

La Noticia del Día

AIDS
2012



Boletín informativo no técnico
acerca de la XIX Conferencia
Internacional sobre el Sida
(AIDS 2012)



Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt). OCTUBRE DE 2012.
c/ Casp, 118-120 Ático 2ª 08013 Barcelona (España) Tel: +34 932 080 845 Fax: +34 932 070 063
E-mail: contact@gtt-vih.org Website: www.gtt-vih.org Facebook: Gtt Vih Twitter: @gTtVIH



Créditos

Edición: Juanse Hernández

Redacción: Juanse Hernández, Miguel Ángel Vázquez

Fuentes: AIDS 2012 / i-Base (www.i-Base.info) / HCV Advocate (www.hcvadvocate.org)

Corrección: Jordi Piqué **Grafismo:** Jaume Fabrés

Agradecimientos: i-Base (Londres, Reino Unido) y, en especial, a Simon Collins

Este boletín es un suplemento de La Noticia del Día, un servicio gratuito de información en español sobre la infección por VIH y sus tratamientos. Puedes suscribirte en www.gtt-vih.org/actualizate/suscripciones o darte de baja en www.gtt-vih.org/actualizate/cancelar_suscripcion. Las noticias pueden consultarse en nuestro sitio de internet: www.gtt-vih.org. Los boletines no técnicos anteriores también están disponibles en el mismo sitio web: http://gtt-vih.org/actualizate/boletines_no_tecnicos.

Este proyecto ha sido subvencionado hasta 2011 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España).
www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm

ÍNDICE

0.	Introducción	4
1.	AIDS 2012 a vista de pájaro	5
2.	Nuevos fármacos y formulaciones	6
3.	Nuevos datos acerca de otros aspectos del tratamiento antirretroviral	8
4.	Cuatro vías para encontrar una cura	10
5.	Coinfección por VIH y hepatitis C	12



0. Introducción

Este Boletín Informativo no Técnico ofrece una selección de las presentaciones y estudios hechos públicos en la XIX Conferencia Internacional sobre el Sida (AIDS 2012) que tuvo lugar en Washington DC (EE UU) del 22 al 27 de julio. Dicha conferencia, organizada por la Sociedad Internacional del Sida (IAS), se celebra cada dos años y constituye el mayor encuentro biomédico y relacionado con el VIH.

En su origen, se trataba de un encuentro de carácter exclusivamente médico. Sin embargo, a lo largo de la última década su agenda ha ido ampliándose para incluir aspectos sociales y políticos del VIH. De hecho, en esta edición, alrededor del 85% de los más de 3.500 estudios presentados ya están relacionados con derechos humanos, financiación, políticas, prevención, acceso al tratamiento y problemas vinculados al estigma.

Aunque aquí reflejamos la información procedente de los estudios sobre ciencia clínica

más relevantes, los *webcasts* de las sesiones centradas en aspectos sociales, políticos y de derechos humanos pueden visionarse en la página web de la conferencia (<http://www.aids2012.org/>).

La lectura de las cápsulas informativas de este boletín te permitirá tener, de una forma fácil y rápida, una perspectiva general de las principales novedades hechas públicas en esta conferencia. La mayoría de las cápsulas están enlazadas a piezas informativas publicadas en *La Noticia del Día*, por lo que si quieres saber más sobre el tema, solo tienes que pinchar el enlace para acceder a la noticia completa.

Además, todos los estudios mencionados en este boletín pueden consultarse (en inglés) en la web oficial de la conferencia, así como también las retransmisiones de las sesiones (*webcasts*) y las presentaciones en Powerpoint de muchos de los estudios. Esperamos que este boletín te resulte útil.

1. AIDS 2012 a vista de pájaro

Este año, hubo más personas que hablaron sobre el fin del sida (al menos desde 1998, la primera vez que acudí). Pero transcurridos 30 años, el lema de la conferencia solo ha cambiado de forma tímida a “Cambian-do el rumbo” (*Turning the Tide*). El optimismo aún está dando los primeros pasos. Incluso con los enormes avances efectuados en el tratamiento y la prevención y la incipiente y emocionante investigación en la cura, el VIH seguirá entre nosotros durante algún tiempo. Desgraciadamente, la generación libre de sida mencionada en numerosas presentaciones sigue pareciendo algo inalcanzable a corto plazo.

Sin embargo, el tratamiento ya ha demostrado ser capaz tanto de salvar vidas como de reducir las infecciones. La ampliación del acceso a la terapia constituyó uno de los ejes centrales de la conferencia este año 2012, en el que se puede alcanzar la cifra de 8 millones de personas en tratamiento.

Cuando se recuerda el progreso desesperantemente lento de la campaña “3x5” (conseguir que 3 millones de personas recibieran tratamiento en 2005), resulta significativo que esta conferencia, con su interés centrado en el acceso al tratamiento, haya dejado atrás ese objetivo de cuya consecución se llegó a dudar.

Entre los aspectos principales del programa de este año se incluyeron:

- **Una plataforma para los discursos**

Versaron sobre las políticas y el acceso y se dirigieron a personas con VIH y activistas de distintos ámbitos y circunstancias, llevando a que muchas de las respuestas comunitarias pudieran ofrecer sus diversas perspectivas en un escenario mundial.

Las mejores son las estrategias pasionales y racionales para el cambio.

- **Reafirmar el foco de atención en la curación**

Muchas sesiones se centraron en las primeras investigaciones relacionadas con la cura de la infección.

Entre ellas se incluyó un taller previo al encuentro y la presentación de un plan científico para establecer las metas y objetivos de la investigación para superar este reto definitivo.

- **Datos clínicos**

Entre los temas destacados estuvieron los nuevos fármacos contra el VIH y la tuberculosis, la salud infantil y otros estudios.

- **Prevención del VIH**

Este año, se puso especial énfasis en las políticas y la implementación de programas, más que en los nuevos datos clínicos. El centro de atención estuvo puesto en el tratamiento como prevención, la profilaxis preexposición (PPrE), la circuncisión, el intercambio de jeringuillas y el acceso infantil y materno al tratamiento.

- **VIH y salud a largo plazo**

Cada vez hay más interés en el tema de la inflamación como problema para las personas con VIH sin tratar y para la salud a largo plazo de las tratadas. Este problema se solapa con otras cuestiones como el envejecimiento o el inicio más temprano del tratamiento antirretroviral.

- **Presentación de publicaciones e informes**

Muchas publicaciones contienen más detalles y planificaciones que no cabrían en un único simposio o póster. Todas ellas están disponibles en internet.

- **Otros actos comunitarios**

La conferencia incluyó una “Aldea Global” que albergó numerosos actos comunitarios, tales como actuaciones y proyecciones.

Este año, como parte de la conferencia, más de 50.000 tapices adornaron los pasillos de la conferencia y fueron extendidos a lo largo de parte de la Explanada Nacional, cerca del Washington Memorial, así como en otros 50 puntos de la ciudad.

Por Simon Collins (i-Base, Londres)



2. Nuevos fármacos y formulaciones

En cada conferencia, queremos tener noticias sobre nuevos fármacos y cómo podrían mejorar nuestra atención en el futuro. En Washington, se informó

acerca de nuevos inhibidores de la integrasa y también sobre un nuevo potenciador que podría constituir una alternativa a ritonavir.

Nuevo potenciador: cobicistat como alternativa a ritonavir

La mayor parte de los inhibidores de la proteasa (IP) deben potenciarse para alcanzar unas concentraciones eficaces. Hasta hace poco, la única opción para hacer esto era emplear unas dosis reducidas de otro IP denominado ritonavir (Norvir®).

Una nueva opción que está a punto de aprobarse es cobicistat. Este nuevo fármaco se comparó con ritonavir para potenciar atazanavir en casi 700 personas que iniciaban su primer tratamiento. Todas ellas empleaban también tenofovir/emtricitabina (Truvada®) como parte de su combinación.

Aunque ambos fármacos potenciadores tuvieron un perfil similar en términos de eficacia y efectos secundarios, el nuevo medicamento presenta una ventaja práctica. La empresa que elabora cobicistat está trabajando con los fabricantes de darunavir (Prezista®) y atazanavir (Reyataz®) para coformular estos IP con el potenciador en un mismo comprimido.

Esto puede ayudar a reducir el número de comprimidos y de prescripciones y podría facilitar algo la vida de las personas que toman dichos inhibidores de la proteasa.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Nuevos inhibidores de la integrasa

En la conferencia, se presentaron más estudios de dos nuevos inhibidores de la integrasa que, probablemente, estén a punto de ser aprobados. En ambos casos, su pauta de administración es de una vez al día.

Elvitegravir es un nuevo inhibidor de la integrasa que se incluye en la combinación de cuatro fármacos en un única pastilla conocida como Stribild™ (antes Quad). Un estudio dado a conocer en Washington informó de que, tras dos años, elvitegravir mostró un perfil similar al de raltegravir (Isentress®) en más de 700 personas con VIH que presentaban resistencias a fármacos.

Ya se ha presentado elvitegravir ante la FDA para su aprobación como fármaco aparte y, poco después de la conferencia, se aprobó Stribild™ en EE UU. Se espera que, para finales de 2012, se haga pública la aprobación por los organismos europeos.

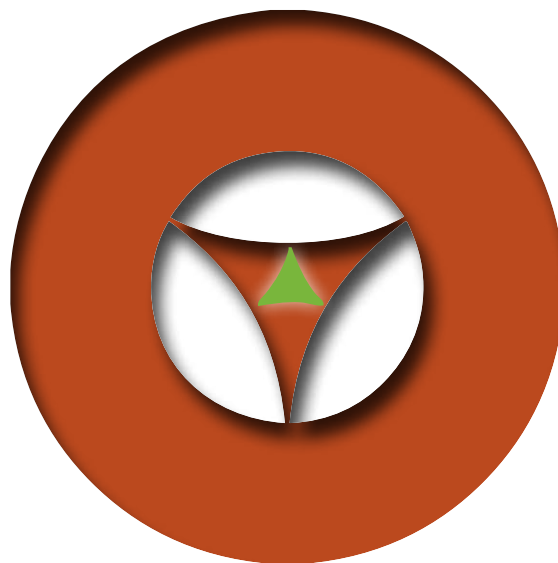
Dolutegravir es un inhibidor de la integrasa que se está desarrollando en una combinación en pastilla única junto con abacavir/lamivudina (Kivexa®). En la conferencia, se hicieron públicos los resultados del estudio SPRING-2 que evidenciaron que dolutegravir mostraba una eficacia semejante a la de raltegravir en personas que utilizaban tratamiento por primera vez. Aproximadamente el 90% de las personas que emplearon cualquiera de los dos fármacos presentaban una carga viral indetectable un año más tarde.

Es importante destacar que, en la conferencia, también se dieron a conocer formulaciones pediátricas tanto de raltegravir como de dolutegravir.

Si quieres saber más sobre elvitegravir, puedes [pinchar aquí](#).

Si quieres saber más sobre dolutegravir, puedes [pinchar aquí](#).

Si quieres saber más sobre las formulaciones pediátricas de raltegravir y dolutegravir, puedes [pinchar aquí](#).



Estavudina (d4T) sin los efectos secundarios:

Los primeros días de un nuevo análogo de nucleósido

Por último, se presentaron diversos estudios de un compuesto (BMS-986001) cuya estructura es similar a la de d4T (estavudina).

Aunque está en sus primeras etapas, se está desarrollando porque es poco probable que tenga los mismos efectos secundarios relacionados con d4T, incluyendo la neuropatía y la pérdida de grasa.



3. Nuevos datos acerca de otros aspectos del tratamiento antirretroviral

Maraviroc más atazanavir/ritonavir

El inhibidor del CCR5 maraviroc (Celsentri®) fue estudiado inicialmente en combinación con otros dos fármacos activos. Sin embargo, como algunos inhibidores de la proteasa potenciados aumentan los niveles de maraviroc hasta el punto de que solo se necesita la mitad de la dosis recomendada, algunos investigadores aprovecharon esto como base para probar una nueva combinación.

Por desgracia, el porcentaje de personas con una carga viral indetectable fue inferior entre las que recibieron maraviroc más atazanavir/ritonavir (Reyataz®/Norvir®) que entre las que recibieron maraviroc más tenofovir/emtricitabina (Truvada®) [68% frente al 82%, respectivamente]. En la actualidad, se está probando darunavir/ritonavir [Prezista®/Norvir®] con maraviroc para ver si se puede mejorar este resultado.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Cálculos biliares y atazanavir

Un estudio francés evidenció que el uso de atazanavir (Reyataz®) se relacionó con el desarrollo de cálculos biliares.

Aunque se trata de un primer informe, la relación pareció ser bastante convincente cuando el análisis de los cálculos demostró que, en gran medida, contenía atazanavir. No obstante, muchas de estas personas presentaban otras complicaciones hepáticas preexistentes, como la hepatitis C.

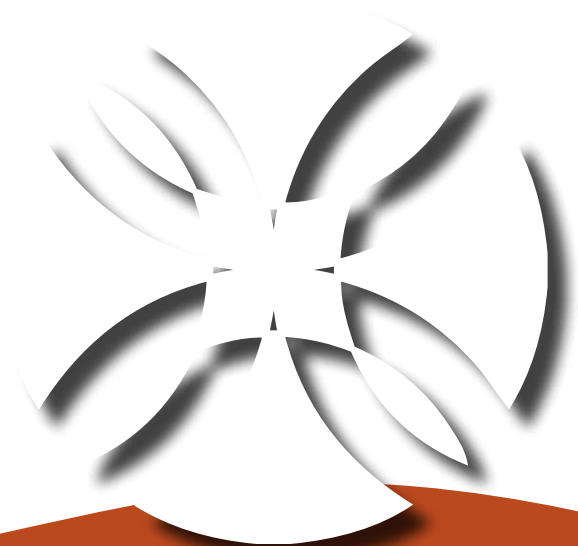
También se han registrado casos de cálculos renales asociados al empleo de atazanavir.

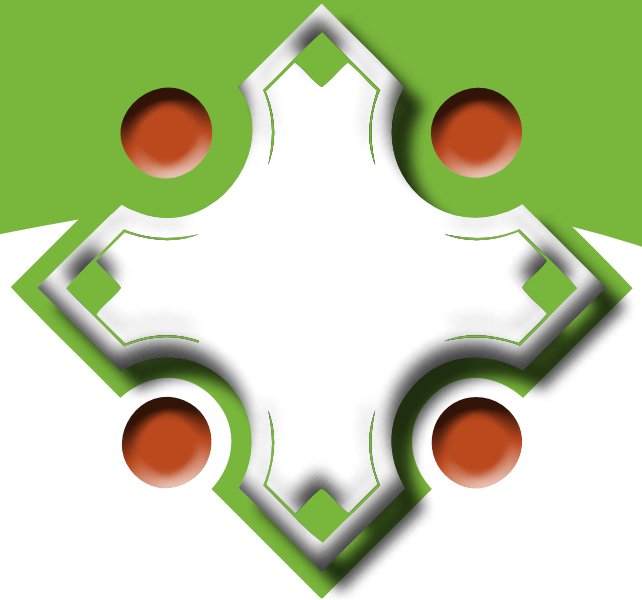
Buenos resultados a los cinco años con raltegravir

Varios estudios ofrecieron resultados a largo plazo (cinco años) del uso de raltegravir (Isentress®). Cabe señalar que, tras cuatro años, raltegravir se vuelve una opción significativamente mejor que efavirenz (en ambos casos combinados con tenofovir/emtricitabina). Esto se debió, en gran medida, a que hay más personas que dejan de tomar efavirenz por sus efectos secundarios.

Un estudio presentado en un taller previo a la conferencia principal también indicó que los marcadores de toxicidad muscular fueron mayores en las personas que utilizaron raltegravir (o que declararon practicar ejercicio recientemente) en comparación con las personas que no lo usaban.

En general, los cambios fueron todos leves y no se detectaron casos de toxicidad muscular grave. Con todo, se ha informado de una forma más grave de toxicidad muscular, denominada rabdomiólisis, relacionada con el uso de raltegravir, por lo que puede constituir una señal temprana de aviso a la que estar alerta.



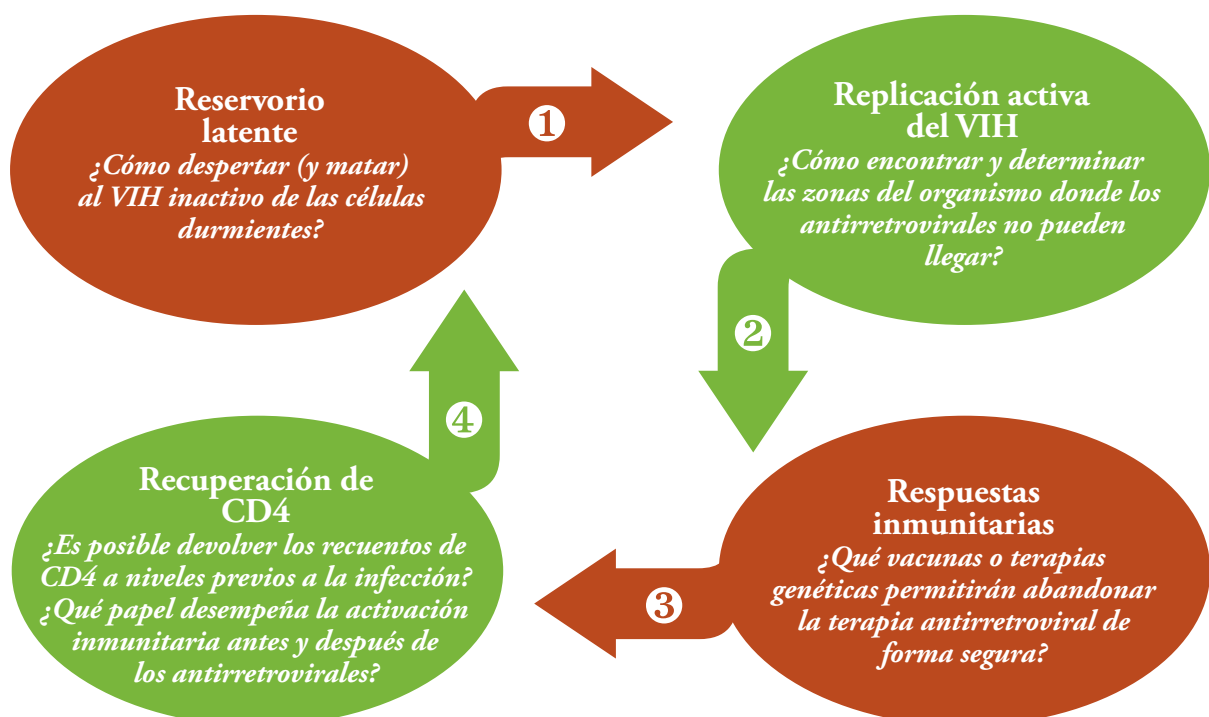


4. Cuatros vías para encontrar una cura

Aunque los antirretrovirales aumentaron la esperanza de vida en 30 años o más, ¿por qué no es la misma que la de las personas sin VIH?, y ¿habrá una cura?

La mayor atención que recientemente se ha puesto en estos temas, sobre todo en relación con una cura, cubre cuatro grandes áreas de investigación.

Algunos estudios examinan el modo de erradicar por completo el VIH, pero otros solo buscan una cura funcional (es decir, seguirías teniendo el VIH, pero podrías dejar de tomar el tratamiento).



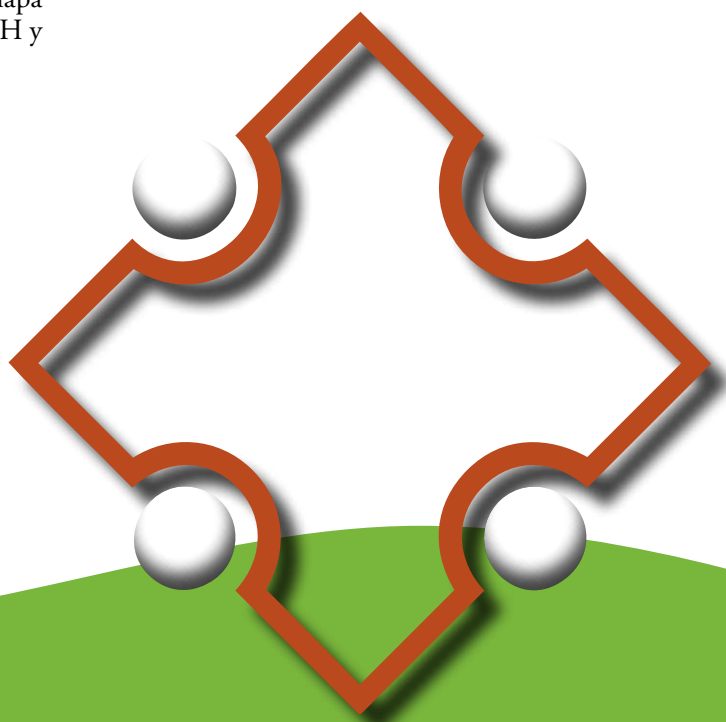
A las pocas semanas de la infección, el VIH se introduce en unas células CD4 de muy larga vida que, posteriormente, pasan a una etapa de “durmientes” o “quiescentes”. Estas células no se ven afectadas por los antirretrovirales, motivo por el cual el tratamiento es de por vida.

Incluso una única célula infectada bastaría para reiniciar la infección, aunque fuera la única célula con VIH tras 50 años de tratamiento.

Un aspecto que la investigación en la cura está examinando es cómo despertar el VIH en estas células. Algunos estudios en los que se empleó un fármaco llamado vorinostat han evidenciado que podría ser posible. Otras líneas de investigación se centran en si el VIH podría seguir reproduciéndose en otras partes del organismo, como en el intestino.

En tercer lugar, los investigadores están intentando averiguar por qué los recuentos de CD4 no se recuperan de forma completa tras el inicio del tratamiento. También se estudia cómo el VIH puede provocar que el sistema inmunitario esté sobreactivado cuando no se toma terapia y si es posible evitarlo cuando la carga viral se hace indetectable. Esta línea de estudio se solapa con muchas de las preguntas relacionadas con el VIH y el envejecimiento.

Por último, incluso en el caso de que se active el VIH latente, es posible que siga siendo necesaria una nueva respuesta inmunitaria. La terapia genética puede hacer que algunas células CD4 sean resistentes al VIH, o quizá se pueda conseguir una vacuna. Algunas personas son capaces de controlar la infección sin necesidad de tratamiento, bien desde el momento de adquirir el virus o tras una interrupción de su terapia, y el análisis de sus respuestas puede constituir una clave en la cura de la infección.





5. Coinfección por VIH y hepatitis C

AIDS 2012 ofreció un buen número de presentaciones dedicadas a la epidemiología de la hepatitis C en el contexto de la infección por VIH, y las peculiaridades que entraña el manejo clínico de los pacientes coinfectados. Además, el desarrollo clínico de los agentes antivirales de acción directa contra la hepatitis C (llamados así porque inhiben

la replicación del virus hepático interfiriendo en diferentes fases de su ciclo vital) es uno de los temas que más expectación provoca. Estos fármacos ya se están introduciendo de forma paulatina en el tratamiento contra la hepatitis C, lo que se traducirá, con toda probabilidad, en un cambio de rumbo en el curso de la epidemia.

Una epidemiología cambiante

Desde la llegada de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) se ha convertido en una de las principales causas de enfermedad y muerte en personas con VIH. Los resultados de un estudio estadounidense han revelado que, mientras algunas enfermedades asociadas al sida han dejado de ser ya un motivo habitual de hospitalización, la hepatitis C, por el contrario, se sitúa entre las principales causas de los ingresos hospitalarios en pacientes con VIH [*Si quieres saber más, puedes pinchar aquí*].

Uno de los grupos más vulnerables a la hepatitis C es el de los hombres con VIH que practican sexo con otros hombres (HSH). Desde hace casi una década, los investigadores vienen informando sobre brotes de

infección aguda por hepatitis C, aparentemente transmitida por vía sexual, en HSH con VIH, primero en grandes ciudades del Reino Unido y Europa continental, y después en Australia y EE UU. Entre los factores de riesgo, se incluyen ciertas prácticas sexuales que implican un mayor riesgo, la presencia de otras infecciones de transmisión sexual y el uso de drogas recreativas (aunque existen otras variables específicas que varían de unos estudios a otros).

Investigadores holandeses ofrecieron una panorámica general sobre una de las primeras y más examinadas epidemias de infección aguda por VHC adquirida por vía sexual. Su cohorte incluyó un total de 777 HSH con VIH y 1.513 seronegativos que recibieron atención en una gran clínica de infecciones de transmisión

sexual entre 1995 y 2010 y que participaron en una encuesta sobre factores de riesgo asociados a las conductas y que se hicieron la prueba del VIH y el VHC. Solo un 3,5% comunicó haber utilizado alguna vez drogas inyectables.

Los investigadores hallaron indicios de que el brote de hepatitis C que desde hace una década afecta a esta población podría haberse estabilizado en los últimos años. La prevalencia de la hepatitis C en HSH con VIH se elevó de forma gradual de un 2,8% en 1995 a un 3,8% en 2003, seguida de un aumento más pronunciado hasta alcanzar un pico de 17,3% en 2008. La prevalencia, a continuación, se estabilizó e incluso disminuyó un poco, si bien el descenso no fue estadísticamente significativo. En cambio, la prevalencia de la hepatitis C en HSH sin VIH permaneció de forma constante en alrededor de un 0,5%, a pesar de que ambos grupos tenían los mismos factores de riesgo.

Progresión de la hepatitis C en personas con VIH

Las personas coinfectadas por VIH y VHC, sobre todo aquellas con un sistema inmunitario mucho más debilitado, experimentan una progresión de la fibrosis hepática mucho más rápida, en general, que las personas que solo tienen hepatitis C. Si bien el tratamiento antirretroviral parece ralentizar la progresión de la enfermedad hepática, las personas con VIH podrían continuar estando en una situación de mayor vulnerabilidad en comparación con las personas seronegativas.

Un estudio retrospectivo estadounidense comparó a 4.280 personas coinfectadas que estaban recibiendo tratamiento contra el VIH con 6.079 personas mono-infectadas por VHC emparejadas por sexo y origen étnico (aunque en su mayoría eran varones).

Los investigadores examinaron las complicaciones clínicas relacionadas con la descompensación hepática, como por ejemplo, la ascitis (acumulación de líquido en el abdomen), la peritonitis bacteriana y las varices esofágicas sangrantes, así como la presencia de cáncer de hígado y muerte por cualquier causa.

A pesar de estar tomando tratamiento antirretroviral, los pacientes coinfectados tuvieron un riesgo más elevado de sufrir complicaciones hepáticas que los pacientes mono-infectados tras un período mediano de seguimiento de entre 7 y 10 años.

Además, las personas coinfectadas mostraron significativamente más probabilidades de experimentar descompensación hepática que los pacientes mono-infectados (6,3% frente a 5,0%; de forma respectiva). El riesgo de sufrir una descompensación disminuyó un poco en personas coinfectadas con una carga viral del

Los investigadores sugieren que esta tendencia hacia una disminución de nuevos casos podría explicarse por una reducción de las conductas de riesgo; la detección precoz del VHC; y por el hecho de que los médicos hayan aumentado la oferta de tratamiento contra la hepatitis C entre sus pacientes. Con todo, las nuevas infecciones agudas continúan produciéndose, lo que ha llevado a las autoridades sanitarias a recomendar el cribado del VHC rutinario en las clínicas de infecciones de transmisión sexual y a implementar intervenciones educativas para pacientes y profesionales sanitarios.

VIH baja; aún así, siguió siendo más elevado que el observado en pacientes mono-infectados.

Un riesgo adicional se detectó entre las personas coinfectadas con recuentos de CD4 por debajo de las 200 células/mm³, en comparación con los pacientes con recuentos entre 200 y 349 células/mm³ o 350 y 499 células/mm³.

A pesar de que el riesgo de desarrollar cáncer de hígado fue similar desde el punto de vista estadístico para ambos grupos de pacientes, la tasa de complicaciones hepáticas graves y mortalidad por cualquier causa fue significativamente más elevada en el grupo de pacientes coinfectados.

Los investigadores subrayan la importancia de que los médicos sepan evaluar de forma adecuada los factores de riesgo de sus pacientes y sean capaces de desarrollar estrategias que les permitan detectar a aquellos subgrupos de pacientes que tienen un riesgo mucho más elevado de progresión rápida. Así, se les podría dar prioridad para el tratamiento de la hepatitis C y/o para su inclusión en ensayos clínicos de nuevos fármacos.

Aunque todavía no se conocen del todo los mecanismos biológicos que subyacen bajo la progresión acelerada de la enfermedad hepática en personas coinfectadas por VIH, los autores de este estudio sugieren que el aumento de la inflamación como consecuencia de la presencia de dos infecciones virales persistentes podría desempeñar un papel importante.

Si quieres saber más, puedes pinchar aquí.

¿Una cuestión de orden?

Históricamente, la mayor parte de las personas coinfectadas contrajeron la hepatitis C antes que el VIH. Eso es así porque el VHC se transmite de forma mucho más fácil, por ejemplo, a través del uso compartido de material de inyección de drogas. Sin embargo, los recientes brotes de infección aguda por hepatitis C transmitida por vía sexual han cambiado las tornas y ahora podemos observar cómo HSH que ya están viviendo con el VIH contraen la hepatitis C con posterioridad.

En el año 2007, un investigador estadounidense informó por primera vez de un pequeño número de HSH con VIH con hepatitis C aguda adquirida por vía sexual, cuyas biopsias revelaban un alto grado de extensión de fibrosis a pesar del escaso tiempo de infección.

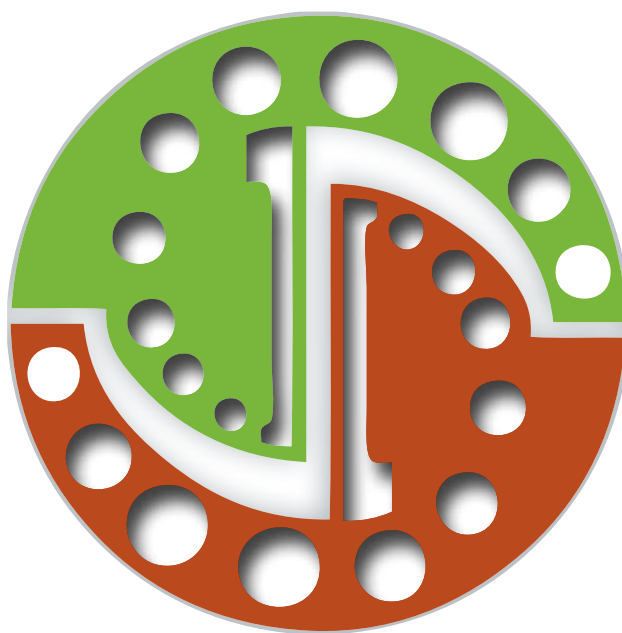
Este mismo investigador fue invitado a la edición de este año para desarrollar más a fondo sus hallazgos. Daniel Fierer, de la Facultad de Medicina Monte Sinaí en Nueva York (EE UU), afirmó que la progresión a fibrosis grave o cirrosis normalmente se produce en el plazo de décadas en personas coinfectadas por VIH y hepatitis C, y que solo una minoría progresaría a fallo hepático o muerte relacionada con el hígado.

Si bien la infección por VIH que se produce después de la infección por VHC acelera de forma modesta la progresión de la enfermedad, el efecto podría ser mucho mayor cuando tiene lugar primero la infección por VIH. A diferencia de estudios anteriores, que muestran que la mayoría de personas con VIH con infección aguda por hepatitis C tienen ausencia de fibrosis (estadio 0) o fibrosis mínima (estadio 1), en la cohorte de Daniel Fierer nueve de 11 hombres con VIH tenían fibrosis moderada (estadio 2) tan solo cuatro meses después del diagnóstico de hepatitis C. Del mismo modo, investigadores belgas comunicaron que 22 de 37 varones seropositivos con infección aguda por hepatitis C tenían biopsias que revelaban una fibrosis en estadio 2 (moderada) o en estadio 3 (avanzada) siete meses después del diagnóstico.

Fierer presentó datos no publicados todavía sobre cuatro pacientes que tenían una progresión especialmente rápida. Tres de ellos tuvieron una fibrosis en estadio 3 en su primera biopsia tras el diagnóstico de hepatitis C aguda. La descompensación hepática se produjo entre los 17 meses y los 6,5 años, mucho más pronto de lo esperado. Dos pacientes fallecieron y uno tuvo que someterse a un trasplante hepático.

“Lo que realmente importa es en qué orden se producen las infecciones por VIH y VHC, y, lo que es aún más importante, cuál es el grado de inmunodepresión del paciente”, señaló Fierer, afirmando que los pacientes con recuentos más bajos de células T CD4 fueron los primeros en experimentar descompensación.

Con todo, estos hallazgos son controvertidos, dado que otros investigadores no han observado una progresión rápida de la fibrosis similar en personas con VIH durante la infección aguda por VHC. En concreto, un grupo de investigadores europeos halló unas tasas de progresión estimada de fibrosis muy elevadas mediante pruebas de elastometría transitoria (Fibroscan®) durante los primeros meses tras la infección por VHC. No obstante, las tasas de progresión, a continuación, disminuyeron hasta igualarse a las observadas en personas coinfectadas por infección crónica por VHC, lo que ha llevado a los investigadores a atribuir dicho pico de progresión rápida durante los primeros meses a la inflamación, que podría ser confundida con fibrosis por el Fibroscan®.



Una nueva era de tratamiento

Una de las presentaciones estuvo dedicada a ofrecer una panorámica general de los tratamientos contra la hepatitis C en investigación para personas coinfectadas por VIH y VHC.

Los agentes virales de acción directa contra el VHC (DAA, en sus siglas en inglés) han acortado la duración del tratamiento y han mejorado las tasas de curación en pacientes mono infectados por hepatitis C. Sin embargo, estos nuevos tratamientos todavía no han sido aprobados para personas coinfectadas.

Los estudios realizados hasta la fecha han mostrado que los inhibidores de la proteasa del VHC boceprevir (Victrelis®) y telaprevir (Incivo®) en combinación con interferón pegilado y ribavirina son eficaces también en esta población de pacientes, con tasas de curación que se aproximan a las registradas en pacientes mono infectados.

No obstante, tanto boceprevir como telaprevir tienen que ser utilizados con interferón pegilado y ribavirina, por lo que la terapia triple contra la hepatitis C implica también un aumento de los efectos secundarios. Además, ambos nuevos antivirales orales requieren ser tomados tres veces al día; su coste es elevado; y muchos pacientes coinfectados podrían ser considerados inelegibles por diversas razones.

Por otro lado, algunos DAA tienen el potencial de interactuar con los fármacos antirretrovirales, lo que podría comprometer la eficacia o aumentar la toxicidad. Asimismo, aún se necesitan conocer los datos relativos al uso de estos fármacos en pacientes coinfectados con experiencia previa en el tratamiento contra la hepatitis C, y si la terapia guiada por la respuesta es una estrategia eficaz en estos pacientes.

La segunda generación de agentes antivirales que se encuentran en la actualidad en fase de investigación son más potentes, más tolerables y algunos con una dosificación de una vez al día. Muchos pacientes que no quieren tomar o no pueden tolerar el interferón pegilado prefieren esperar, si su enfermedad hepática así se lo permite, la llegada de combinaciones de antivirales solo de administración oral. Los expertos predicen que los regímenes “libres de interferón” estarán disponibles en los próximos dos años, aunque los primeros pacientes en beneficiarse serán los mono infectados, por lo que las personas coinfectadas tendrán que esperar todavía un poco más.

