population at risk

Dra. Odris Lescay Bell, Dra. Elba Patricia Cabezas Niubo, MsC. María Janine Suárez Suárez, MsC. Jesús Fernández Duharte y MsC. Daisy Martén Maren

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago De Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal de 25 pacientes con coinfección por el virus de la hepatitis C y el de la inmunodeficiencia humana, quienes habían sido remitidos al Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" en Santiago de Cuba, en el período de enero del 2012 a igual mes del 2014, a fin de determinar las características epidemiológicas, clínicas y humorales en ellos. En la serie se obtuvo que la infección por ambos virus fuera más frecuente en el grupo etario de 30–39 años (36,0 %), en el sexo masculino (96,0 %) y en los integrantes del grupo de múltiples riesgos (64,0 %). La mayoría de los pacientes habían sido diagnosticados con la coinfección en un período inferior a los 3 años, referían más de una manifestación clínica y presentaron resultados elevados en las pruebas funcionales hepáticas.

Palabras clave: coinfección viral, virus de la hepatitis C, virus de la inmunodeficiencia humana, pruebas funcionales hepáticas, población de riesgo, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive, prospective and cross-sectional study of 25 patients with diagnosis of co-infection due to hepatitis C virus and that of the human immunodeficiency who had been referred to "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba, was carried out from January, 2012 to the same month in 2014, in order to determine the epidemiological, clinical and humoral characteristics in them. In the series it was obtained that the infection due to both viruses was more frequent in the 30-39 age group (36.0%), in male sex (96.0%) and in the members of the multiple risks group (64.0%). Most of the patients had been diagnosed with the co-infection in less than the 3 years, they stated more than one clinical feature and presented high results in the liver functional tests.

Key words: viral co-infection, hepatitis C virus, human immunodeficiency virus, liver functional tests, population at risk, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha ocurrido una explosión de conocimientos acerca de las hepatitis virales y su coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), lo cual es un grave problema de salud en crecimiento que afecta a millones de personas en el mundo y que causa elevadas morbilidad y mortalidad en la población, al convertirse en reemergente, con implicaciones epidemiológicas, clínicas y terapéuticas.¹

Cabe señalar que a la infección de 2 o más agentes patógenos se le denomina coinfección, por ejemplo, la coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) y el VIH, la cual es llamada "combinación mortal", pues existe un estimado de 4 a 5 millones de personas que la presentan en todo el mundo, o sea, 1 de cada 3 pacientes con VIH presentan VHC. En América Latina y el Caribe más de 2,1 millones de personas viven con hepatitis C crónica y VIH, donde la región del Caribe posee la segunda prevalencia más alta del mundo, con 2,3 %; asimismo, en Europa Occidental y Estados Unidos aumenta paulatinamente el contagio de ambas entidades clínicas. Cuba no está exenta de esta situación, pues cada vez es más frecuente dicho diagnóstico sobre todo en jóvenes, y en especial en la provincia de Santiago de Cuba ha alcanzado una prevalencia de 2,07 %.

Ambas epidemias son paralelas, pues los dos ribonucleótidos virales poseen vías de transmisión similar, aunque es más fácil contraer primero la infección por VHC que por VIH (en la transmisión parenteral); estas se replican con rapidez, producen formas más malignas de hepatitis C y estado de inmunosupresión.^{2,3}

En individuos coinfectados se han descrito factores pronósticos de mayor progresión de daño hepático: niveles bajos de CD4, consumo de alcohol y alteraciones inmunológicas producidas por el VIH, el cual transforma la respuesta de las células T (disminución de la expresión Th1) sobre los antígenos del VHC, y así se produce un aumento del virus en el tejido hepático, lo cual se asocia con una mayor afectación.⁴

Se ha demostrado que mientras la progresión de la enfermedad por el VIH no parece ser alterada por la coinfección con el VHC, la hepatitis C sí progresa en forma más rápida y crónica activa en presencia del VIH, con niveles séricos más elevados de ácido ribonucleótido del VHC (carga viral) y disminución importante de los niveles de CD4.

Por esta razón, la hepatitis C se considera una infección oportunista en relación con el sida; de manera que lograr un equilibrio inmunitario en pacientes con VIH, les permitiría llevar una infección por el VHC con una evolución similar a los no infectados por VIH.^{5,6}

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal de 25 pacientes con diagnóstico de coinfección por el virus de la hepatitis C y el virus de la inmunodeficiencia humana, quienes habían sido remitidos de la consulta Provincial de VIH-SIDA a la consulta de Hepatitis C del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" en Santiago de Cuba, en el período de enero del 2012 a igual mes del 2014, a fin de determinar las características epidemiológicas, clínicas y humorales en ellos.

Para la recolección de los datos se confeccionó una planilla, en la cual se incluyeron las variables: edad, sexo, grado de escolaridad, procedencia, grupos de riesgo, manifestaciones clínicas, tiempo de diagnóstico y pruebas funcionales hepáticas. En el

procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 12, y los resultados se expresaron en porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

Se observó un predominio del sexo masculino en los pacientes coinfectados, con 24, para 96,0 % (tabla 1). En cuanto a la edad, resultó más frecuente el grupo etario de 30–39 años, con 9 afectados, para 36,0 %, seguido del grupo de 20-29 años, con 7 (28,0 %).

Tabla 1. Pacientes coinfectados según grupos etarios y sexo

Grupos etarios (años)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29			7	100,0	7	28,0
30-39	1	11,1	8	88,8	9	36,0
40-49			5	100,0	5	20,0
50-59			4	100,0	4	16,0
Total	1	4,0	24	96,0	25	100,0

Según el grupo de riesgo, primaron los pacientes que presentaban varios riesgos combinados, con 8, para 32,0 %, lo que mostró una mayor incidencia en el grupo etario de 30-39 años, para 50,0 % (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes coinfectados según grupos de riesgo y grupos etarios

Grupos de riesgo	Grupos etarios (años)								Total	
	20-29		30-39		40-49		50-59		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Hombre con sexo con hombre	1	20,0	2	40,0			2	40,0	5	20,0
Drogadicción					2	100,0			2	8,0
Promiscuidad					3	100,0			3	12,0
Instrumentos contaminados	2	66,6	1	33,3					3	12,0
Enfermedades de transmisión sexual	2	50,0	2	50,0					4	16,0
Combinados	2	25,0	4	50,0			2	25,0	8	32,0
Total	7	28,0	9	36,0	5	20,0	4	16,0	25	100,0

La mayoría de los pacientes presentaron más de una manifestación clínica (16 de ellos, para 64,0 %); solo 2 afectados (8,0 %) no poseían ninguna (tabla 3).

Tabla 3. Pacientes coinfectados según manifestaciones clínicas

Manifestaciones clínicas	No.	%
Astenia	3	12,0
Diarreas	3	8,0
Dolor articular	1	4,0
Dolor abdominal	2	8,0
Combinadas	16	64,0
Total	25	100,0

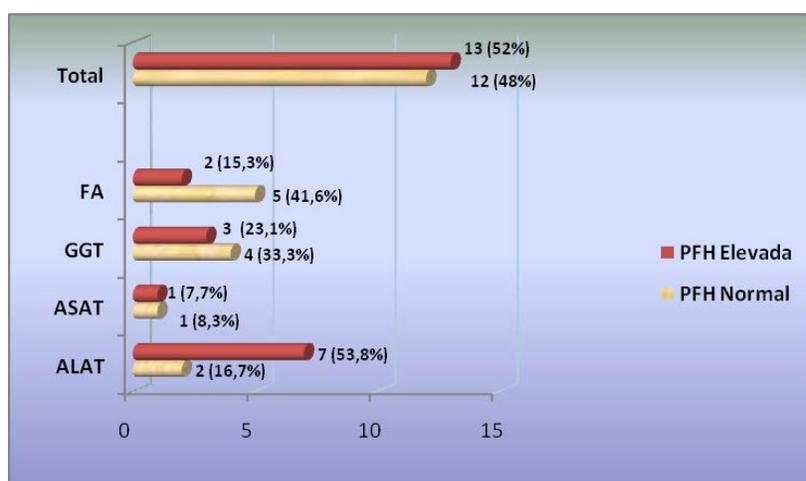
Respecto al tiempo de diagnóstico de la enfermedad (tabla 4), se apreció una superioridad del período menor de 3 años, con 16 pacientes, para 64,0 %; de ellos, el mayor número se encontraba infectado por el HVC, con 9, para 56,3 %.

Tabla 4. Pacientes infectados según tiempo de diagnóstico de la enfermedad

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	VHC		Pacientes infectados				Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 3 años	9	56,3	6	37,5	1	6,2	16	64,0
De 3-6 años	3	50,0	1	16,6	2	33,3	6	24,0
Más de 6 años	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	12,0

N=25

La figura muestra que del total de pacientes, 13 presentaron resultados elevados de las pruebas funcionales hepáticas (PFH), para 52,0 %, con predominio de la alanino aminotransferasa en 7 de ellos, para 53,8 %.



Legenda. FA: fosfatasa alcalina, GGT: gammaglutamiltranspeptidasa, ASAT: aspartato aminotransferasa, ALAT: alanino aminotransferasa

Fig. Pacientes coinfectados según resultados de las pruebas funcionales hepáticas

DISCUSIÓN

Los resultados de esta serie en cuanto a la edad y el sexo coincidieron con los de un estudio⁷ en México, y también con los de investigaciones nacionales⁸⁻¹⁰ llevadas a cabo en Cienfuegos y en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri"; sus autores identificaron preponderancia del grupo etario de 30-40 años y del sexo masculino, con una razón hombre-mujer de 4:1.

En varias publicaciones¹¹⁻¹³ se ha señalado la asociación de varios grupos de riesgo en la aparición de dicha coinfección, en las cuales se ha referido la vía sanguínea -- en todas sus variedades -- como la de principal transmisión. También aumenta el riesgo de coinfección hasta en 30 % si la persona afectada o su pareja presentan una enfermedad de transmisión sexual concomitante, o si son hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres.¹⁴⁻¹⁶

No resultó fácil identificar las manifestaciones clínicas, pues en la mayoría de los casos es imposible conocer el inicio de los síntomas debido a que aparentemente no existen; sin

embargo, en estudios^{17,18} efectuados en Estados Unidos y México, entre otros, se plantea que las manifestaciones clínicas aparecen combinadas o son muy escasas.

En cuanto al tiempo de diagnóstico de la enfermedad, en la mayoría de las investigaciones revisadas no se recogía este dato; no obstante, en una serie mejicana⁷ se refiere que 52,4 % del total de pacientes tenía menos de 5 años de diagnóstico.

Aunque no son claras las consecuencias de la coinfección del VHC en la evolución de la enfermedad por el VIH, lo esencial es realizar un diagnóstico precoz para iniciar cuanto antes el tratamiento contra la hepatitis C. Debe señalarse que las enzimas hepáticas permiten evaluar determinadas funciones del hígado, pues se propagan por la sangre cuando este se encuentra dañado; si bien ellas no revelan todo lo relacionado con la coinfección, suelen ser el primer indicador de su presencia y, a pesar de que no indican su gravedad, alertan sobre las complicaciones. En muchos estudios se señala un aumento de las enzimas hepáticas en el perfil de citólisis.^{9,18,19}

Pudo concluirse que la coinfección por la hepatitis crónica por virus C y el VIH-sida constituye un problema de salud actual, que se observa con mayor frecuencia en personas de la tercera década de la vida, en quienes presentan múltiples grupos de riesgo y en el sexo masculino. La mayoría de los integrantes de esta serie fueron diagnosticados con la coinfección en un período inferior a los 3 años y refirieron más de una manifestación clínica, donde predominaron los marcadores hepáticos de citólisis entre los hallazgos humorales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Branch AD, Van Natta ML, Vachon ML, Dieterich DT, Meinert CL, Jabs DA. Mortality in HCV-infected patients with a diagnosis of AIDS in the era of combination anti-retroviral therapy. *Clin Infect Dis*. 2012; 26(8): 971-97.
2. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2008 [citado 5 Mar 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/index.html
3. Cargill VA. HIV/hepatitis C virus co-infection: its human face. *AIDS*. 2005; 19(Suppl.): 1-2.
4. Tural C, Fuster D, Tor J, Ojanguren I, Sirera G, Ballesteros A, et al. Time on antiretroviral therapy is a protective factor for liver fibrosis in HIV and hepatitis C virus (HCV) co-infected patients. *J Viral Hepat*. 2003; 10(2): 118-25.
5. Pol S, Couzigou P, Bourlière M, Abergel A, Combis JM, Larrey D, et al. A randomized trial of ribavirin and interferon-alpha vs. interferon-alpha alone in patients with chronic hepatitis C who were non-responders to a previous treatment. *J Hepatol*. 1999; 31(1): 1-7.
6. Alexander I, Millen J, Fallows D. Sida global: verdades y mentiras: herramientas para luchar contra la pandemia del siglo XXI. Barcelona: Paidós; 2004.
7. Rivera Landa DE. Prevalencia de la co-infección VIH/SIDA-hepatitis viral B/C y los determinantes sociales en usuarios del CAPASITS del Hospital "Dr. Luis F. Nachón", Xalapa, Ver [tesis]. Veracruz: Universidad Veracruzana; 2011 [citado 5 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/files/2014/10/TESIS003-2011.pdf>

8. Padrón Alfonso A, Reyes Corcho A, Hernández Monzón V, Jam Morales BC, Bouza Jiménez Y, Cabanes P, et al. Coinfección VIH-hepatitis B y C en la provincia de Cienfuegos. *Rev Cubana Med Trop.* 2008 [citado 5 Mar 2015]; 60(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602008000200007
9. Bello Corredor M, Montalvo Villalba MC, Rodríguez Lay LA, Valdés Alonso L, Sariego Frómata S, Pedroso Flaquet P, et al. Hepatitis C en pacientes VIH positivos. *Rev Cubana Med Trop.* 2008 [citado 5 Mar 2015]; 60(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602008000300012
10. Arús Soler E. Historia natural de la infección por el virus de la hepatitis C. *Rev Cubana Med.* 2006 [citado 5 Mar 2015]; 45(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/asul_06/med28a_06.htm
11. Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB. Diagnosis, management and treatment of hepatitis C: an update. *Hepatology.* 2009; 49(4): 1335-74.
12. Gordon SC, Bayati N, Silverman AL. Clinical outcome of hepatitis C as a function of mode of transmission. *Hepatology.* 1998; 28(2): 562-7.
13. White EF, Garfein RS, Brouwer KC, Lozada R, Ramos R, Firestone-Cruz M, et al. Prevalence of hepatitis C virus and HVI infection among injection drug users in two Mexican cities bordering U.S. *Salud Pública Mex.* 2009; 49(3): 165-72.
14. Stubbe L, Soriano V, Antunes F. Hepatitis C in the EuroSida cohort of European HIV-infected patients: prevalence and prognostic value. In: *The XII International AIDS Conference.* Ginebra: [s.n.]; 1998.
15. Akin M, Fernández MI, Bowen GS, Warren JC. HIV risk behaviors of Latin American and Caribbean men who have sex with men in Miami, Florida, USA. *Rev Panam Salud Pública.* 2008; 23(5): 341-8.
16. García A, Nogueira I, Cowgill K. Panorama epidemiológico y repercusiones económicas. In: *Nogueira I, Cowgill K. El VIH/SIDA en países de América Latina.* Washington, D.C.: OPS; 2004. p. 54.
17. Sánchez F. *VIH SIDA y Hepatitis C, una combinación mortal.* 2011. 5 ed. Mc Graw – Hill Interamericana Editores. México.
18. Laufer NL, Quarleri JF, Bouzas MB, Pérez HM, Salomón H, Cahn PE. Coinfecciones por HVB y HVC en pacientes HIV positivos en la "era HAART": nuevos desafíos. *Medicina (B. Aires).* 2007; 67(1): 82-91.
19. Michaels AJ, Nelson DR. New therapies in the management of hepatitis C virus. *Curr Opin Gastroenterol.* 2010; 26(3): 196-201.

Recibido: 19 de noviembre de 2015.

Aprobado: 17 de septiembre de 2016.

Odris Lescay Bell. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: odris@hospclin.scu.sld.cu