



Volumen 2, Número 6, Junio 2005

Resúmenes SIIC

● PROPIONATO DE FLUTICASONA A DEMANDA EN RINITIS ALERGICA ESTACIONAL

Chicago, EE.UU.

En rinitis alérgica estacional leve, el propionato de fluticasona aplicado según necesidad alivia los síntomas y mejora sustancialmente la calidad de vida.

Journal of Allergy and Clinical Immunology 105(4): 732-738, Abr 2000

Autores:

Jen A, Baroody F, DeTineo M y colaboradores.

Institución/es participante/s en la investigación:

Section of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Department of Surgery, Pritzker School of Medicine, University of Chicago, Chicago, EE.UU.

Título original:

[As-Needed Use of Fluticasone Propionate Nasal Spray Reduces Symptoms of Seasonal Allergic Rhinitis]

Título en castellano:

El Propionato de Fluticasona en Aerosol Nasal Utilizado Según Necesidad Reduce los Síntomas de la Rinitis Alérgica Estacional.

La rinitis alérgica afecta aproximadamente al 20% de la población de los Estados Unidos y su incidencia es cada vez más alta. Desde el punto de vista terapéutico se la suele clasificar en leve, moderada o grave; la primera sólo requiere medicación a demanda, mientras que en los dos últimos casos está indicado el tratamiento continuo. Las guías recomiendan el uso de antihistamínicos como primera línea de terapia en pacientes con rinitis leve mientras que los corticoides intranasales representan la medicación preferida en el caso de rinitis moderada o grave. De hecho, los antihistamínicos comienzan a actuar rápidamente y es posible usarlos según necesidad cuando el paciente requiere un rápido alivio de los síntomas. En cambio, los corticoides –si bien poseen múltiples ventajas sobre la inflamación alérgica– actúan más lentamente, y su eficacia, utilizados según necesidad, no ha sido establecida. El propionato de fluticasona (PF) en aerosol nasal, sin embargo, inicia su acción dentro de las 12 horas de aplicado; su pico máximo se alcanza varios días después. Aun así, no existen estudios de comparación entre los antihistamínicos y corticoides intranasales utilizados a demanda.

Los antihistamínicos son esencialmente útiles en la respuesta temprana y casi carecen de acción en la fase inflamatoria tardía. A medida que la estación polínica avanza en el tiempo, cada exposición se torna más intensa y, por lo tanto, los antihistamínicos son cada vez menos eficaces. Al contrario, los corticoides tópicos, aun cuando se los administre después de la reacción inmediata, evitan la progresión de la inflamación y la sensibilización de la respuesta sintomática. Cabe la posibilidad, entonces, de que la colocación de corticoides intranasales a demanda se asocie con reducción de los síntomas durante la estación polínica. Si esta hipótesis es correcta, las guías actuales de tratamiento podrían modificarse: los esteroides deberían utilizarse regularmente en rinitis moderada a grave y podrían usarse a demanda en rinitis leve. El estudio actual tiene por finalidad evaluar esta teoría.

Métodos

Se incluyeron enfermos con rinitis alérgica estacional (RAE) de al menos dos años de duración y confirmada con pruebas cutáneas (sensibilización a *Ambrosia*). Los pacientes completaron el cuestionario de calidad de vida *Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire* (RQL

Q) y se obtuvo lavado nasal para recuento de eosinófilos y de proteína catiónica de eosinófilos (PCE). Los participantes fueron asignados a PF (100 µg diarios en cada fosa nasal) o placebo según necesidad durante 4 semanas en el transcurso de la estación polínica. Los enfermos completaron una planilla diaria de síntomas: episodios de estornudos, rinorrea, prurito de ojos y congestión nasal.

Resultados

Un total de 26 pacientes fueron asignado a cada grupo. Las diferencias significativas entre el grupo activo y placebo en el puntaje sintomático total comenzaron a notarse después de 5 días de tratamiento y permanecieron sustanciales en casi todos los momentos de evaluación. El puntaje sintomático promedio total en el grupo placebo fue de 8.5, *versus* 4.5 en el grupo activo; la diferencia también fue notable para cada una de las manifestaciones individuales. Al inicio del estudio, la calidad de vida de todos los enfermos fue semejante; sin embargo, los pacientes asignados a PF refirieron mejoría considerable en la calidad del sueño, en los síntomas no nasales, en las actividades y en los dominios de actividades cotidianas. Los síntomas nasales también mejoraron ostensiblemente.

El número de eosinófilos y la concentración de PCE no difirieron al inicio del estudio. En el grupo activo, los primeros descendieron considerablemente con el tratamiento.

Discusión

Se ha visto que el PF y otros corticoides tópicos son eficaces en el tratamiento de la rinitis alérgica cuando se los utiliza regularmente. Aunque inicialmente se consideraba que el PF tarda días en comenzar a actuar, algunas investigaciones más recientes indicaron que la eficacia, respecto del placebo, es sustancialmente mayor ya en el transcurso de las primeras 12 horas de terapia aunque el pico de mayor acción se observa después de varios días.

Si bien se indica a los enfermos la colocación diaria de la medicación, la adhesión no suele ser satisfactoria, y de allí la importancia de demostrar que incluso cuando se los utiliza a demanda son útiles, al menos en pacientes con rinitis leve. Esencialmente, los enfermos optan por aplicarse la medicación después de la reacción inmediata y antes de que ocurra infiltración eosinofílica. Así, se evitan los efectos deletéreos de los eosinófilos en la mucosa nasal y la sensibilización asociada con la inflamación alérgica crónica (*priming*). A medida que la estación polínica avanza, los pacientes que reciben PF no presentan mayor reactividad antigénica, tienen menos síntomas y refieren una mejor calidad de vida cuando se exponen nuevamente al alérgeno, en comparación con el grupo placebo.

Autoevaluación de Lectura

¿Cómo debe utilizarse el propionato de fluticasona en rinitis alérgica estacional?

- A. Regularmente.**
- B. Puede utilizarse a demanda.**
- C. No está indicado en estos enfermos.**
- D. Puede indicarse asociada a descongestivos u otros antihistamínicos.**

[Respuesta Correcta](#)

● FLUTICASONA EN LA RINITIS PERENNE NO ALERGICA

Washington, EE.UU.

El análisis integrado de tres estudios aleatorizados y controlados muestra la eficacia del propionato de fluticasona intranasal en pacientes con rinitis perenne no alérgica, independientemente de la presencia de eosinófilos.

Annals of Allergy Asthma & Immunology 88(4): 385-390, Abr 2002

Autores:

Webb DR, Meltzer EO, Finn AF y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Allergy and Asthma Research Associates, Kirkland, Washington, EE.UU.

Título original:

[Intranasal Fluticasone Propionate Is Effective for Perennial Nonallergic Rhinitis with or without Eosinophilia]

Título en castellano:

El Propionato de Fluticasona Intranasal es Eficaz en la Rinitis no Alérgica Perenne Asociada o no con Eosinofilia

La rinitis perenne no alérgica (RPNA) se caracteriza por síntomas nasales persistentes o esporádicos no mediados por un mecanismo dependiente de IgE. Con frecuencia, es difícil controlar las manifestaciones clínicas mediante las opciones farmacológicas convencionales (antihistamínicos y descongestivos) debido a la amplia variedad de desencadenantes, muchos de los cuales no se pueden evitar. Algunos de estos pacientes presentan eosinofilia nasal, pero las pruebas cutáneas para los alérgenos comunes son negativas. La entidad suele denominarse rinitis no alérgica con síndrome eosinofílico (RNASE). Sin embargo, la gran mayoría de los enfermos con RPNA no tiene eosinofilia (no-RNASE).

Si bien varios estudios han confirmado la eficacia terapéutica de los esteroides intranasales en pacientes con eosinofilia nasal, las opciones de terapia en aquellos sin rinitis RNASE no han sido bien investigadas; existe la creencia general de que los corticoides tópicos no son tan útiles como en el caso de la RNASE. En este trabajo los autores determinan la eficacia del propionato de fluticasona (PF) en la RPNA según la presencia o ausencia de eosinofilia a partir de los datos integrados de tres estudios aleatorizados, a doble ciego y controlados con placebo.

Métodos

Se consideraron conjuntamente los resultados de dos estudios multicéntricos (FLTA3010 y FLN-351) y de un trabajo realizado en un único centro (FLN-350). Cada uno de ellos evaluó la eficacia del PF acuoso en forma de aerosol nasal en dosis diarias de 200 µg y 400 µg respecto del placebo en el tratamiento de pacientes de 12 años o más con RPNA y pruebas cutáneas negativas.

Se estableció la gravedad de los síntomas durante una semana de lavado; posteriormente, los pacientes fueron asignados a uno de los 3 grupos de tratamiento durante 28 días. El PF se aplicó en 2 dosis, por la mañana y por la tarde, y no se permitió que los pacientes utilizaran otros fármacos (antihistamínicos) durante la investigación. Para evaluar la eosinofilia se efectuó citología nasal en el momento del rastreo y después de 28 días de terapia. La gravedad de los síntomas (obstrucción nasal, drenaje posnasal y rinorrea) se valoró por una escala visual analógica, estableciéndose el puntaje de síntomas total (PST).

Resultados

Fueron evaluados 983 pacientes; 325 de ellos fueron tratados con 200 µg de PF; 332, con 400 µg de PF; y 326 recibieron placebo. El 95% de los participantes completó la investigación. El 2% de los sujetos de cada uno de los grupos activos y el 3% de los pacientes del grupo de placebo abandonó el estudio por efectos adversos. La manifestación secundaria más frecuente asociada con el uso del corticoide fue la epistaxis. Las características demográficas fueron semejantes en los 3 grupos, al igual que la duración de la RPNA. Aproximadamente el 70% de los pacientes presentaba RNA sin eosinofilia. El PST basal fue similar en todos los pacientes. Los sujetos asignados a PF en dosis de 200 µg y 400 µg mostraron una mejoría sintomática casi idéntica, superior a la observada

en el grupo placebo, en todos los momentos de evaluación. Las modificaciones promedio en el PST del subgrupo con RNA sin eosinofilia fueron semejantes a las de la población general.

Discusión

El análisis integrado de estos tres trabajos efectuados a doble ciego, aleatorizados y controlados con placebo demuestra la eficacia del PF en un grupo de pacientes bien definido con rinitis no alérgica sin eosinofilia nasal. Los hallazgos tienen gran importancia clínica, dado que en general se cree que los corticoides tópicos son menos útiles en estos pacientes. Sin embargo, este estudio indica que la aplicación de 200 µg o 400 µg de PF se asocia con reducción de los síntomas nasales durante la primera semana de tratamiento, y con descensos estadísticamente significativos en el PST en comparación con los pacientes tratados con placebo durante cada una de las semanas de la terapia de 28 días. En la investigación se constató una eficacia semejante con 200 µg rinitis y con 400 µg de la droga. La falta de una clara asociación entre dosis y efecto, señalan los autores, ya se había observado con otros corticoides tópicos, como budesonida y dipropionato de beclometasona.

Conclusión

El análisis integrado de 3 estudios demuestra la eficacia de los esteroides intranasales en pacientes con RPNA, independientemente de la presencia de eosinófilos. Los hallazgos no avalan la impresión clínica general de que estos fármacos son menos eficaces en sujetos con rinitis crónica no alérgica que no se acompaña de infiltración eosinofílica sustancial.

Autoevaluación de Lectura

¿En qué pacientes es útil el propionato de fluticasona?

- A. Sólo en pacientes con rinitis alérgica.**
- B. Sólo en pacientes con rinitis no alérgica con eosinofilia.**
- C. En pacientes con rinitis no alérgica, independientemente de la presencia de eosinófilos.**
- D. En todos los casos.**

[Respuesta Correcta](#)

EL INTERFERON ALFACON-1 PUEDE PRODUCIR PURPURA TROMBOCITOPÉNICA AUTOINMUNE

Atenas, Grecia

Presentación de un paciente con hepatitis C crónica tratado con interferón alfacon-1 que desarrolló púrpura trombocitopénica autoinmunitaria.

Journal of Viral Hepatitis 11(5):477-478, Sep 2004

Autores:

Dimitroulopoulos D, Dourakis SP, Xinopoulos D y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Gastroenterology Unit, "Saint Savvas" Hospital; First University Department of Internal Medicine, Hippokration Hospital, Atenas, Grecia

Título original:

[Immune Thrombocytopenic Purpura in a Patient Treated with Interferon Alfacon-1]

Título en castellano:

Púrpura Trombocitopénica Autoinmune en un Paciente Tratado con Interferón Alfacon-1

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es un trastorno adquirido que se caracteriza por trombocitopenia debida a destrucción plaquetaria en el sistema reticuloendotelial mediada inmunológicamente. Es producida por uno o más autoanticuerpos antiplaquetarios, generalmente dirigidos al complejo glucoproteína IIb/IIIa. Afecta a adultos y a niños por igual con una incidencia anual de 100 casos por millón de personas y una relación entre mujeres y hombres de 2.6:1. Puede ser aguda o crónica, y primaria o secundaria a un trastorno de base (enfermedades del colágeno, trastornos linfoproliferativos o infecciones virales) o a fármacos. La infección por el virus de la hepatitis C puede desencadenar varios mecanismos inmunológicos, con producción de numerosos autoanticuerpos. La incidencia de la PTI en pacientes con hepatitis C crónica es del 0.2%.

El interferón-alfa, tratamiento de elección de la infección crónica por el virus de la hepatitis C (HCV), desencadena la producción de autoanticuerpos. Tanto el interferón-alfa como el interferón-alfa-2b de liberación temporal inducen o precipitan la PTI.

Una mujer de 20 años fue derivada con diagnóstico de infección por HCV crónica y transaminasas elevadas. El examen físico y el recuento sanguíneo fueron normales. Los estudios de laboratorio revelaron parámetros de coagulación normales, funciones tiroidea y hepática sin alteraciones y elevación de la alanina aminotransferasa y aspartato aminotransferasa. Los marcadores tumorales se encontraron dentro de los límites normales. Los autoanticuerpos ANA, AMA, SMA, LKM y antitiroideos fueron negativos. Tampoco se encontraron pruebas serológicas o virológicas de hepatitis A o B, ni de infección por citomegalovirus o virus Epstein-Barr. La ecografía abdominal no reveló alteraciones. La carga viral ascendió a 5.59×10^5 UI/ml y la genotipificación reveló la presencia del genotipo 3a. La biopsia hepática mostró alteraciones histológicas de leves a moderadas compatibles con hepatitis crónica.

En septiembre de 2001 la paciente comenzó el tratamiento con interferón alfacon-1, con una dosis de 18 µg diarios durante las primeras 4 semanas, seguida por 9 µg diarios por 8 semanas y 9 µg 3 veces por semana durante 36 semanas. Al segundo mes de tratamiento se observó la normalización de los niveles de las transaminasas. Los exámenes del ARN viral llevados a cabo a los 4, 12 y 24 meses fueron negativos. Los exámenes de laboratorio mensuales revelaron un leve descenso del recuento plaquetario. En la semana 28, el tratamiento fue interrumpido a causa del descenso inesperado del recuento plaquetario debido al interferón (44×10^3 /µl), llegó a 11×10^3 /µl dos semanas más tarde. El examen físico no reveló petequias, equimosis ni lesiones orales. La paciente fue tratada con inmunoglobulina (1 g/kg/d) por 3 días consecutivos y metilprednisolona (30 mg/kg/d) por vía intravenosa seguida por tratamiento oral durante 12 semanas. El recuento de plaquetas aumentó a partir del segundo día de tratamiento, con normalización después de 6 días. El diagnóstico de PTI se basó en la detección de anticuerpos antiplaquetarios positivos, aumento de megacariocitos en la médula ósea, la exclusión de otros trastornos primarios capaces de producir los hallazgos anteriores, la respuesta a la terapia corticoide y la ausencia de esplenomegalia. A las 4 semanas de finalizada la terapia con metilprednisolona, el examen de laboratorio reveló recuento

plaquetario normal y transaminasas dentro de los límites normales. El ARN viral se mantuvo indetectable a pesar del tratamiento con dosis elevadas de corticoides.

La infección crónica por HCV a menudo está asociada con alteraciones en el sistema inmunológico del paciente, como la aparición de diversos trastornos autoinmunes. En muchos de ellos, el virus puede ser el mediador de la autoinmunidad o de la formación de complejos inmunológicos. La trombocitopenia es frecuente en los pacientes con infección por HCV y se correlaciona con la detección de anticuerpos antifosfolípidos. La presencia del genoma viral en las plaquetas sugiere que el virus estaría directamente involucrado en la patogenia de la trombocitopenia. En adultos, el interferón-alfa y los interferones de liberación temporal son eficaces en la disminución de los valores anormales de las transaminasas y del nivel de viremia, si bien su empleo está asociado con efectos adversos. El interferón-alfa puede inducir o exacerbar varias anomalías autoinmunes debido a sus propiedades inmunomoduladoras. La trombocitopenia leve es una reacción colateral adversa común del interferón-alfa. El recuento plaquetario bajo y la evidencia de patología autoinmune constituyen contraindicaciones relativas de la terapia con interferón.

En el presente caso, el aclaramiento sérico del ARN viral 26 semanas antes de la manifestación de púrpura trombocitopénica inmunológica y la exclusión de otras causas que desencadenan autoinmunidad sugieren que la trombocitopenia estaría relacionada con el tratamiento con interferón más que con la patología de base. La presencia de anticuerpos antiplaquetarios indica que el proceso autoinmune no depende del virus en replicación y que podría estar relacionado o exacerbado por el tratamiento con interferón.

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál es la incidencia de púrpura trombocitopénica autoinmune en pacientes con hepatitis C crónica?

- A. 0.2%.**
- B. 1%.**
- C. 5%.**
- D. 10%.**

[Respuesta Correcta](#)

INCREMENTO DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON COINFECCIÓN POR HIV Y VHC EN LA EPOCA DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

Atlanta, EE.UU.

La coinfeción por VHC es frecuente y afecta de manera negativa la supervivencia de los pacientes con infección por HIV o sida, aunque este hallazgo no está aparentemente vinculado con una diferencia en la recuperación del recuento de células CD4+ mientras se emplea terapia antirretroviral de gran actividad.

Clinical Infectious Diseases 39(10): 1507-1513, Nov 2004

Autores:

Anderson KB, Guest JL y Rimland D

Institución/es participante/s en la investigación:

Rollins School of Public Health at Emory University and School of Medicine, Emory University; Atlanta Veterans Affairs Medical Center, Atlanta, EE.UU.

Título original:

[Hepatitis C Virus Coinfection Increases Mortality in HIV-Infected Patients in the Highly Active Antiretroviral Therapy Era: Data From the HIV Atlanta VA Cohort Study]

Título en castellano:

La Coinfección por el Virus de la Hepatitis C Incrementa la Mortalidad en Pacientes Infectados por HIV en la Era de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad: Datos del *HIV Atlanta VA Cohort Study*

La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) se asocia con un descenso notable en la mortalidad causada por la infección por HIV. Sin embargo, complica el manejo clínico de los individuos, ya que ahora debe incluir el tratamiento de diversas enfermedades crónicas. En este contexto, la coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) es de especial preocupación. La prevalencia de la coinfección por VHC en individuos infectados por HIV es elevada. Varía entre 10% y 40%, y puede ser de hasta 80% en las cohortes con alto riesgo de exposición. Esta tasa elevada está probablemente asociada con rutas de transmisión compartidas, en particular la inyección de drogas y la recepción de transfusiones o productos derivados de la sangre. Este trabajo es una extensión de una evaluación previa de la misma cohorte de pacientes (el Estudio de Cohortes de HIV del Centro de Veteranos de Atlanta, HAVACS, por sus siglas en inglés), el cual no halló asociación entre la coinfección por VHC y la progresión clínica de la enfermedad por HIV. El estudio anterior incluyó datos previos a la introducción de la TARGA, por lo cual los autores especularon que diversos factores, entre ellos la hepatotoxicidad de los regímenes antirretrovirales y el incremento en el tiempo de supervivencia de las personas que los reciben, podrían arrojar hallazgos diferentes.

La población de estudio quedó integrada por todos los pacientes infectados por HIV a quienes se les realizaron pruebas de detección de VHC en el Centro de Veteranos de Atlanta desde 1992 y que fueron vistos entre enero de 1997 y octubre de 2001. La TARGA estuvo disponible en esta cohorte a partir de mediados de 1996.

El estado de infección por VHC se determinó mediante ensayo de segunda generación para detección de anticuerpos. Durante el período de estudio, se dispuso de esta prueba en el 88% de los pacientes. Se realizaron determinaciones de carga viral para el VHC en 58 participantes.

Se extrajeron datos sobre los recuentos de células CD4+ y la carga viral de HIV en tres momentos: dentro de los 6 meses de la fecha de realización de la prueba para VHC, luego de 6 meses de comenzada la TARGA y en la última visita antes de octubre de 2001.

La fecha del diagnóstico de HIV se definió como aquella en la cual el paciente cumplió con los criterios diagnósticos de sida según los CDC de 1987 o de 1993. El uso de antirretrovirales (ARV) se definió como: TARGA por un mes o más; antecedentes de empleo de ARV pero no de TARGA, y ausencia de tratamiento previo con ARV o duración de la TARGA menor a 1 mes.

Se incluyó en el análisis el factor de riesgo para infección por HIV (empleo de drogas inyectables vs. otros factores), raza (negra y blanca) y edad al momento de la realización de la prueba para

VHC.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa de computación SAS. El análisis bivariado evaluó la distribución de cada covariable por el estado de infección por VHC, con cálculo de los *odds ratio* de Mantel-Haenzel y valores de p. Se crearon además curvas de Kaplan-Meier y modelos multivariados de supervivencia para tres períodos de tiempo: el transcurrido desde la infección por HIV y el fallecimiento; desde el diagnóstico de sida y el fallecimiento, y entre los de infección por HIV y enfermedad sida.

Se incluyeron 970 pacientes. La prevalencia de la infección por VHC fue de 31.6%. Durante el seguimiento, 73.1% de los pacientes recibieron TARGA en algún período de tiempo, y se diagnosticó sida en 66.6%. El factor de riesgo con mayor prevalencia de infección por HIV fue el contacto homosexual entre hombres (CHH) (48.0%), mientras que en el 22.4% de los pacientes el factor de riesgo primario fue el empleo de drogas inyectables. La cohorte tuvo un predominio de pacientes de raza negra (73.2%), con un promedio de edad de 41.7 años en el momento de realización de las pruebas para la detección del VHC.

Fue más probable que los pacientes infectados por VHC fuesen de raza negra, de mayor edad, adictos a drogas endovenosas y que nunca hubiesen recibido TARGA ($p < 0.0001$ para todos).

Tanto los pacientes coinfectados por VHC como los que no lo estuvieron presentaron recuperaciones similares en los recuentos de células CD4+ luego del inicio de la TARGA (para los que recibieron TARGA por corto tiempo o por tiempo prolongado).

Los pacientes coinfectados presentaron duraciones más cortas de su supervivencia desde la fecha del diagnóstico de la infección por HIV que los infectados por HIV, sin VHC (índice de riesgo [HR], 2.47; intervalo de confianza 95% [IC], 1.26–4.82). El empleo de TARGA se asoció de manera independiente con mejoría en la supervivencia (HR, 0.25; IC, 0.16–0.39), mientras que el recuento de células CD4+ menor a 50 células/mm³ al momento de la realización de la prueba para VHC se asoció con disminución en el tiempo de supervivencia (HR, 3.24; IC, 2.01–5.22). Los pacientes con sida y los de mayor edad tuvieron supervivencia significativamente menor durante el seguimiento (HR, 4.98; IC, 2.68–9.26) y 1.79 (IC, 1.14–2.82), respectivamente).

Los pacientes coinfectados también presentaron acortamiento significativo en su supervivencia desde el momento del diagnóstico de sida (HR, 1.84; IC, 1.09–3.10). El empleo de TARGA mejoró la duración global de la supervivencia (HR, 0.26; IC, 0.16–0.42), a la vez que el recuento de células CD+ menor de 50 células/mm³ al momento de la realización de la prueba para VHC se asoció con descenso en su duración (HR, 3.39; IC, 2.15– 5.35).

La infección por VHC no se asoció con alteración en la respuesta de las células CD4+ a la TARGA. Todos los pacientes presentaron recuperación similar en su recuento a los 6 meses de iniciada, independientemente del estado de infección por VHC, aunque la inyección de drogas se vinculó de manera independiente con descenso en la recuperación del recuento de estas células.

Este estudio señala el impacto de la coinfección HIV-VHC en la progresión de la enfermedad por HIV y presenta cuatro hallazgos clínicos de importancia. En primer lugar, la prevalencia de coinfección por VHC (31.6%) en esta cohorte fue elevada y concuerda con el estudio HAVACS previo. Segundo, fue menos probable que los pacientes coinfectados hubiesen recibido TARGA que aquellos no infectados por VHC. Tercero, la coinfección por el VHC provoca reducción significativa en la duración de la supervivencia desde el momento de diagnóstico de la infección por HIV y de sida. Por último, la coinfección por VHC no altera la recuperación a corto o largo plazo del recuento de células CD4+ asociadas con la TARGA.

Estos hallazgos demuestran un cambio del efecto de la coinfección por VHC desde la etapa pre-TARGA a la TARGA, ya que la evaluación previa de la supervivencia de la misma cohorte halló que la infección por VHC no tuvo efecto sobre la progresión de la infección por HIV, al igual que otros estudios de carácter longitudinal que incluyeron datos previos a 1997. Los hallazgos de este trabajo están avalados por otros estudios de gran magnitud realizados en la época de la TARGA, como el Estudio Suizo de Cohortes.

Las posibles razones que mencionan los autores en cuanto a las diferencias observadas entre la etapa previa a la TARGA y la era de la TARGA incluyen: el descenso observado en la supervivencia fue debido a la introducción de la TARGA y a la hepatotoxicidad asociada con este tratamiento; se realizaron pruebas para VHC en mayor proporción de pacientes en la era TARGA, y una mayor duración del seguimiento permitió la aparición de hepatopatía significativa. Este último factor parece improbable debido a que no hubo cambios significativos en las tasas de mortalidad por enfermedad hepática desde 1997.

Aunque fue menos probable que los pacientes coinfectados recibiesen TARGA que aquellos con infección por HIV, la recuperación del recuento de sus células CD4+ fue tan potente como la

observada entre los individuos no infectados por VHC. Esto sugiere que las personas coinfectadas pueden ser tratadas de manera exitosa para su infección por HIV.

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con la coinfección por HIV y VHC en la etapa del tratamiento antirretroviral de alta eficacia?

- A. Altera la recuperación a corto plazo del recuento celular.**
- B. No altera la recuperación a corto plazo, pero sí a largo plazo.**
- C. La prevalencia de coinfección VHC-HIV es menor del 10%.**
- D. La coinfección por VHC provoca una disminución significativa de la supervivencia en pacientes infectados por HIV.**

[Respuesta Correcta](#)

Trabajos Distinguidos, Serie Alergia e Inmunología, integra el Programa SIIC de Educación Médica Continuada