

INTRODUCCIÓN

La introducción del tratamiento antiviral con la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha cambiado el pronóstico de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y actualmente la enfermedad hepática terminal es la principal causa de mortalidad en los sujetos con infección por el VIH y co-infectados por el virus de la hepatitis C (VHC) y B (VHB), debido al curso acelerado de la hepatopatía. La prevalencia de coinfección por VHC en pacientes con infección VIH es de 22-23%, mientras que la de coinfección por VHB (definida por la presencia de AgHBs positivo) se sitúa alrededor de un 3-5%. La hepatopatía se debe pues a la progresión acelerada de la enfermedad hepática y/o desarrollo de hepatocarcinoma en las hepatitis virales, en la mayoría de los casos y en menor medida a hepatopatía inducida por alcohol, mayor riesgo de hepatotoxicidad del TARGA y al desarrollo de esteatohepatitis no alcohólica.

El VIH altera la historia natural de la infección por VHC, aumentando el riesgo de cronificación de la misma (90-95%), acelerando la progresión de la fibrosis hepática y aumentando el riesgo de descompensación de la cirrosis, siendo la enfermedad hepática la causa de muerte en el 90% de los casos. En pacientes coinfectados por VIH y VHC, la buena situación inmunológica y el control de la replicación viral del VIH con el TARGA se asocian un mejor pronóstico global, menor velocidad de progresión de la enfermedad hepática y menor riesgo de complicaciones y muerte por causa hepática.

Clásicamente, la presencia de infección por VIH era considerada como una contraindicación absoluta o relativa a la realización de un trasplante de órgano, por razones tanto médicas como psicosociales. Sin embargo, hoy día la experiencia de los distintos centros de trasplante ha demostrado que la presencia de infección por VIH ya no representa una contraindicación al trasplante, y se acepta que los pacientes con infección VIH y enfermedad hepática terminal deben ser valorados para la realización de trasplante hepático, si reúnen criterios para el mismo (ver tabla 1).

La experiencia hasta la fecha en los trasplantes hepáticos realizados en pacientes con infección VIH muestran resultados similares a los mono-infectados para la coinfección por VHB, ya que existen medidas eficaces (profilaxis con inmunoglobulina anti-hepatitis B y fármacos antivirales) en la prevención de la recidiva viral B. Sin embargo, los resultados en la coinfección por el VHC a medio y largo plazo son discretos, debido a la mayor agresividad de la hepatitis C recurrente post-trasplante. Las series publicadas muestran una supervivencia al 1^{er} y 2^o año de entre 100-83% y 80 y 58% respectivamente, siendo los resultados en mono-infectados superiores (81% y 77% al 2^o y 3^{er} año). (ver ⁽²²⁾).

Hoy en día, una mejor selección del momento adecuado y de los pacientes candidatos a trasplante hepático, el mejor conocimiento de las interacciones con los fármacos utilizados para evitar el rechazo y la administración de un tratamiento antiviral post-trasplante están ayudando a mejorar los resultados, sin embargo todavía quedan puntos que aclarar como la mejor inmunosupresión, factores pronósticos de buena o mala evolución, momento adecuado para la administración del tratamiento antiviral, etc.

Hasta la fecha pocos estudios han comparado la evolución post-trasplante frente a trasplantados hepáticos con cirrosis VHC moni-infectados.

Objetivos:

- Describir los resultados de nuestro hospital en términos de supervivencia, evolución clínica, bioquímica e histológica de pacientes trasplantados con infección VIH/VHC

- Comparar los resultados de pacientes trasplantados mono-infectados VHC frente a pacientes coinfectados VHC/VIH