

## Cartas al Director

### Genotipo VHC emergente en Castellón

---

*Palabras clave:* VHC. Hepatitis crónica. Genotipo 6.

*Key words:* HCV. Chronic hepatitis. Genotype 6.

---

*Sr. Director:*

El virus de la hepatitis C (VHC) es responsable de infecciones hepáticas agudas que evolucionan hacia la cronicidad, constituyendo una de las principales causas de cirrosis hepática y hepatocarcinoma (1,2). El consumo de alcohol, la inmunodeficiencia, la coinfección por el virus de la hepatitis B (VHB), por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el sexo masculino y la edad de contagio superior a 40 años son factores que condicionan una evolución más rápida de esta hepatitis crónica hacia la cirrosis (3,4). Para el cribado en la población general, en el paciente con factores de riesgo o con alteraciones analíticas y clínicas, se han utilizado habitualmente métodos serológicos (enzimoinmunoensayos), quedando las técnicas de amplificación genética para confirmar, cuantificar y tipificar el ARN viral (5). La detección de genotipos se ha postulado de utilidad para predecir la respuesta al tratamiento y para el conocimiento epidemiológico de la infección. En nuestro medio son más frecuentes los genotipos 1 al 4, siendo excepcionales los de otros grupos, si bien esta situación puede cambiar debido a los fenómenos de la inmigración (5).

A propósito de este hecho se presenta el caso de un varón 31 años de edad, de origen asiático, sin antecedentes patológicos conocidos, no consumidor de alcohol ni drogas de abuso, en el que, tras ser valorado por su médico de atención primaria (departamento de salud 02 de la Comunidad Valenciana) por molestias digestivas, se observa leve aumento de transaminasas (GOT 40 UI/l) resultando positiva la serología frente VHC.

En la ecografía abdominal presenta un cálculo vesicular solitario de 7 mm y micropólipos en la pared posterior de la vesícula. Es remitido a la consulta de digestivo para valoración y se remite nueva muestra al laboratorio de microbiología del Hospital General de Castellón, obteniéndose los siguientes resultados: confirmación de anticuerpos frente a VHC, con carga viral (CV) VHC de 13.800.000 UI/ml y genotipo 6a; serología negativa frente a VIH y VHB. Es diagnosticado de colestiasis e infección por VHC. Se le interviene quirúrgicamente para resolución de colestiasis sintomática y se obtiene una biopsia hepática en cuña, encontrándose hepatitis activa, grado 4 de actividad inflamatoria y estadio 3 de fibrosis, con índice de Knodell de 14. Ante estos hallazgos de hepatopatía crónica avanzada, se inicia tratamiento con interferón pegilado y ribavirina a dosis 180 pg/semana y 1.000 mg/día respectivamente. Se solicita un control de carga viral en plasma al primer y tercer mes de tratamiento, encontrándose valores indetectables (< 10 UI/ml).

La presencia de genotipo 6 VHC ha sido descrita en el sur de China, Hong Kong, Taiwán, Macao y sureste asiático, incluyendo Singapur, Malasia, Vietnam, Tailandia y Burma (6). En el sur de China el genotipo 6 es el segundo más común después del 1b (7). En nuestro país es excepcional su hallazgo. En un estudio sobre prevalencia de genotipos del VHC en España desde 1996 a 2004, no se detectó ningún caso de hepatitis producida por este genotipo (8). Algunos estudios proponen que un tratamiento similar en duración al aplicado a los genotipos 2 y 3 (24 semanas) podría ser suficiente (6). Al valorar al paciente como difícil de tratar y curar por su edad y hepatopatía avanzada, se decide mantener el tratamiento durante 48 semanas hasta nuevo control de carga viral. Actualmente el paciente se encuentra en el sexto mes de tratamiento. La detección de una respuesta virológica rápida al primer mes y una respuesta virológica precoz completa al sexto mes hacen prever una respuesta virológica sostenida en este paciente. Es de destacar que ante el fenómeno migratorio que vive España se requiere una vigilancia ante nuevos genotipos emergentes y los posibles cambios mutacionales de este virus para el correcto y eficaz manejo terapéutico de este tipo de pacientes.

C. J. Téllez-Castillo, M. Gil-Fortuño, F. J. Pardo Serrano,  
A. Palau-Canós<sup>1</sup> y V. Ripolles Vilar<sup>1</sup>

*Laboratorio de Microbiología y <sup>1</sup>Parasitología.  
Servicio de Digestivo. Hospital General de Castellón*

### Bibliografía

1. Crespo J, Dueñas C, Sánchez-Antolín G, Fabrega E, Carte B, Pons-Romero F. Infección por el virus de la hepatitis B y C en pacientes con carcinoma hepatocelular. *Med Clin* 1996; 106: 241-5.
2. Liang TJ, Reherman B, Seeff LB, Hoofnagle JH. Pathogenesis, natural history, treatment and prevention of hepatitis C. *Ann Intern Med* 2000; 132: 296-305.
3. Rodríguez-Vidigal F, Baz MJ, Fernández FJ, Najarro F. Infección por el virus de la hepatitis C en un hospital de primer nivel de ámbito rural: estudio descriptivo en la década 1991-1999. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21 (3): 142-6.
4. Soriano V, García-Samaniego J, Rodríguez-Rosado R, González J, Pedrería J. Hepatitis C ana HIV infection: Biological, clinical progression of hepatitis C infection. *Hepatology* 1998; 28: 805-9.
5. Pena MJ, Molina L, Hortal L, Gallego R, Rodríguez JL, Pérez MC, et al. Estudio epidemiológico de la infección por el virus de la hepatitis C en una Unidad de Hemodiálisis. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18: 496-9.
6. Huyen MH, Keeffe EB. Prevalence and treatment of hepatitis C virus genotypes 4, 5, and 6. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: S99.
7. Lu L, Nakano T, He Y, Fu Y, Hagedorn CH, Robertson BH. Hepatitis C virus genotype distribution in China: Predominance of closely related subtype 1b isolates and existence of new genotype 6 variants. *J Med Virol* 2005; 75 (4): 538-49.
8. Echevarría JM, León P, Pozo F, Avellón A. Follow-up of the prevalence of hepatitis C virus genotype in Spain during a nine year period (1996-2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24 (1): 20-5.