

Hepatitis C aguda

Fecha de la última revisión: **14/05/2015**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se manifiesta?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cuál es su tratamiento?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autoras](#)

¿De qué hablamos?

Se trata de la infección aguda por el virus de la hepatitis C (VHC), virus RNA del que se conocen 7 serotipos y múltiples subtipos. Su prevalencia de la infección aguda es desconocida, ya que la mayor parte de las infecciones son asintomáticas. Se estima que entre el 54-86% de los casos se cronifican, de éstos el 4-24% pueden evolucionar a cirrosis a los 20 años de la infección y el 41% a los 30 años. Además se considera que en pacientes con hepatitis crónica C, existe un riesgo anual de evolución de carcinoma hepatocelular del 2-4%, y se eleva hasta el 7% en países como Japón (Maasoumy B, 2012; Hajarizadeh B, 2013; EASL, 2014).

Los mecanismos de transmisión del virus son:

1. **Parenteral:** es el más importante. Incluye a personas con adicción a drogas por vía parenteral (ADVP), pacientes en hemodiálisis, personas que han recibido sangre o factores de la coagulación antes de 1992, pacientes trasplantados con órganos de personas infectadas y personas tatuadas, con body piercing o que se han expuesto a algún tipo de instrumentalización quirúrgica realizada en lugares con bajo control sanitario. La puesta en marcha de estrategias de control sanitario en las últimas décadas ha permitido que la ADVP sea el mecanismo más importante en países desarrollados con baja prevalencia de infección por VHC, mientras que las demás vías de transmisión lo son en países en desarrollo con prevalencia moderada-grave de la misma (Papatheodoridis G, 2012; Boesecke C, 2012; Hajarizadeh B, 2013; EASL, 2014). La transmisión por exposición accidental a material contaminado es inferior al 3% (Papatheodoridis G, 2012).
2. **Sexual:** la transmisión en personas heterosexuales monógamas se estima en el 0-0.6%/año. Este porcentaje se eleva al 0.4-1.8%/año en heterosexuales con múltiples parejas o si coexisten infecciones de transmisión sexual. En la actualidad se observa un aumento del riesgo de transmisión por esta vía, principalmente en población homosexual VIH positiva (Papatheodoridis G, 2012; Bradshaw D, 2013).
3. **Vertical:** la hepatitis C aguda es rara durante el embarazo. El riesgo de transmisión a hijos de madres con anticuerpos anti-VHC es del 2-8%, y se incrementa al 10-20% si hay coinfección con VIH. La transmisión se produce tanto intraútero como intraparto. La transmisión por lactancia materna tiene poco impacto, por lo que, salvo que exista otra contraindicación específica (por ejemplo coinfección con VIH), puede recomendarse (Robinson JL, 2008; Boesecke C, 2012; Floreani A, 2013; Yeung CY, 2014).
4. **Horizontal:** aunque en países endémicos se han descrito casos de contagio intrafamiliar en personas sin aparente exposición parenteral, éste mecanismo de propagación parece limitado (PlancoulaineS, 2008; Paez Jimenez A, 2010).

¿Cómo se manifiesta?

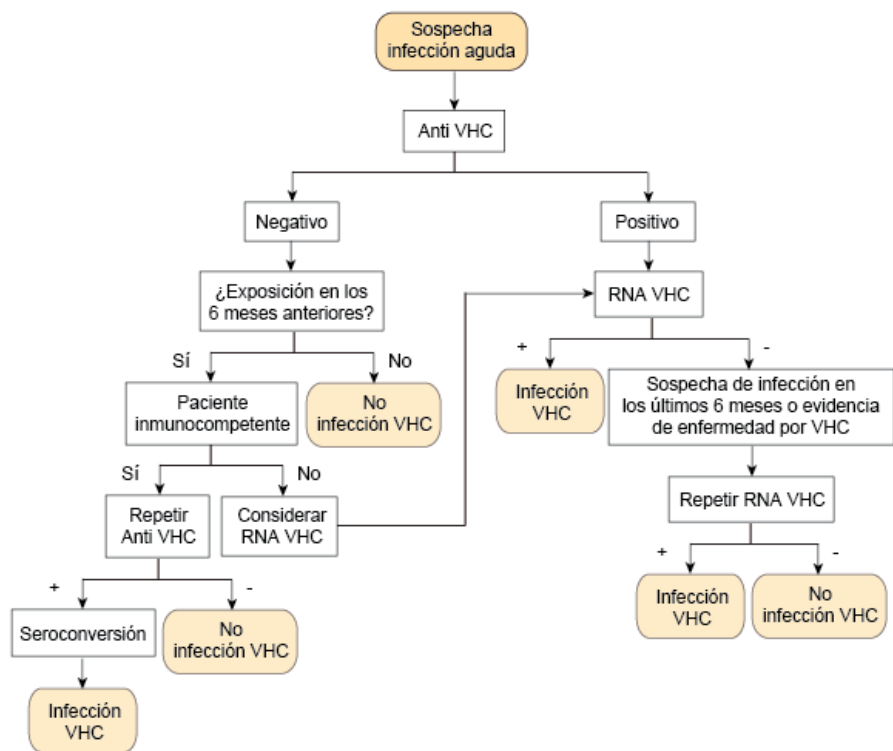
En la mayoría de las ocasiones cursa de forma asintomática. El 15-30% de los pacientes, a las 5-12 semanas de la exposición, pueden desarrollar síntomas inespecíficos como mialgias, náuseas, dolor abdominal, prurito, febrícula, ictericia (50-84%) o coluria, que pueden durar entre 2-12 semanas (Maasoumy B, 2012; Hajarizadeh B, 2013; Westbrook RH, 2014). En el 15-40% de los casos se produce un aclaramiento del virus que resuelve la infección (los mejores resultados corresponden a pacientes con mono infección). Los factores que se han puesto en relación con mayor posibilidad de aclaramiento del virus son: genéticos (presencia del gen IL28B), respuesta inmunitaria adecuada, área geográfica, sexo femenino, raza no negra, mecanismo de transmisión y presencia de síntomas en la fase aguda (Boesecke C, 2012; Maasoumy B, 2012; Westbrook RH, 2014).

¿Cómo se diagnostica?

Si el paciente desarrolla una infección sintomática, se producirá una elevación de la alanina aminotransferasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST) a valores generalmente mayores que si la infección es asintomática. Esta elevación se produce a los 40-60 días de la infección (Hajarizadeh B, 2013).

El único método diagnóstico definitivo es la determinación de los anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (antiVHC) que aparecen progresivamente (no antes de las 8-12 semanas) tras la exposición. Como la mayoría de las infecciones son asintomáticas, el diagnóstico en muchas ocasiones se realiza tras comprobar una seroconversión en caso de que exista conocimiento previo de la ausencia de esta infección. Resultados falsos negativos pueden presentarse en pacientes inmunocomprometidos, trasplante reciente de órganos sólidos, hipo o agammaglobulinemia o pacientes en hemodiálisis. Resultados falsos positivos pueden presentarse en poblaciones con baja prevalencia de infección por VHC (Ghany MG, 2009; Hajarizadeh B, 2013; EASL, 2014).

Las pruebas moleculares permiten la determinación de RNA del VHC que pueden ser positivas 2 semanas antes que los AntiVHC. Sus valores se incrementan desde el momento de la exposición hasta que son detectables (8-10 días), manteniéndose elevados hasta las 6-8 semanas postexposición en cuyo momento puede comenzar su aclaramiento espontáneo o bien su persistencia (Hajarizadeh B, 2013). El aclaramiento viral debe confirmarse a las 12 semanas de la infección (SIGN, 2013; EASL, 2014).



¿Cuál es su tratamiento?

El objetivo del tratamiento es prevenir la evolución a una hepatitis crónica por VHC. No existen recomendaciones específicas sobre cuál es el momento adecuado para el comienzo del tratamiento. Se valora para ello: elevación de la ALT, presencia de síntomas, existencia de factores que favorezcan el aclaramiento viral (presencia del gen IL28B y sexo femenino: permitiría diferir el tratamiento hasta que se comprobase el aclaramiento espontáneo) y la posible fecha de infección (SIGN, 2013; EASL, 2014; Sharma SA, 2014).

Independientemente del genotipo del VHC, el tratamiento en pacientes mono infectados se realiza con interferón alfa (pegilado o no) durante 24 semanas. En el 90-98% de los casos se obtiene respuesta viral sostenida (ausencia del RNA-HVC a los 6 meses de finalizar el tratamiento). Si ésta no ocurriese puede ampliarse el periodo a 48 semanas o manejarse como una hepatitis crónica por VHC (Feld JJ, 2012; SIGN, 2013; Sharma SA, 2014; EASL, 2014).

En pacientes con coinfección con VIH se recomienda terapia de combinación de interferón alfa y ribavirina durante 24 semanas si se produce una respuesta viral rápida (niveles de RNA-HVC indetectables a las 4 semanas de comenzar el tratamiento). Si ésta no se produce, se ampliará a 48 semanas (Feld JJ, 2012; Hull M, 2013).

Aunque se están llevando a cabo estudios que asocian antivirales de acción directa, por el momento no existen datos suficientes para indicación de triple terapia (Sharma SA, 2014; Fierer DS, 2014; EASL, 2014).

No se recomienda el uso de inmunoglobulina, interferón alfa u otros agentes antivirales en la profilaxis postexposición, salvo que exista confirmación de la transmisión del VHC (SIGN, 2013; EASL, 2014).

Los pacientes diagnosticados de hepatitis aguda por VHC deben ser derivados a atención especializada (SIGN, 2013).

Bibliografía

- Boesecke C, Wedemeyer H, Rockstroh JK. Diagnosis and treatment of acute hepatitis C virus infection. Infect Dis Clin North Am. 2012;26(4):995-1010. PubMed [PMID: 23083829](#)
- Bradshaw D, Matthews G, Danta M. Sexually transmitted hepatitis C infection: the new epidemic in MSM? Curr Opin Infect Dis. 2013;26(1):66-72. PubMed [PMID: 23242342](#)
- European Association for Study of Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. J Hepatol. 2014;60(2):392-420. PubMed [PMID: 24331294](#). [Texto completo](#)
- Feld JJ. Treatment indication and response to standard of care with peginterferon and ribavirin in acute and chronic HCV infection. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2012;26(4):429-44. PubMed [PMID: 23199502](#)
- Fierer DS, Dieterich DT, Mullen MP, Branch AD, Uriel AJ, Carrierio DC, et al.; New York Acute Hepatitis C Surveillance Network. Telaprevir in the treatment of acute hepatitis C virus infection in HIV-infected men. Clin Infect Dis. 2014;58(6):873-9. PubMed [PMID: 24336914](#). [Texto completo](#)
- Floreani A. Hepatitis C and pregnancy. World J Gastroenterol. 2013;19(40):6714-20. PubMed [PMID: 24187446](#). [Texto completo](#)
- Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB; American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. Hepatology. 2009;49(4):1335-74. PubMed [PMID: 19330875](#). [Texto completo](#)
- Hajarizadeh B, Grebely J, Dore GJ. Epidemiology and natural history of HCV infection. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2013;10(9):553-62. PubMed [PMID: 23817321](#)
- Hull M, Klein M, Shafran S, Tseng A, Giguère P, Côté P, et al. CIHR Canadian HIV Trials Network Coinfection and Concurrent Diseases Core: Canadian guidelines for management and treatment of HIV/hepatitis C coinfection in adults. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2013;24(4):217-38. PubMed [PMID: 24489565](#). [Texto completo](#)
- Maasoumy B, Wedemeyer H. Natural history of acute and chronic hepatitis C. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2012;26(4):401-12. PubMed [PMID: 23199500](#)
- Paez Jimenez A, Sharaf Eldin N, Rimlinger F, El-Daly M, El-Hariri H, El-Hoseiny M, et al. HCV iatrogenic and intrafamilial transmission in Greater Cairo, Egypt. Gut. 2010;59(11):1554-60. PubMed [PMID: 20947889](#)

- Papatheodoridis G, Hatzakis A. Public health issues of hepatitis C virus infection. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2012;26(4):371-80. PubMed **PMID: 23199497**
- Plancoulaine S, Mohamed MK, Arafa N, Bakr I, Rekacewicz C, Trégouët DA, et al. Dissection of familial correlations in hepatitis C virus (HCV) seroprevalence suggests intrafamilial viral transmission and genetic predisposition to infection. Gut. 2008;57(9):1268-74. PubMed **PMID: 18480169**
- Sharma SA, Feld JJ. Acute hepatitis C: management in the rapidly evolving world of HCV. Curr Gastroenterol Rep. 2014;16(2):371. PubMed **PMID: 24477864**
- SIGN. Management of hepatitis C [Internet]. Guideline nº 133. July 2013 [acceso 5/05/2015]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/133/index.html>
- Vertical transmission of the hepatitis C virus: Current knowledge and issues. Paediatr Child Health. 2008 Jul;13(6):529-41. PubMed **PMID: 19436425**. **Texto completo**
- Westbrook RH, Dusheiko G. Natural history of hepatitis C. J Hepatol. 2014;61(1 Suppl):S58-68. PubMed **PMID: 25443346**. **Texto completo**
- Yeung CY, Lee HC, Chan WT, Jiang CB, Chang SW, Chuang CK. Vertical transmission of hepatitis C virus: Current knowledge and perspectives. World J Hepatol. 2014;6(9):643-51. PubMed **PMID: 25276280**. **Texto completo**

Más en la red

- American Association for the Study of Liver Diseases and the Infectious Diseases Society of America. Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C. 2015. Disponible en: <http://www.hcvguidelines.org/>
- European Association for Study of Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. J Hepatol. 2014;60(2):392-420. PubMed **PMID: 24331294**. **Texto completo**
- SIGN. Management of hepatitis C [Internet]. Guideline nº 133. July 2013 [acceso 5/05/2015]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/133/index.html>
- Tillmann HL. Hepatitis C virus core antigen testing: role in diagnosis, disease monitoring and treatment. World J Gastroenterol. 2014 Jun 14;20(22):6701-6. PubMed **PMID: 24944462**

Autoras

- Carmen Castiñeira Pérez Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

