

**Tratamiento con interferón pegilado y ribavirina en pacientes coinfectados por el virus de la inmunodeficiencia humana y virus de la hepatitis C**

**Sr. Director:**

El Dr. Moreno Cuerda et al, así como el Dr. Brun Romero et al, han comentado recientemente en su revista algunos aspectos de la problemática existente en la coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC)<sup>1,2</sup>.

Enfatizan la necesidad de realizar tratamiento específico con interferón pegilado y ribavirina a los pacientes coinfectados VIH/VHC, para estabilizar en una primera fase e incluso disminuir la morbilidad de estos pacientes.

Pienso que existe cierta confusión sobre las indicaciones y la eficacia de los citados tratamientos que sería aconsejable matizar.

En primer lugar, es necesario enfatizar el elevado número de contraindicaciones existentes para realizar un tratamiento con interferón y ribavirina y que recordamos a continuación: cirrosis descompensada, trastornos psiquiátricos, incluyendo depresión y diversas psicopatías, alcoholismo, adicción a drogas por vía parenteral, recomendándose una abstinencia de al menos un año antes de comenzar el tratamiento, enfermedad cardíaca grave o vascular cerebral, insuficiencia renal, diabetes mellitus mal controlada, crisis comiales mal controladas, leucopenia inferior a 2.500 leucocitos, neutropenia inferior a 1.500 neutrófilos, anemia de menos de 12 g en las mujeres y de 13 g en los varones, trombopenia inferior a 80.000 plaquetas, embarazo o incapacidad de mantener una anticoncepción segura, diversas hemoglobinopatías, enfermedades autoinmunitarias, coinfección activa con el virus de la hepatitis B (VHB), hepatopatía alcohólica y hepatopatías autoinmunitarias o metabólicas<sup>3</sup>.

Por otra parte, respecto a la infección por el VIH, se recomienda que mantenga unos valores de linfocitos CD4 por encima de 200-300, que la carga viral sea indetectable o prácticamente indetectable, y que el paciente haya demostrado en el seguimiento efectuado hasta ese momento una buena adherencia al tratamiento y a las revisiones<sup>3</sup>.

Asumiendo estrictamente las contraindicaciones para el tratamiento de la hepatitis C en coinfectados, únicamente el 25-30% en el mejor de los casos podrían ser subsidiarios del tratamiento antiviral, por lo que las tres cuartas partes de los pacientes quedarían sin tratamiento<sup>4</sup>.

En pacientes no coinfectados el tratamiento con interferón y ribavirina se estima que podría curar aproximadamente al 50-60% de los enfermos con hepatopatía crónica por el VHC. La distribución de los genotipos del VHC en la población española infectada muestra un predominio muy acentuado del genotipo 1, que viene a representar más del 70% del total de casos<sup>5,6</sup>.

El tratamiento con interferón pegilado y ribavirina permite alcanzar una respuesta virológica sostenida en el 30% de los casos del genotipo 1, ascendiendo hasta el 60% de los casos de los genotipos 2 y 3, pero, como hemos dicho, la gran mayoría de los casos de coinfectados en nuestro país se trata de pacientes con genotipo 1.

Resumiendo, de cada 10 pacientes coinfectados podríamos tratar a 3 y de éstos el 70% al menos tendrían genotipo 1, que muestra una respuesta virológica sostenida, del 30%. Por lo que podemos estimar que únicamente en un 10-15% de los casos de coinfección podríamos obtener una respuesta virológica sostenida, a los demás o no podremos tratarlos o no obtendremos respuesta sostenida y, sin embargo, en un elevado porcentaje de casos sí se presentarán diversos efectos secundarios, algunos muy graves<sup>7</sup>.

En mi opinión, con las medicaciones existentes hasta ahora desgraciadamente no podemos modificar sustancialmente el curso de la coinfección, siendo imprescindible la aparición de nuevos fármacos en un colectivo tan complejo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Cuerda VJ, Morales-Conejo M, Rubio R. Causas de ingreso hospitalario en pacientes con coinfección VIH en el Área 11 de Madrid durante el año 2003. *Rev Clin Esp.* 2006;206:359-60.
2. Brun Romero FM, Martín Aspas A, Girón González JA. Modificaciones en los ingresos y mortalidad de los pacientes con infección por VIH durante el período 2001-2003 (réplica). *Rev Clin Esp.* 2006;206:360.
3. Murillas J, García M, Tural C. Control de la coinfección de VIH y VHC. En: Gatell JM, Clotet B, Podzamczer D, Miró JM, Mallolas J, editores. Guía práctica del SIDA. Barcelona: Editorial Masson; 2004. p. 443-51.
4. Marcos Sánchez F, Albo Castaño MI, Martín Barranco MJ, Casallo Blanco S, Joya Seijo D, del Valle Loarte P. Dificultades en la selección de pacientes coinfecctados por el VIH para recibir tratamiento contra el virus de la hepatitis C. *Gastroenterol Hepatol.* 2005;28:363-4.
5. Touceda S, Pereira M, Aguila A. Prevalencia de genotipos del virus de la hepatitis C en el área de El Ferrol. *Enferm Infect Microbiol Clin.* 2002;20:200-4.
6. Rodríguez JM, García J, Moya I, Ayelo A, Vázquez N, Sillero C, et al. Variabilidad genética del virus de la hepatitis C en el área sanitaria de Elche (España). Correlación entre el antígeno del core y la carga viral. *Gastroenterol Hepatol.* 2003;26:407-10.
7. Lafeuillade A, Hitninger G, Chadapaud S. Increased mitochondrial toxicity with ribavirin in HIV/HCV coinfection. *Lancet.* 2001;357:280-8.

F. Marcos Sánchez, M. I. Albo Castaño y S. Casallo Blanco

*Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora del Prado.  
Talavera de la Reina. Toledo.*