

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS C EN LA POBLACION DE DIALISIS DE UN CENTRO

M. J. Castro, M. V. Martínez, Y. de Eusebio, O. Celadilla, N. Rodrigo, I. Muñoz, C. del Olmo, R. Selgas

Hospital La Paz. Madrid

INTRODUCCION

La hepatitis C ha sido recientemente definida por determinación de anticuerpos específicos que representan la forma llamada hepatitis no A no B.

La hepatitis no A no B es todavía la más importante complicación de las transfusiones de sangre en estos días, y puede inducir a la hepatitis crónica. Desde hace bastante tiempo se ha reconocido la hepatitis asociada a la diálisis, pero la ausencia de marcadores serológicos ha impedido una mejor definición de la hepatitis no A no B entre estos pacientes y la prevalencia entre ellos, que a menudo reciben transfusiones. Los pacientes en CAPD tienen menos requerimientos de transfusiones que los de HD. Si las transfusiones de sangre son el principal factor de riesgo para la hepatitis C, los pacientes de HD tendrían un riesgo más alto de desarrollar esta enfermedad que aquellos en CAPD.

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar la prevalencia de anticuerpos plasmáticos de HVC entre nuestros pacientes de HD y CAPD. Ambos programas tienen una política de transfusiones similar.

MATERIAL Y METODOS

Hemos estudiado 61 pacientes no seleccionados de HD crónica y 43 pacientes de CAPD. Los pacientes que usaban drogas IV fueron excluidos. El tiempo medio de diálisis fue de 78 ± 63 y 32 ± 27 meses respectivamente. Han sido tratados menos de 3 años 29 pacientes en CAPD y 22 en HD. Más de 5 años han sido tratados 27 pacientes en HD y 8 en CAPD. Sólo 5 pacientes de CAPD habían sido previamente tratados con HD un tiempo entre 3 a 6 años. La tabla 1 muestra los requerimientos de transfusiones de sangre de estos pacientes y si habían sido trasplantados previamente. Los pacientes de HD con test positivo para hepatitis C se trataron aislando sus propias máquinas.

El tratamiento de la anemia con eritropoyetina se introdujo en nuestra unidad hace 2 años y ha disminuido los requerimientos transfusionales. En estos pacientes no se practicó un programa específico de transfusiones pre-trasplante.

Los tests de laboratorio para anticuerpos de hepatitis C se determinaron por sistema ELISA (ORTHO HVC ANTICUERPOS) realizado por duplicado para cada paciente. La serología de hepatitis B se realizó por un kit comercial (enzymgnost. Behring).

Los niveles plasmáticos de GPT se midieron con un autoanalizador. Mostraban moderada elevación crónica de esta enzima 24 pacientes de HD y 3 de CAPD y por tanto se les clasificó como de hepatitis crónica, confirmándolo en 6 por biopsia hepática. Dos de los tres pacientes de CAPD del grupo biopsiado mostraban hepatitis relacionada con medicación o alcohol y el tercero tenía una hepatitis B crónica activa de acuerdo a la presencia de marcadores serológicos. Ninguno de los pacientes de HD incluido en el grupo diagnosticado de hepatitis bioquímica tenían un claro factor etiológico, y habían sido diagnosticados como formas persistentes o crónicas de hepatitis de origen desconocido (probablemente no A no B).

La comparación de porcentaje se realizó por el método de Chi-2.

RESULTADOS

Se encontraron anticuerpos de hepatitis C en 27 pacientes de HD (44 %) y en 2 pacientes de CAPD (5 %), con una diferencia muy significativa. Es posible que esta diferencia pueda ser debida a la diferencia en la duración de la diálisis.

La tabla 11 muestra el porcentaje de pacientes con serología positiva para HVC en grupos conforme a la duración de tratamiento de diálisis. Los dos pacientes de CAPD con test positivo estuvieron en diálisis menos de 12 meses. Durante el primer año, 29 % de pacientes de HD comparado a 15 % de CAPD, mostraban un test positivo. Los pacientes de HD tenían una incidencia más alta después de 5 años en diálisis. Ninguno de los pacientes de más de 12 meses tenían test positivo para hepatitis C, contrariamente a lo que ocurría en el grupo de HD.

La tabla III muestra la influencia de las transfusiones previas y el haber sido trasplantado previamente, en la prevalencia de HVC. En el grupo de HD la prevalencia de test positivos para HVC se incrementa significativamente después de recibir al menos 4 unidades de sangre. Entre los pacientes de CAPD esta influencia parece ser menor, aunque el número de pacientes en riesgo es también menor.

Los pacientes con signos probados (bioquímicamente y/o por biopsia) de hepatitis crónica también fueron estudiados independientemente. De los 24 pacientes con hepatitis crónica en la biopsia, 17 tienen test positivo para HVC y 7 eran negativos. Ninguno de los 3 pacientes de CAPD con hepatitis crónica en la biopsia tenían anticuerpos HVC.

Sólo un paciente con un test positivo para hepatitis C tenía test positivo para anticuerpos de hepatitis B anti-core. Los otros 5 pacientes con anti-core positivo (2 en CAPD y 3 en HD) no tenían test positivo para hepatitis C.

DISCUSION

La reciente disponibilidad de test de RIA para detectar anticuerpos plasmáticos permiten un estudio más detallado de estos pacientes con las formas de hepatitis llamadas no A no B. Se ha reconocido que esta forma de hepatitis produce hepatitis crónica y por eso su identificación es de gran importancia. Los pacientes de diálisis también se les ha considerado de alto riesgo, en parte debido a sus requerimientos transfusionales y al circuito extracorpóreo de sangre. Como los pacientes de CAPD tienen menos requerimientos de transfusiones y no tienen contacto directo con la sangre, su riesgo de adquirir hepatitis C puede ser inferior que el de los pacientes de HD.

Nuestros hallazgos muestran que la prevalencia de HVC es mayor en los pacientes de HD que en los de CAPD. La prevalencia aumenta con la duración de la diálisis en HD pero no en CAPD. La transfusión de más de 4 unidades de sangre incrementa el riesgo de HVC alrededor de dos veces en pacientes de HD pero no en CAPD. Aquellos pacientes que recibieron más de 4 unidades de sangre y no mostraron test positivo podrían representar un negativo real o un falso negativo. La positividad previa no puede ser excluida.

Aquellos pacientes, tanto en HD como en CAPD, que no hablan sido nunca transfundidos y tenían test positivo, probablemente adquirieron la enfermedad por otras vías, como fecal-oral, y había sido reconocida como hepatitis no A no B.

También es posible un test falso positivo y se puede excluir en el presente, pero parece ser menos probable. Desafortunadamente un test confirmatorio por RIBA no estaba disponible en nuestro país en el tiempo del presente estudio.

Está descrita una incidencia del 20 % en una unidad de HD de nuestro país y de 12 % en una unidad de USA. La diferencia con nuestros datos puede ser debida a la diferencia en la prevalencia de la enfermedad entre la población general o motivada por cada diferente metodología.

El haber sufrido un trasplante renal previamente aumenta levemente el riesgo de HVC en HD pero no en CAPD. Esta circunstancia probablemente está en relación al mayor requerimiento de transfusiones sanguíneas. Sin embargo esta relación positiva se encuentra sólo entre pacientes de HD

lo que sugiere que el trasplante renal es probablemente sólo un cofactor y no el principal factor para la infección HVC.

Todas estas características podrían representar la existencia de alguna protección para la hepatitis C entre los pacientes de CAPD comparados con los de HD. Susanna y cols. hipotetizan que la transmisión de HVC podría estar relacionada al procedimiento de la hemodiálisis en sí mismo. Nuestros datos muestran que el diagnóstico de hepatitis crónica no A no B se relaciona en 71 % de los pacientes en HD y 0 % en CAPD. Dos pacientes de CAPD en esas circunstancias no mostraron test positivos a HVC. La baja incidencia de hepatitis crónica entre los pacientes de CAPD excluyen una conclusión acerca de esta materia. Nuestros datos no confirman ninguna relación entre anti-core positivo de hepatitis B y anticuerpos de hepatitis C.

En conclusión, el virus de la hepatitis C está relacionado con la HD pero no con la CAPD. El tiempo en HD, el número de transfusiones previas y el trasplante renal previo parece favorecer la transmisión de virus de la hepatitis C entre los pacientes de HD. La influencia de estos parámetros en los pacientes de CAPD no está clara.

BIBLIOGRAFIA

(1) G. Kuo y cols. An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non-A, non-B hepatitis. *Science* 244. 1989.

(2) H. J. Alter y cols. Detection of antibody to hepatitis C virus in prospectively followed transfusion recipients with acute and chronic non-A, non-B hepatitis. *New England Journal of Medicine* 321. 1989.

- (3) J. 1. Esteban y cols. Hepatitis C virus antibodies among risk groups in Spain, *Lancet*. August. 1989,

(4) L. J. Jeffers y cols. Hepatitis C infection in two urban hemodialysis units. *Kidney*. 1990.

(5) M. Jadael y cols. Prevalence and clinical significance of hepatitis C virus antibodies in hemodialysis patients. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*. 1990.

(6) B. Kallinowski y cols. Prevalence of hepatitis C virus antibodies in hemodialysis and kidney transplant patients. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*. 1990.

(7) F. Susanna y cols. Hepatitis C virus prevalence and transmission in patients en regular dialytic treatment, *Nephrology, Dialysis, Transplantation*. 1990.

TABLA 1. REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIONES Y TRASPLANTE RENAL PREVIO.

REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIONES :				
	0	1-3	4-9	>10 unidades
HD	5	10	19	27
CAPD	23	9	9	2

TRASPLANTE PREVIO:		
	SI	NO
HE,	16	47
CAPD	6	37

TABLA II. POCENTAJE DE PACIENTES CON ANTICUERPO HVC POSITIVOS CON RESPECTO A LA DURACION DE LA DIALISIS.

	<12	13-36	37-60	>61 meses
HD	29 (7)	47(15)	20(12)	63 (27)
CAPD	15(13)	0 (16)	(6).	0(8)

(Los numeros entre parentesis son numero de casos en riesgo)

TABLA III. INFLUENCIA DE LAS TRANSFUSIONES PREVIAS Y EL TRASPLANTE PREVIO EN LOS TEST HVC POSITIVOS, (Porcentaje de test HVC positivos)

TRANSFUSIONES DE SANGRE:				
	0	1-3	4-19	>10 Unidades
HD	20	20	53	55
CAPD 4	4	12	0	0
INFLUENCIA DEL TRASPLANTE				
	SI	NO		
HD	56	110		
CAPD	0	5.4		