

Pautas propuestas para HVC y TR

Introducción: A pesar de una clara disminución en los últimos años, la infección por virus C continúa siendo un problema en el grupo de pacientes en hemodiálisis, sobre todo en los candidatos a un trasplante renal.

La ausencia de correlación entre el grado de lesión hepática y los niveles de transaminasas u otro parámetro bioquímico, hace de la biopsia hepática una herramienta imprescindible en el diagnóstico y manejo terapéutico de estos pacientes.

Con los datos existentes hasta el momento y considerando los riesgos de pérdida del riñón trasplantado por rechazo con el uso de interferón en el post trasplante, podemos concluir que los pacientes candidatos a trasplante renal deben ser evaluados con biopsia hepática y recibir tratamiento previo a la realización del trasplante renal.

Al igual que en pacientes no urémicos, la presencia de replicación viral o fibrosis en la biopsia hepática son indicadores de la necesidad de tratamiento de la infección.

Considerando lo señalado, a continuación se proponen pautas diagnósticas y terapéuticas de la infección por el VHC en el paciente candidato a trasplante renal:

- 1- Todo paciente que ingresa en plan de hemodiálisis debe ser evaluado con hepatograma y Elisa de 3era generación para VHC; si aquel es normal y el segundo negativo, reiterar el estudio al menos 1 vez a los 6 meses.
- 2- Si los test de Elisa son negativos y los hepatogramas son normales, no se solicitarán más exámenes al respecto (salvo en pacientes transfundidos). (Esto se justificaría por la baja prevalencia actual de infección por VHC en nuestros centros de hemodiálisis).

3- Si el resultado del test de Elisa es positivo o las transaminasas están alteradas (independientemente del valor y el resultado de Elisa) se solicitará PCR VHC previo a la inclusión en lista de espera para TR.

4- Con PCR negativo y transaminasas normales se incluirá en lista de espera. (Si el Elisa es positivo sería conveniente tener 2 PCR negativos separados por 6 meses)

5- Frente a un PCR positivo se realizará una biopsia hepática y determinación de carga y genotipificación.

6- Los pacientes virémicos serán considerados para tratamiento antiviral previo a su inclusión en lista de trasplante renal.

7- El tratamiento propuesto incluye el uso de interferón por un año en caso de genotipo 1 o 4 y por 6 meses en el caso del genotipo 2 o 3. Dado el alto riesgo de hemólisis y la ausencia de datos que avalen su uso en este grupo, la asociación de ribavirina será discutida para cada caso en particular por el equipo tratante.

8.- En caso de genotipo 1, se realizará carga viral a las 12 semanas de iniciado el tratamiento. Si su resultado es negativo o se evidencia una disminución superior a 2 Log respecto a la carga pre tratamiento, se continuará con el mismo hasta completar el año. En caso de que no se evidencie disminución, o la misma sea inferior a 2 Log se suspenderá el tratamiento y el paciente ingresará en lista de espera para TR.

9.- La respuesta al tratamiento instituido se evaluará luego de completado (respuesta de fin de tratamiento). La falta de respuesta en el paciente no cirrótico, no contraindica el trasplante renal, por lo que se considera que una vez completado el mismo, el paciente podrá ser incluido en la lista de espera y trasplantado si surge la posibilidad.

10.- La respuesta viral sostenida se evaluará 6 meses después de completado el tratamiento en el paciente no trasplantado. En caso de que dicho paciente haya recibido un trasplante, se solicitará PCR del VHC en las primeras 4 semanas del trasplante. De ser negativa se repetirá a los 6 meses y 1 año y luego anual.

