

Enfermedades Infecciosas y Microbiología

Volumen 22
Volume 22

Número 4
Number 4

Octubre-Diciembre 2002
October-December 2002

Artículo:

Terapia antirretroviral en pediatría y en el periodo perinatal: un reto que vale la pena

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Terapia antirretroviral en pediatría y en el periodo perinatal: un reto que vale la pena

GERARDO C. PALACIOS*

El tratamiento antirretroviral en adultos y niños ha cambiado vertiginosamente en los últimos cinco a seis años. La monoterapia inicial con zidovudina (AZT) y otros inhibidores análogos nucleósidos de la enzima transcriptasa reversa (ITRAN) tuvo beneficios limitados al producir reducciones pequeñas (menores de 1 \log_{10}) y de corta duración de la replicación viral.^{1,2} Posteriormente, con la terapia doble con dos de estos ITRAN se lograron reducciones mayores de la carga viral (CV), pero todavía menores de 2 \log_{10} y también de corta duración, seguida en pocas semanas por un rebote de la CV, deterioro de la función inmune y progresión de la enfermedad.^{3,4} La introducción de los inhibidores de la proteasa viral (IP) a la práctica clínica abierta en 1997 cambió radicalmente el panorama de la epidemia en lo general y de la enfermedad en lo individual. Con la terapia antirretroviral altamente activa (TARAA, o HAART por sus siglas en inglés: Highly Active Antiretroviral Therapy), que combina uno o dos IP, o un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (ITRNN), con dos ITRAN, se logran reducciones más profundas (mayores de 3 \log_{10}) y prolongadas de la CV, con reconstitución progresiva de la función inmune y mejoría clínica sustancial.⁵⁻⁷ La enfermedad es considerada ahora como una enfermedad crónica y susceptible de tratamiento, tanto en adultos como en niños. Sin embargo, a pesar de estos avances, múltiples problemas en el área pediátrica continúan sin resolver y nuevos retos se están presentando conforme pasa el tiempo, éstos incluyen: (1) la información todavía limitada del uso pediátrico de estos tratamientos debido a tamaños de muestra pequeños, tiempos de seguimiento cortos y pocos ensayos clínicos

controlados, (2) el perfil farmacocinético cambiante con la edad de los niños y aún en evaluación para la mayoría de estos medicamentos, (3) dosificaciones pediátricas desconocidas para muchos de ellos, (4) la falta de presentaciones pediátricas para varios de estos medicamentos, (5) los efectos adversos a mediano y largo plazo aún desconocidos, (6) el riesgo a largo plazo también desconocido de la exposición in utero a estas drogas, (7) la acumulación progresiva de casos con falla en la adherencia y (8) la ocurrencia también progresiva de casos con falla terapéutica.

Por otro lado, la utilización de por lo menos dos de estas drogas como profilaxis durante el embarazo ha permitido reducir la transmisión perinatal del VIH a cifras cercanas al 1%, haciendo factible la eliminación de esta ruta de transmisión conforme el escrutinio de la infección por el VIH durante el embarazo se generaliza, y la profilaxis antirretroviral perinatal se hace cada vez más universal. Además de la utilización de profilaxis con medicamentos antirretrovirales durante el embarazo, el parto y/o el periodo neonatal, la realización de cesárea electiva bajo indicaciones específicas y la supresión de la alimentación al seno materno han contribuido de manera definitiva a la importante reducción en los porcentajes de transmisión perinatal.^{7,8} Pero también en esta área varias interrogantes permanecen sin resolverse, entre ellas la información todavía limitada con respecto a la toxicidad a largo plazo, la teratogenicidad y la carcinogenicidad de estas drogas. A pesar de esto, en este momento el beneficio de la profilaxis antirretroviral de la transmisión perinatal parece superar a los riesgos.

El impacto que la terapia antirretroviral ha tenido en los niños infectados con el VIH y en la reducción de la transmisión perinatal de este virus ha sido, por lo tanto, significativo. Este impacto seguramente será mayor, ya que cada vez nuevas drogas antirretrovira-

* Investigador. Departamento de Infectología y Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

les están siendo investigadas e introducidas a la práctica clínica. Sin embargo, la toxicidad, la falla en la adherencia y la emergencia de cepas del VIH resistentes a los antirretrovirales seguirán acumulándose conforme pase el tiempo. Un reto enorme espera a los médicos y a todo el personal de salud cuya práctica está relacionada con el VIH/SIDA, pero es un reto que sin duda alguna vale la pena. El presente número incluye dos revisiones relacionadas con la terapia antirretroviral. Una de ellas resume el estado actual del tratamiento antirretroviral en pacientes pediátricos, y la otra presenta los datos más actuales con respecto a los efectos adversos, conocidos y posibles, de la exposición perinatal a las drogas antirretrovirales. La información contenida en estas dos revisiones indudablemente será de ayuda para todo el personal de salud que maneja este tipo de pacientes.

REFERENCIAS

- McKinney RE Jr, Maha MA, Connor EM et al. A multicenter trial for oral zidovudine in children with advanced human immunodeficiency virus disease. The protocol 043 Study group. *N Engl J Med* 1991;324:1018-1025.
- Butler KM, Husson RN, Balis FM et al. Dideoxyinosine in children with symptomatic human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1991;324:137-144.
- Englund JA, Kaker CJ, Raskino C et al. Zidovudine, didanosine, or both as the initial treatment for symptomatic HIV-infected children. AIDS clinical trial group (ACTG) study 152 team. *N Engl J Med* 1997;336:1704-1712.
- McKinney RE Jr, Johnson GM, Stanley K et al. A randomized study of combined zidovudine-lamivudine versus didanosine monotherapy in children with symptomatic therapy-naïve HIV-1 infection. The Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 300 Study Team. *J Pediatr* 1998;133:500-508.
- Mueller BU, Nelson RP, Sleasman J et al. A phase I/II study of protease inhibitor ritonavir in children with human immunodeficiency virus infection. *Pediatrics* 1998;101:335-343.
- Sáez-Llorens X, -Ramillo O. Early experience with protease inhibitors in human immunodeficiency virus-infected children. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:728-738.
- Palacios GC, Palafox VL, Alvarez-Muñoz MT, Vazquez G, Miranda G, Muñoz O, Solorzano F. Response to two consecutive protease inhibitor combination therapy regimens in a cohort of HIV-1-infected children. *Scand J Infect Dis* 2002;34:41-44.
- Lorenzi P, Spicher VM, Laubereau B et al. Antiretroviral therapies in pregnancy: maternal, fetal and neonatal effects. Swiss HIV Cohort Study, the Swiss Collaborative HIV and Pregnancy Study, and the Swiss Neonatal HIV Study. *AIDS* 1998;12:F241-F247.
- Mofenson LM. Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Public Health Service Task Force. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. *MMWR Recomm Rep* 2002;51(RR-18):1-38.

