

Impacto del tratamiento antirretrovírico de gran actividad en la infección por VIH-1 de los distintos órganos

Antes de introducirse en 1996 el tratamiento antirretrovírico de gran actividad (TARGA) para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el sida cubría un amplio espectro clínico que abarcaba manifestaciones en casi todos los órganos. Algunas enfermedades definitorias del sida —como la infección citomegalovírica, la encefalopatía y la encefalitis toxoplásmica— implicaban un mal pronóstico. Con el TARGA, los resultados empezaron a cambiar radicalmente. En los últimos 10 años se ha destacado la notable reducción de la incidencia de varias infecciones oportunistas (IO), en especial la de neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC). Además, algunas manifestaciones específicas de ciertos órganos —como la nefropatía del VIH-1, el síndrome de consunción y la miocardiopatía— son consecuencia directa de los daños víricos y, por lo tanto, algo que el TARGA mejora o previene. Sin embargo, el TARGA origina un nuevo cuadro de complicaciones denominado *síndrome inflamatorio de la recuperación inmunitaria*, en el cual hay IO tales como la vitritis por citomegalovirus (CMV) y linfadenitis por el complejo *Mycobacterium avium*, así como respuestas contradictorias al tratamiento de la tuberculosis y exacerbación de la criptococosis. Puesto que no todas las manifestaciones orgánicas disminuyen con el TARGA, citamos un estudio de revisión que analiza la influencia de ese tratamiento en las IO vinculadas a varios órganos en particular, los trastornos encefálicos y las neoplasias relacionadas con el VIH-1.

Un estudio indica que el TARGA disminuye la frecuencia de infección por *M. avium* y citomegalovirus, pero causa un aumento de la NPC así como de la tuberculosis. Otro muestra que el riesgo de IO es mayor en los meses iniciales del tratamiento. Las incidencias de candidosis esofágica, infección micobacteriana no tuberculosa, enfermedad por CMV y linfoma no hodgkiniano disminuyen rápidamente después de 3 meses de TARGA, mientras que las de otras IO, como la neumonía toxoplásmica y el sarcoma de Kaposi, disminuyen significativamente, pero solo dentro de los 3 meses posteriores al inicio del TARGA. Se ha planteado si deben interrumpirse la profilaxis contra agentes patógenos oportunistas y los tratamientos de mantenimiento en los pacientes que reciben el TARGA. Los pulmones son un lugar

importante para la reproducción del VIH-1 y el tratamiento parece reducir el riesgo de tuberculosis; por otra parte, aumenta el de linfoma no hodgkiniano y el de cáncer pulmonar. Han disminuido o mejorado mucho los trastornos neurológicos y psiquiátricos que solían ser comunes en etapa avanzada, incluso el linfoma primario del sistema nervioso central. También se ha modificado el cuadro de problemas cardiológicos, con reducción de la pericarditis, miocardiopatía dilatada, e isquemia, a pesar de un aumento de la hipertensión pulmonar. Por otra parte, la nefropatía relacionada con el VIH-1 y otras lesiones de los riñones todavía requieren diálisis, si bien algunos informes indican que la terapia retrasa su empeoramiento. En cuanto al sistema digestivo, las IO como la enterocolitis y las infecciones pancreáticas y de las vías biliares siguen siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con VIH-1, pero han disminuido las infecciones por citomegalovirus, las candidosis, las colitis bacterianas y otras. Sin embargo, a veces hay que suspender el TARGA debido a sus efectos secundarios de náusea, vómitos y diarrea. Como órgano reservorio del virus, el hígado es susceptible a IO, pero estas se han reducido mucho con el TARGA. No obstante, preocupan ciertos informes de que el tratamiento acelera la evolución de la hepatitis C. Por otro lado, las consecuencias bucales de la infección por VIH-1 —candidosis, herpes simple labial, sarcoma de Kaposi y enfermedad periodontal— se han reducido en más de 30%, pero las infecciones cutáneas por estafilococos siguen siendo comunes. En los ojos se han reducido las infecciones de la retina y coroides y los linfomas no hodgkinianos, pero no ha habido cambios significativos en la incidencia del linfoma de Hodgkin. Tampoco se han notado cambios importantes en el cáncer cervicouterino, si bien han disminuido las bacteriosis de las vías urinarias.

Evidentemente, la epidemiología de las IO seguirá cambiando a medida que el VIH-1 se manifieste en los distintos órganos y se empleen nuevos antirretrovíricos. La respuesta inmunitaria puede producir lesiones en lugares anómalos y será necesario vigilar cuidadosamente las posibles IO y toda manifestación orgánica específica para conseguir los mejores resultados clínicos en los pacientes infectados por VIH-1. (Torre D, Speranza F, Martegani R. Impact of highly active antiretroviral therapy on organ-specific manifestations of HIV-1 infection. *HIV Medicine*. 2005;6:66–78.)