

## Réplica

### Sr. Director:

Hemos leído con detenimiento la réplica realizada por el Dr. Marcos et al en el que comenta que en base a la distribución genotípica del virus de la hepatitis C (VHC) en nuestro medio y las tasas de respuesta virológica sostenida (RVS) en pacientes con coinfección virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)-VHC, no se puede modificar sustancialmente el curso natural de la infección por VHC.

Dada la toxicidad del tratamiento con interferón pegilado más ribavirina asociado a unas tasas de RVS en el paciente coinfectado que distan mucho de ser las ideales (RVS fenotipos 1 y 4: 17-29%; RVS genotipos 2 y 3: 44-62%)<sup>1,2</sup>, estamos plenamente de acuerdo con el Dr. Marcos en que es necesaria la aparición de nuevos fármacos para el tratamiento de la infección por VHC.

Sin embargo, no estamos de acuerdo con el Dr. Marcos en que no podamos modificar sustancialmente el curso natural de la infección por VHC en los pacientes coinfectados. Es conocido que la infección por VIH modifica la historia natural de la infección por VHC, siendo responsable de una más rápida y frecuente progresión a cirrosis hepática<sup>3</sup>. Por otro lado, el beneficio del tratamiento con interferón pegilado más ribavirina no se circunscribe únicamente a la RVS, dado que el interferón puede modificar por sí mismo los parámetros de actividad necroinflamatoria hepática, pudiendo así modificar la historia natural de la infección por VHC<sup>4</sup>. En base a estos hechos, y dado que la supervivencia del paciente con infección VIH se ha prolongado sustancialmente con el tratamiento antirretroviral de gran actividad, las actuales guías clínicas manifiestan explícitamente que el tratamiento específico para el VHC debe ser indicado al menos con tanta intensidad como en los pacientes monoinfectados, a pesar de obtener unas tasas de RVS que distan mucho de ser las ideales<sup>5,6</sup>.

Es cierto que el tratamiento con interferón pegilado más ribavirina es causante de múltiples efectos secundarios. Ahora bien,

una cuidadosa selección de los pacientes y un estrecho seguimiento clínico-analítico son esenciales para un adecuado manejo de los efectos adversos y prevención de los mismos, con la finalidad de maximizar el beneficio del tratamiento específico para el VHC<sup>7</sup>.

Aunque el tratamiento con interferón pegilado más ribavirina presenta una serie de contraindicaciones que deben ser tenidas en cuenta antes de iniciar dicho tratamiento, y por tanto limita su uso en una proporción no desdeñable de pacientes, no significa que no modifique el curso natural de la infección por VHC en los pacientes que lo reciben. Por otro lado, se precisan estudios más amplios que el autorreferenciado por el Dr. Marcos<sup>8</sup> para conocer con detalle la proporción de pacientes coinfectados en los que está estrictamente contraindicado el tratamiento con interferón pegilado más ribavirina. En este sentido, un estudio transversal multicéntrico nacional<sup>9</sup> analizó la prevalencia de coinfección VIH-VHC y la proporción de pacientes candidatos a recibir tratamiento específico para el VHC. Este estudio concluyó que el 37-43% de los pacientes coinfectados eran buenos candidatos a recibir tratamiento con interferón pegilado más ribavirina; en contraste con esta proporción, sólo el 15% habían recibido dicho tratamiento. Por otro lado, determinados pacientes no son candidatos a recibir tratamiento en un momento puntual (por la presencia de alguna contraindicación); sin embargo, hay que estar expectantes en su seguimiento, dado que pueden modificarse las circunstancias clínicas del paciente y, por tanto, ser candidatos a recibir tratamiento específico para el VHC más adelante.

En conclusión, todo paciente con coinfección VIH-VHC debe ser considerado como potencial candidato para recibir tratamiento con interferón pegilado más ribavirina, mientras no presente ninguna contraindicación, dado el alto riesgo de progresión a cirrosis en comparación con los pacientes monoinfectados<sup>6</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Torriani F, Rodríguez-Torres M, Rockstroh J, Lissen E, González-García J, Lazzarin A, et al. Peginterferon Alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2004;351:438-50.
2. Carrat F, Bani-Sadr F, Pol S, Rosenthal E, Lunel-Fabiani F, Benzekri A, et al. Pegylated interferon alfa-2b vs standard interferon alfa-2b, plus ribavirin, for chronic hepatitis C in HIV-infected patients. *JAMA*. 2004;292:2839-48.
3. Martín-Carbonero L, Benhamou Y, Puoti M, Berenguer J, Mallolas J, Queda C, et al. Incidence and predictors of severe liver fibrosis in HIV infected patients with chronic hepatitis C – a European collaborative study. *Clin Infect Dis*. 2004;38:128-33.
4. Chung R, Andersen J, Volberding P, Robbins G, Liu T, Sherman K, et al. Peginterferon Alfa-2a plus ribavirin versus interferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C in HIV-coinfected persons. *N Engl J Med*. 2004;351:451-9.
5. Tien PC; Veterans Affairs Hepatitis C Resource Center Program; National Hepatitis C Program Office. Management and treatment of hepatitis C virus infection in HIV-infected adults: recommendations from the Veterans Affairs Hepatitis C Resource Center Program and National Hepatitis C Program Office. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:2338-54.
6. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Management of hepatitis C. 2002. *Hepatology*. 2002;36(5) Suppl 1:3-20.
7. Núñez M, Soriano V. Risks and benefits of antiretroviral therapy in HIV-HCV co-infected patients. *J Hepatol*. 2005;42:290-2.
8. 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 coinfectados por el VIH para recibir tratamiento contra el virus de la hepatitis C. *Gastroenterol Hepatol*. 2005;28:363-4.
9. González García JJ, Mahillo B, Hernández S, Pacheco R, Díez S, García P, et al. Estudio multicéntrico sobre la prevalencia de co-infecciones por virus de hepatitis, indicación de tratamiento de hepatitis crónica C y necesidad de trasplante hepático en pacientes infectados por el VIH en España. Estudio GESIDA 29/02 – FIPSE 12185-01. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:340-8.

V. J. Moreno Cuerda, M. Morales Conejo y R. Rubio

Unidad de Infección VIH. Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Madrid.