

Temas al día

Inicio de la terapia antirretroviral en el paciente VIH a partir de un caso clínico

Fernando Maroto-Piñeiro¹, Antonio Ocampo-Hermida², Alexandre Pérez-González^{2,3}, Javier de la Fuente-Aguado¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital POVISA. Vigo (Pontevedra). España

²Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra). España

³Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. España

Recibido: 18/03/2020

Aceptado: 18/03/2020

En línea: 30/04/2020

Citar como: Maroto-Piñeiro F, Ocampo-Hermida A, Pérez-González A, Fuente-Aguado J de la. Inicio de la terapia antirretroviral en el paciente VIH a partir de un caso clínico. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Abr); 5(1): 39-41. doi: 10.32818/reccmi.a5n1a14.

Cite this as: Maroto-Piñeiro F, Ocampo-Hermida A, Pérez-González A, Fuente-Aguado J de la. Initiation of antiretroviral therapy in a HIV patient from a clinical case. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Abr); 5(1): 39-41 doi: 10.32818/reccmi.a5n1a14.

Autor para correspondencia: Fernando Maroto-Piñeiro. fmaroto@povisa.es

Palabras clave

- ▷ VIH
- ▷ Neumonía
- ▷ *Pneumocystis*
- ▷ Terapia antirretroviral altamente activa

Keywords

- ▷ HIV
- ▷ *Pneumoniae*
- ▷ *Pneumocystis*
- ▷ Antiretroviral therapy, highly active

Resumen

En la actualidad, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se considera una enfermedad crónica tratable, en la que se ha conseguido que la mayoría de los pacientes alcancen la supresión virológica y tengan una esperanza de vida equiparable a la de la población general. No obstante, casi la mitad de los nuevos diagnósticos siguen siendo en personas con enfermedad avanzada. Presentamos el caso de un paciente que debutó con una neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y fue diagnosticado de infección por VIH. Según las últimas evidencias, el inicio de la terapia antirretroviral debe ser lo más precoz posible, tanto por los beneficios sobre el paciente como para evitar la transmisión de la infección.

Abstract

*Nowadays HIV infection has become a potentially treatable disease, although transmission and new diagnosis rates remain high. The majority of patients reach undetectable viral replication rates and have a life expectancy similar to normal population. We present the case of a patient which was admitted to the hospital with the diagnosis of pneumonia caused by *Pneumocystis jirovecii* and was later diagnosed with HIV infection. According to the latest evidence, early initiation of antiretroviral therapy is the most beneficial and recommended management for patients with HIV diagnosis, not only because of benefits for the patient, but to reduce transmission.*

Puntos destacados

- ▷ Se presenta el caso de un varón joven que fue diagnosticado de infección por VIH en el contexto de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* que evolucionó favorablemente tras tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol e inicio de tratamiento antirretroviral (TAR).
- ▷ En la actualidad, se recomienda el inicio de TAR precoz en pacientes con diagnóstico de infección por VIH, sin que sea indispensable disponer de los resultados de estudio de resistencias.
- ▷ El inicio precoz del TAR se ha asociado a menores tasas de transmisión del VIH y a un menor tiempo necesario para alcanzar respuesta virológica.

Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) forma parte del diagnóstico diferencial de una amplia variedad de patologías. El índice de sospecha debe ser alto, especialmente cuando se detecta patología infecciosa que sea definitoria de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

A continuación, presentamos el caso de un varón diagnosticado de infección por el VIH tras ingresar en el hospital con diagnóstico de neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.

Historia clínica

Varón de 29 años que acudió a Urgencias por cuadro de tos con expectoración blanquecina de varias semanas de evolución, astenia, pérdida de 2-3 kg de peso en aproximadamente 2 meses y disnea de moderados esfuerzos. Refería relaciones sexuales con otros hombres sin medidas de protección de forma habitual. Fumador de 20 cigarrillos/día, consumía alcohol los fines de semana e inhalaba cocaína de forma ocasional. No tenía otros antecedentes de interés ni tomaba tratamiento de forma habitual.

A la exploración física, mostraba constantes normales, a excepción de temperatura de 37,2 °C y crepitantes finos en ambas bases pulmonares. Su estado general era bueno, presentaba una exploración abdominal normal y ausencia de adenopatías palpables en territorios accesibles. Se realizó analítica básica (hemograma, bioquímica y gasometría arterial basal), que resultó normal salvo por: linfopenia de 148 células/mm³ (valor normal: 1.500-4.000 células/mm³), lactato deshidrogenasa (LDH) 171 UI/l (140-280 UI/l), β_2 microglobulina 470 μ g/l (800-2.000 μ g/l) y PCR 3,6 mg/l (< 1 mg/l). Asimismo, la radiografía de tórax realizada mostró infiltrado intersticial en ambas bases pulmonares (Figura 1).



Figura 1. Infiltrado intersticial en ambas bases pulmonares

Evolución

El paciente ingresó en el Servicio de Medicina Interna; se le realizó baciloscopia de esputo y cultivo de esputo en medio de Löwestein, así como test Mantoux, que resultaron negativos. Se solicitó una serología de VIH que fue positiva, de manera que se llevó a cabo prueba confirmatoria por Western blot que ratificó la sospecha diagnóstica. Se completó el estudio con solicitud de carga viral del VIH, que fue de 345.625 copias/ml (límite de referencia para carga viral indetectable < 40 copias/ml), un recuento de linfocitos CD4+ de 90 células/mm³ (valor normal 500-1.500 células/mm³).

Se tomó muestra para *Pneumocystis jirovecii* en esputo inducido, que resultó positiva, por lo que se inició antibioterapia con trimetoprim-sulfametoxazol

durante 21 días con mejoría clínica progresiva, manteniéndose posteriormente a dosis profiláctica por el bajo recuento de linfocitos CD4 (< 200 copias/mm³).

Durante el ingreso, se solicitó estudio de resistencias y haplotipo HLA-B5701 y se inició tratamiento antirretroviral con triple terapia basada en la combinación de raltegravir (RAL), emtricitabina (FTC) y tenofovir alafenamida (TAF). El paciente presentó una evolución favorable, siendo dado de alta para seguimiento ambulatorio en Consultas Externas. A los 12 meses, alcanzó cifras de linfocitos CD4 superiores a 200 células/mm³ con carga viral indetectable, por lo que se suspendió el tratamiento profiláctico con trimetoprim-sulfametoxazol.

Discusión

Actualmente, las principales guías de práctica clínica^{1,2} recomiendan el inicio de la terapia antirretroviral (TAR) en todo paciente adulto con infección por VIH lo antes posible, independientemente del tiempo de evolución, estadio, carga viral, manifestaciones clínicas o recuento de linfocitos CD4. No es indispensable disponer del resultado del estudio de resistencias en el momento de iniciar el tratamiento, dada la baja tasa de resistencias actual. El inicio precoz del TAR se ha asociado a menores tasas de transmisión del VIH y a un menor tiempo necesario para alcanzar respuesta virológica. En ensayos clínicos llevados a cabo en países con menor desarrollo socioeconómico, como Sudáfrica³ o Haití⁴, el inicio inmediato del tratamiento en el momento del diagnóstico es una estrategia que ha mostrado tasas significativas de aumento de adherencia y supresión virológica.

En el sector de pacientes denominados controladores de élite (carga viral indetectable y CD4 > 500 células/mm³ desde el momento del diagnóstico sin haber recibido tratamiento), no existe evidencia actual que apoye el inicio de TAR, aunque existen recomendaciones basadas en la opinión de expertos que sugieren que el inicio de tratamiento puede aportar beneficios como puede ser, entre otras ventajas, el control del reservorio del virus⁵.

Las principales guías de práctica clínica^{1,2,6,7} recomiendan pautas basadas en tres fármacos para inicio de TAR. Los regímenes contemplados consisten en combinaciones de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) con un inhibidor de la integrasa (INI), inhibidor de la proteasa (IP) o inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN). Las combinaciones de primera elección recomendadas en los principales documentos de consenso de referencia son las basadas en inhibidores de la integrasa con dos ITIAN^{1,2,6}. Las pautas concretas y alternativas a las mismas se exponen de forma resumida en la Figura 2.

En el momento actual, existe la opción de iniciar el TAR con regímenes de dos fármacos. Las guías españolas de GeSIDA¹ y las estadounidenses² recomiendan una única pauta doble para inicio de TAR basada en la combinación de DTG con lamivudina (3TC). En el caso de las guías de la European Aids Clinical Society, se contempla también la alternativa de iniciar tratamiento con efavirenz (EFV) en combinación con darunavir (DRV) potenciado con ritonavir o cobicistat.

Al inicio del tratamiento, se debe disponer de serologías para virus hepatotrofos, especialmente virus de la hepatitis B (VHB), puesto que en el caso de que el paciente sea diagnosticado de una infección crónica por VHB, el tratamiento del VIH deberá iniciarse utilizando como mínimo dos fármacos activos frente al VHB². En el supuesto de pacientes embarazadas, hay que valorar las características de los fármacos y adecuarlos a cada situación. Otros factores que condicionan el TAR de inicio son comorbilidades, interacciones farmacológicas, dificultades para la deglución e infección tuberculosa⁷.

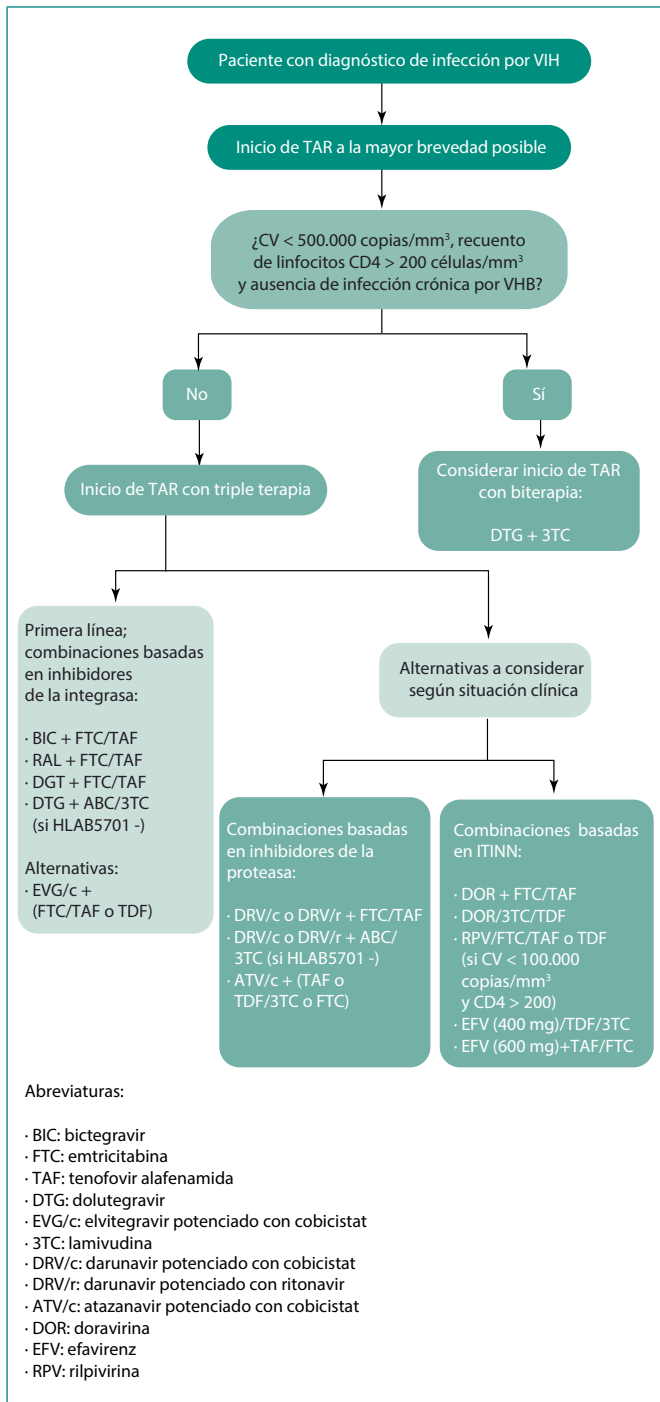


Figura 2. Resumen de las principales opciones recomendadas para inicio de TAR en algunos de los documentos de consenso vigentes

En el caso de nuestro paciente, el inicio precoz del TAR ofrecía a priori ventajas como la reducción de la carga viral y la transmisibilidad. Al plantear iniciar el TAR en el momento del diagnóstico, se debe tener en cuenta que no se podrá disponer inmediatamente de la determinación del haplotipo HLAB5701, por lo que el TAR de inicio no debería contener abacavir (ABC) hasta disponer de dicho resultado.

No existe actualmente una recomendación clara sobre qué régimen de tratamiento sería mejor para el inicio inmediato. No obstante, la combinación utilizada (RAL + FTC/TAF) nos ofrecía una toxicidad baja y no requería disponer del resultado del haplotipo HLAB5701. Por ello, se consideró una alternativa razonable.

Conclusiones

Pese a las campañas de información y acceso universal a la asistencia sanitaria en nuestro país, se siguen dando casos de diagnóstico tardío de infección por VIH, como es el caso de nuestro paciente, lo cual pone de manifiesto la necesidad de mantener siempre una elevada sospecha diagnóstica y realizar cribado en pacientes con factores de riesgo.

El inicio precoz del TAR es la actitud recomendada hoy en día en pacientes con infección por VIH-1, independientemente de factores clínicos o analíticos. Las pautas normalmente utilizadas se basan en la combinación de dos o tres principios activos, en función de las características del enfermo. Los regímenes de triple terapia se basan en la combinación de dos ITIAN y un INI como primera línea. Otras alternativas plausibles, según la situación clínica, consisten en la combinación de dos ITIAN y un IP o un ITINN.

Bibliografía

1. Panel de Expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2020). Disponible en: <http://gesida-seimc.org/category/guias-clinicas/borradores>
2. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Department of Health and Human Services. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf> (último acceso 13 de febrero de 2020).
3. Rosen S, Maskew M, Fox MP, Nyoni C, Mongwenyana C, Maletse G, et al. Correction: initiating antiretroviral therapy for HIV, at a patient's first clinic visit: The RapIT Randomized Controlled Trial. PLoS Med. 2016; 13(6): e1002050. doi: 10.1371/journal.pmed.1002050.
4. Koenig SP, Dorvil N, Dévieux JG, Hedt-Gauthier BL, Riviere C, Faustin M, et al. Same-day HIV testing with initiation of antiretroviral therapy versus standard care for persons living with HIV: a randomized unblinded trial. PLoS Med. 2017; 14(7): e1002357. doi: 10.1371/journal.pmed.1002357.
5. Promer K, Karris MY. Current treatment options for HIV elite controllers: a review. Curr Treat Options Infect Dis. 2018; 10(2): 302-309. doi:10.1007/s40506-018-0158-8.
6. Update of recommendations on first and second-line antiretroviral regimens. Geneva, Switzerland. World Health Organization, 2019 (WHO/CDS/HIV/19.15). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-update-2019-policy/en> (último acceso marzo 2020).
7. European AIDS Clinical Society (EACS). José Arribas, Catia Marzolini, Patrick Mallon, Andri Rauch, Ole Kirk Manuel Battegay and Lene Ryom. European AIDS Clinical Society Guidelines. Version 10.0. Nov 2019. Disponible en: https://www.eacsociety.org/files/2019_guidelines-10.0_final.pdf (último acceso marzo 2020).