



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO



HEPATITIS B

¿Qué es la hepatitis B y tipos?

La hepatitis B es una enfermedad producida por la infección de un virus de tipo ADN, que infecta e inflama el hígado. Puede producir un cuadro agudo (hepatitis B aguda) o que se prolonga en el tiempo (hepatitis B crónica).

¿Es frecuente la infección crónica por el virus de hepatitis B (VHB)?

Se estima que existen alrededor de 400 millones de personas infectadas por VHB en todo el mundo, encontrándose la mayoría de ellas en Asia y el Pacífico Occidental. De éstos, del 2% al 5% desarrollan una hepatitis crónica mientras que el resto elimina el virus espontáneamente gracias a la acción de su sistema inmunológico. A su vez, de entre estos pacientes crónicos, del 25% al 30% evolucionan a cirrosis hepática.

¿De qué depende la evolución a hepatitis crónica y/o cirrosis hepática?

Pasados 6 meses de la primoinfección por el VHB, podemos hablar de hepatitis crónica B. Una vez establecida, la replicación activa y continua del virus, afectando a nuevos hepatocitos, así como la inflamación de larga evolución, tienen gran influencia en la progresión a cirrosis.

El principal factor determinante de la supervivencia a largo plazo es la extensión de la hepatopatía en el momento del diagnóstico.

¿Qué significa el estado de portador crónico de VHB?

Los portadores crónicos del VHB son pacientes con infección persistente por VHB, pero con niveles de transaminasas normales y carga viral (“cantidad de virus”) indetectable. El virus está como “dormido”. Estos pacientes no tienen actividad de la enfermedad pero pueden transmitirla y puede sufrir reactivación del virus por diferentes motivos, la mayoría de ellos relacionados con estados de inmunodepresión (infección por el VIH, tratamiento con inmunosupresores tales como corticoides, quimioterapia...). Se diferencian dos subgrupos:

- Portadores inactivos: carga viral baja (mediante técnicas de PCR) y niveles de transaminasas normales.
- Portadores activos: carga viral detectable por cualquier técnica (incluso aquellas menos sensibles que la PCR) y niveles de transaminasas elevados persistentemente o fluctuantes.

¿Qué síntomas produce?

En la inmensa mayoría de las ocasiones la hepatitis crónica B no produce síntomas. Algunos pacientes refieren sensación de cansancio, pero es difícil saber si el mismo se debe a la enfermedad o a otros motivos. Excepcionalmente, debido a la aparición de episodios de reactivación, puede producirse un cuadro similar al de una hepatitis aguda, con cansancio, pérdida de apetito e ictericia (coloración amarillenta de la conjuntiva y de la piel). En los casos en los que la enfermedad ha evolucionado a cirrosis pueden presentarse los síntomas propios de las complicaciones de esta enfermedad.

¿Existe relación con el hepatocarcinoma (HC)?

Una vez establecida la cirrosis hepática, la frecuencia acumulativa a los 5 años varía entre el 9% y el 14%. Los factores asociados a un mayor riesgo de HC son el sexo masculino, una edad superior a 45 años, tener un pariente de primer grado con HC, la presencia de cirrosis, la positividad para el HBeAg y la reversión desde el estado anti-HBe a la positividad de HBeAg.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de infección crónica por el VHB se establece cuando se demuestra en sangre la persistencia durante más de 6 meses del antígeno de superficie del VHB (HBsAg). Una vez diagnosticada la existencia de infección crónica por el VHB, es preciso establecer en cuál de las tres posibles fases de la misma se encuentra el paciente:

- Hepatitis crónica B HBeAg positivo. Se caracteriza por la presencia además del HBsAg, del antígeno e (HBeAg) y de altos niveles de ADN-VHB, como consecuencia de la presencia de replicación viral activa. La mayoría de los pacientes que se encuentran en esta fase tienen cifras de transaminasas elevadas.
- Hepatitis crónica B HBeAg negativo. Se define por la presencia en suero del HBsAg, del anticuerpo frente al HBeAg (antiHBe) y de altos niveles de ADN-VHB. Una elevada proporción de los pacientes tienen también cifras elevadas de transaminasas, aunque en esta situación pueden existir periodos más o menos prolongados en los que las mismas son normales.

¿Necesita tratamiento esta enfermedad?

Es recomendable que todos los pacientes con hepatitis crónica B acudan al especialista. Se traten o no, es necesario hacer un seguimiento periódico mediante análisis y ecografía. El objetivo final del tratamiento es evitar la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones de la misma y ello se consigue a través de la inhibición de la replicación del VHB.

El tratamiento antivírico está indicado únicamente en pacientes con hepatitis crónica B, HBe- Ag positivo o negativo, que presenten cifras de transaminasas elevadas. Los portadores inactivos del HBsAg no deben ser tratados porque en

ellos la enfermedad no progresa y los tratamientos de los que se dispone en la actualidad rara vez consiguen erradicar la infección.

Por otra parte, en los pacientes con hepatitis crónica B y con cifras de transaminasas normales o casi normales, la progresión de la enfermedad es lenta, por lo que en la mayoría de los casos tampoco el tratamiento está indicado.

Tratamiento

Al decidir sobre el tratamiento más idóneo para los pacientes con hepatitis crónica B, se debe tener en cuenta la concentración en sangre de transaminasas, la del ADN del virus y la afectación del tejido hepático en el momento inicial (presencia de fibrosis o incluso cirrosis), así como el coste del tratamiento, los posibles efectos secundarios, la capacidad del paciente para sobrellevarlos, la edad y otras posibles enfermedades coincidentes en el paciente.

Existen numerosos fármacos disponibles para tratar la hepatitis crónica B. Una vez el paciente comienza el tratamiento, precisa seguimiento por el especialista con analíticas seriadas para monitorizar la respuesta al tratamiento, así como detectar posibles efectos secundarios o resistencias al mismo.

- Lamuvudina: disminuye la actividad de la enfermedad y la evolución de la inflamación. La dosis es 100 mg/día vía oral. Su mayor problema es la alta tasa de resistencias a largo plazo.
- Adefovir: tiene menor tasa de resistencias que lamivudina. Además, añadido a lamivudina puede disminuir el riesgo de desarrollo de resistencias. La dosis es 10 mg/día vía oral. Su potencia antiviral es débil y presenta resistencias a largo plazo.
- Entecavir: más potente que lamivudina y adefovir. Las resistencias son infrecuentes en pacientes que no han sido tratados previamente con

otros fármacos, pero llega al 50% en pacientes tratados previamente con lamivudina. La dosis es 0,5 mg/día y 1 mg/día vía oral para resistentes a lamivudina.

- Tenofovir: más potente que adefovir. Las resistencias son infrecuentes. La dosis es 300 mg/día vía oral. Es efectivo en pacientes resistentes a lamivudina, telbivudina, entecavir. No sirve para aquellos resistentes a adefovir.
- Telbivudina: más potente que lamivudina y adefovir. Las resistencias son frecuentes y los resistentes a lamivudina también lo son telbivudina. La dosis es 600 mg/día vía oral.
- Interferón: indicado en pacientes con inflamación sin cirrosis. Para pacientes jóvenes sin cirrosis que no quieren tratamiento a largo plazo. Se administra vía intramuscular. El tratamiento dura un año, frente a los tratamientos vía oral que se pueden prolongar por varios años hasta que se consigue la respuesta deseada. Las desventajas son la vía de administración y los posibles y numerosos efectos secundarios.
- Trasplante: es una opción para pacientes con cirrosis avanzada. El proceso para confirmar que el paciente es un buen candidato. Sólo indicado en pacientes con cirrosis avanzada y/o hepatocarcinoma precoz y condiciones basal médica y social favorables son incluidos en lista de espera. Debido a la escasez de donantes, no todos los pacientes en lista recibirán un trasplante.