

## Introducción

# INTRODUCCIÓN A LA MONOGRAFÍA SOBRE TRATAMIENTO ACTUAL DE LA HEPATITIS B

E. Suárez-García (em121154@terra.es)

Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

La hepatitis B es un problema de salud mundial y constituye una de las infecciones graves más frecuentes en humanos. La infección crónica por virus de hepatitis B (VHB) se estima que afecta al 5% de la población mundial y es una causa importante de cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular. En España la prevalencia ha descendido de forma evidente en las últimas décadas debido a las campañas de vacunación de preadolescentes y de todos los recién nacidos. Estudios recientes encuentran una prevalencia de 1-1,5%, lo que supone entre 458.000 y 916.000 personas con infección crónica por VHB. En los últimos 10 años el fenómeno de las migraciones por motivos económicos ha traído a nuestro país una población, que representa el 11% de la población total, procedente de países en vías de desarrollo con prevalencia de infección crónica por VHB que supera el 8%.

La investigación científica durante 50 años ha producido medios de prevención y control de la enfermedad. La primera era en la investigación culminó con el desarrollo de la vacuna VHB, cuya eficacia y utilidad fue rápida y ampliamente aceptada. La segunda era en la investigación ha culminado con el desarrollo de múltiples fármacos para tratar la hepatitis B. Sin embargo, a diferencia de la vacuna VHB, los tratamientos no han sido rápida ni ampliamente aceptados. Esto se debe a que aún quedan preguntas y controversias sobre su uso.

1. ¿Qué pacientes con hepatitis crónica por VHB deben ser tratados?
2. ¿Con qué fármaco o fármacos?
3. ¿Durante cuánto tiempo?
4. ¿Utilizando qué marcadores para valorar su eficacia?
5. ¿El tratamiento de la hepatitis crónica por VHB altera su historia natural y evita las complicaciones graves a largo plazo?

En el grupo de pacientes cirróticos descompensados el tratamiento con los análogos de nucleósidos mejora la supervivencia y reduce la necesidad de trasplante hepático. En los que la mejoría no es suficiente y precisan un trasplante, la negatividad de la carga viral antes del mismo asegura una excelente supervivencia a largo plazo.

Con la aparición en los últimos años de los análogos de nucleósidos de segunda generación (tenofovir y entecavir) con escaso riesgo de desarrollo de resistencias, debido a una mayor potencia antiviral y a una mejor barrera genética a la resistencia, y con el conocimiento de que el nivel de carga viral en la semana 24 de tratamiento predice el riesgo de resistencias se puede conseguir la prevención total de las resistencias. Los nuevos antivirales también permiten un mejor tratamiento de las resistencias presentes a los fármacos antiguos, lamivudina y adefovir dipivoxil.

La coinfección VIH y VHB es frecuente en pacientes con prácticas de riesgo. La existencia de fármacos antivirales eficaces contra ambos virus ha facilitado el tratamiento de esta coinfección.

Un nivel muy elevado de replicación viral en la madre puede disminuir la eficacia de la inmunización pasiva del recién nacido con vacuna de VHB asociada a inmunoglobulina. La administración en el tercer trimestre del embarazo de fármacos antivirales seguros para el feto puede reducir el riesgo de transmisión de VHB. El mejor conocimiento de la posible toxicidad fetal de los análogos de nucleósidos ayuda a la toma de decisiones en la indicación de tratamiento en mujeres en edad fértil.

El mayor uso de inmunosupresores más potentes en enfermedades reumatológicas o digestivas y en neoplasias hematológicas o sólidas se asocia con una mayor frecuencia de reactivación de la infección crónica por VHB inactiva u oculta (HBsAg negativo con antiHBc positivo). La prevención con fármacos antivirales administrados antes del inicio del tratamiento inmunosupresor disminuye de forma eficaz el riesgo de reactivación.

Resultados recientes muestran que el tratamiento con interferón pegilado alfa-2a es capaz en pacientes HBeAg positivo y negativo de eliminar el HBsAg de forma sostenida a largo plazo, es decir, de curar la infección por VHB. Con los análogos de segunda generación también es posible la curación, sobre todo en los pacientes HBeAg positivo. Por ello, el futuro es esperanzador en el tratamiento de esta enfermedad.

La importancia y complejidad de estos temas justifican la publicación de este número monográfico de la RAPD online. Para mí ha sido un placer coordinar el número, en el que colaboran un grupo de profesionales andaluces unidos no sólo por el interés científico en esta enfermedad sino por el vínculo de la amistad.