

ARTÍCULO DEL MES

(febrero 2025)

Resultados clínicos y factores pronósticos tras la eliminación del VHC con AAD en pacientes coinfectados por VIH/VHC con fibrosis/cirrosis avanzada

Dr. Lucio J. García-Fraile. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid



Referencia Original: Berenguer J, Aldámiz-Echevarría T, Hontañón V, Fanciulli C, Quereda C, Busca C, Domínguez L, Hernández C, Vergas J, Gaspar G, García-Fraile L, Díez C, De Miguel M, Bellón JM, Bañares R, González-García J. Clinical outcomes and prognostic factors after HCV clearance with DAA in HIV/HCV-coinfected patients with advanced fibrosis/cirrhosis. *Hepatology* 2025;81:238–253. doi: 10.1097/HEP.0000000000000838.

Resumen:

El artículo profundiza en el conocimiento de los eventos clínicos hepáticos y no hepáticos tras la eliminación del VHC mediante antivirales de acción directa (AAD) en una gran cohorte de pacientes coinfectados por VIH/VHC, enfocándose específicamente en aquellos con fibrosis avanzada o cirrosis. Los participantes se engloban en una única base de datos proveniente de tres cohortes pre-existentes de alcance nacional, con 21 centros distribuidos en cinco comunidades autónomas, y se realiza un estudio ambispectivo que abarca hasta diciembre de 2019.

A lo largo del seguimiento, se registran eventos clave como la muerte (por cualquier causa), las descompensaciones hepáticas y la aparición de carcinoma hepatocelular (CHC), diferenciando entre el desarrollo de eventos SIDA y eventos no SIDA (ENOS).

Se incluyen 1.300 pacientes, de los cuales casi el 80% son varones, con una edad media de 51,9 años. El 40,4% presentaba estadio C (SIDA), el 97,9% estaba bajo tratamiento antirretroviral y el 94% tenía carga viral indetectable.

El 55,2% eran naïve para AAD, y menos del 1% habían recibido un trasplante hepático. Se diferenciaron tres grupos para el estudio: el 29,5% presentó fibrosis avanzada, el 58,5% cirrosis compensada y el 11,9% cirrosis descompensada (evaluado antes del uso de AAD).

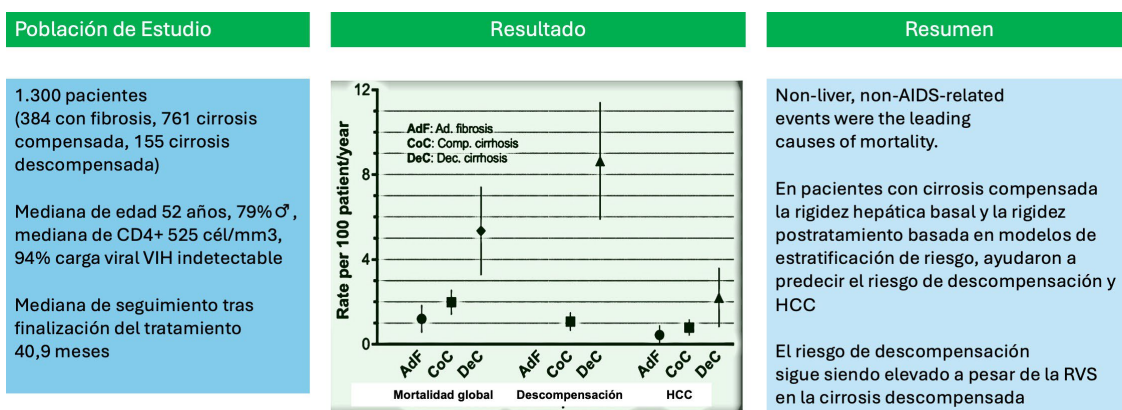


La principal causa de muerte fueron los ENOS, con diferencias significativas entre los grupos predefinidos en términos de mortalidad global, muerte por causa no SIDA y muerte por causa hepática (figura 1). Los autores destacan varios aspectos:

1. La principal causa de muerte es no hepática (incluyendo ENOS).
2. No se registraron descompensaciones hepáticas en pacientes con fibrosis avanzada.
3. No hubo diferencias significativas en la incidencia de CHC entre fibrosis avanzada y cirrosis compensada.
4. No se observaron diferencias en los ENOS entre pacientes con fibrosis avanzada y cirrosis compensada, salvo en la enfermedad cardiovascular, para la cual sí se observó una asociación.

El análisis multivariante identificó como factores predictores de descompensación hepática la medición de rigidez hepática (MRH), la albúmina y el índice FIB-4. Los autores subrayan que la MRH, tanto pre como post tratamiento, mantiene su papel pronóstico, estableciendo un punto de corte de 13,5 kPa, por debajo del cual se observa un VPN del 100% para la descompensación hepática.

Figura 1. Resultados a largo plazo tras el tratamiento con AAD en pacientes coinfectados por VIH/VHC pacientes con fibrosis avanzada o cirrosis.





Discusión

El artículo profundiza en aspectos clave sobre la progresión de la enfermedad hepática y el pronóstico de los pacientes coinfectados tras la curación del VHC con AAD. Además, se enfoca en definir eventos predictores, perfilándolos y comparándolos con diferentes escalas o modelos pronósticos ya existentes. En este sentido, permite afianzar la idea de que los pacientes con MRH pretratamiento inferior a 13,5 kPa están libres de descompensaciones a futuro (salvo que coexistan noxas de daño hepático).

Las comorbilidades y el manejo de estos pacientes, más allá de los eventos hepáticos, pasan transversalmente por el resto de ENOS, en especial los tumores no SIDA y la patología cardiovascular. Aunque las tasas difieren respecto a los monoinfectados, se integran perfectamente en el manejo de la infección por VIH dentro de un modelo de cronicidad e inflamación.

La fortaleza metodológica del estudio radica en que se basa en una gran cohorte conformada a partir de otras ya existentes, con un seguimiento medio de 3,5 años. El diseño ambispectivo mitiga el potencial sesgo de información mediante estrategias para determinar datos omitidos y logra un seguimiento prospectivo de la mayoría de los participantes. Además, todo el proceso de recogida de datos se optimizó mediante un sistema de monitorización independiente.

Las implicaciones clínicas de este estudio son claras:

- Por un lado, las comorbilidades de los pacientes coinfectados con RVS tras el uso de AAD para el VHC son clave en el pronóstico a medio y largo plazo, teniendo mayor peso en la mortalidad que los eventos hepáticos tradicionales. Es esencial abordarlas en términos de prevención y manejo, manteniendo las estrategias de cribado enfocadas en los eventos hepáticos tradicionales.



- En segundo lugar, se confirma que la MRH o fibroscan, tanto pre como post tratamiento, es un factor clave para establecer un pronóstico y determinar la vigilancia tras el tratamiento erradicador. Queda por analizar la evolución de este marcador y de los eventos hepáticos en el subgrupo de pacientes con fibroscan menor a 13,5 kPa y con datos de esteatohepatitis no alcohólica.
- Finalmente, en pacientes con cirrosis compensada, aunque se reduce la incidencia de CHC o descompensación respecto a lo esperable sin la erradicación del VHC, persiste un número significativo de eventos hepáticos que condicionan el seguimiento y los programas de cribado posteriores.