

Las Hepatitis a debate

Hepatitis Debate

María del Carmen Maroto Vela
Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental

Se entiende por hepatitis todo proceso inflamatorio con tropismo hepatobiliar predominante, pero no exclusivo, producido por diferentes agentes etiológicos. La importancia radica en su gran difusión, la necesidad de un tratamiento prolongado, el elevado número de complicaciones, e incluso estar considerada, en el caso de las víricas, como enfermedad profesional para los sanitarios.

Las hepatitis se clasifican en dos grupos: tóxicas o medicamentosas, y víricas. Dentro de las víricas, a su vez, destacamos dos grandes grupos: hepatitis A, B, C, D, E (estas dos últimas poco frecuentes), y las producidas por otros virus convencionales, como por los de la rubeola, herpesvirus, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, o los llamados virus exóticos (arenavirus, virus Marburg y Ébola, etc.).

La hepatitis A está producida por un virus ARN de 27-30 nm. Incluido en la familia Picornaviridae, es de transmisión oral (a través del agua, heces o alimentos contaminados) y con un período de incubación corto (15-30 días). Cursa con un cuadro de fiebre, malestar, síntomas digestivos e ictericia, que evoluciona normalmente a la curación, siendo raras las formas crónicas. El diagnóstico es serológico, mediante la detección de IgM específica en la fase aguda, y el tratamiento suele ser sintomático. Existe una vacuna eficaz, incluida en el calendario vacunal.

La hepatitis B está producida por un virus ADN de la familia Hepadnaviridae, con una serie de antígenos (HBs, HBe y HBc) capaces de dar lugar a una respuesta inmunitaria, que serviría para un diagnóstico serológico. Tiene un período de incubación más largo (2-6 meses), con una sintomatología similar a todas las hepatitis, pero con una evolución variable, caminando hacia la forma de portador o a la cronicidad en todas sus posibles fases (fibrosis en diferentes estadios, cirrosis o incluso hepatocarcinoma). Se transmite por contacto con sangre infectada, de forma vertical (madre-hijo), y raramente por vía sexual. En este momento existe un tratamiento adecuado, pero sobre todo una vacuna efectiva que ha hecho disminuir de una forma patente el número de casos en el mundo, e indirectamente, la de hepatocarcinoma.

La hepatitis C se debe a un virus ARN, incluido en la familia Flaviviridae, que presenta una gran variabilidad genética (genotipos, subtipos, aislados y cuasiespecies), cuyo conocimiento es imprescindible, sobre todo el genotipo, para la elección del tratamiento y necesarios estudios epidemiológicos. Igualmente es importante el conocimiento del genoma para saber el lugar de acción de los diferentes fármacos. Tiene un período de incubación largo (de 1 a 5 meses), con una clínica similar a la hepatitis A y B, con un elevado número de individuos asintomáticos que no se diagnostican, pero con una mala evolución a

estadios crónicos. Es frecuente la coinfección con el VIH, empeorando la evolución de ambos procesos. La transmisión es preferentemente parenteral, baja por vía sexual, vertical o familiar, y esporádica en personal sanitario. Existen muchos casos en que no se logra conocer la forma de dicha transmisión. El diagnóstico se realiza mediante la detección de anticuerpos, pero sobre todo por el estudio del ARN (carga viral), genotipos, etc. No existe ningún tipo de vacuna.

Durante muchos años el tratamiento de la hepatitis C ha ido evolucionando, desde el interferón administrado sólo, a la forma más moderna (pergilado) junto con ribavirina, que daba lugar a importantes problemas de toxicidad y a bajas respuestas de curación. En el momento actual se dispone de varios fármacos que han hecho desaparecer dichos inconvenientes, con tasas de curación muy elevadas y que permiten su combinación. Algunos de esos fármacos presentan problemas de tipo virológico con la aparición de mutaciones, como la QFK que podría producir algún tipo de resistencias. Pero sobre todo, el gravísimo problema planteado es el económico, ya que un tratamiento normal, que puede durar doce semanas, resulta prácticamente inasequible para las diferentes administraciones sanitarias públicas, o para la mayoría de la población. En principio se hablaba de cifras cercanas a los 35-40 mil euros. Este hecho ha dado lugar a numerosas protestas por parte de los afectados, e incluso a la reclamación por parte de Médicos del Mundo ante la Oficina de Patentes Europeas. Teniendo en cuenta la existencia de un número muy elevado de infectados que podrían ser sometidos a tratamiento, y tras la creación de un Comité Científico, sólo recibirían las combinaciones de fármacos, aquellos que se encuentran en un estadio de fibrosis tipo 3 y 4, cirrosis o que van a ser sometidos a trasplantes, siendo apartados el resto, que continuarían con la pauta clásica.

Por ello, se necesita lograr un equilibrio entre el derecho a la salud de los pacientes que reclaman una casi segura curación, y el derecho a la investigación de diferentes empresas farmacéuticas. Esto pasaría por una negociación en que se pudieran respetar ambos derechos sin que sufriera la sostenibilidad del sistema sanitario. La curación de los enfermos, y la prevención indirecta que se produciría sobre los sanos impidiendo la propagación del virus en una enfermedad frente a la que no existe una vacuna eficaz, obliga, como tantas veces, a tomar posturas rápidas y valientes por parte de la Administración, de los profesionales sanitarios (que se ven abocados a elegir aquellos pacientes que pueden tratar, según la clínica, genotipo del virus, etc.), y a las empresas de investigación.

Siempre habrá que tener en cuenta que seguramente, en un tiempo corto, aparecerán estos u otros fármacos con un precio más asequible, y que es posible que surjan no sólo de nuevas investigaciones, sino de la propia competitividad entre las diferentes empresas farmacéuticas.