

## RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de  
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:  
(No rellenar)

139

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)	
Apellidos: Navarro Gómez	Nombre: M <sup>a</sup> Luisa
Dirección:	
Ciudad: [REDACTED]	C.Postal: [REDACTED]
Provincia: [REDACTED]	Teléfono: [REDACTED]
E-mail: [REDACTED]	Fax: [REDACTED]

Modalidad de presentación preferida:  Oral  Póster

## RESUMEN DE COMUNICACIÓN

**Título:** INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS INFECTADOS POR VIH

**Centro de trabajo:** \*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. \*\*Hospital Universitario 12 de Octubre, \*\*\*Hospital Universitario de Getafe, \*\*\*\*Hospital Carlos III. Madrid.

**Autores:** \*ML Navarro Gómez, \*\* MI González Tomé, \*\*\*S Guillen, \*\*\*\*R Piñeiro,\*\*\*J Jensen, \*\*P Rojo Conejo, \*M Santos Sebastián, \*J Saavedra Lozano, \*\*\*\*MJ Mellado Peña, \*JT Ramos Amador.

**Texto:** Introducción: El tratamiento antirretroviral (TAR) ha mejorado la supervivencia en los niños con infección por VIH, aunque puede producir toxicidad a largo plazo, así como falta de supresión virológica. La interrupción del TAR en el adulto está bien estudiada, si bien en el niño esto no es así, pudiendo, en pacientes seleccionados, tener algún beneficio clínico .

**Métodos:** Estudio retrospectivo, multicéntrico, en 4 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, de 38 pacientes infectados por VIH que han interrumpido el TAR, analizándose evolución clínica, inmunológica y virológica.

**Resultados:** Las causas de IT habían sido TAR previo con dos análogos nucleósidos (n=4), fracaso virológico con el TAR de gran actividad (TARGA) (n=4), mala adherencia (n=8), lipodistrofia (n=4), toxicidad (n=10) e interrupción programada (n=7). La edad media de los pacientes fue de 127 meses ( $\pm 7,8$ ). Ocho (21,1%) pacientes se encontraban en categoría clínica C y 14 (36,8%) en categoría inmunológica 3. La media del nadir de CD4 y el porcentaje fue de 629 ( $\pm 23,4$ ) y 18% ( $\pm 3$ ), respectivamente. En el momento de la IT la media de CD4 era de 908 ( $\pm 19$ ), el %CD4 33,47 ( $\pm 2,6$ ) y la carga viral (CV) 6436 ( $\pm 119$ ). Trece (34,2%) niños se encontraban con CV inferior a 50 copias/ml. La media de interrupción fue de 24,22 meses ( $\pm 4,2$ ). Tras la IT se observó sintomatología clínica en 12 (31,57%) niños: neumonía en dos niños, y una de las siguientes patologías: osteomielitis, otitis, adenitis cervical, sinusitis, gastroenteritis, dermatitis seborréica y herpes zoster. En un paciente se observó parotiditis recurrente y nefropatía asociada a VIH. Dos pacientes desarrollaron un síndrome retroviral agudo, uno de ellos se encontraba coinfectado por VHC, y el otro presentaba una encefalopatía previamente. Ningún paciente cambió de estadio clínico y 6 (16,2%) cambiaron de estadio inmunológico, disminuyendo los CD4 de forma significativa. Las transaminasas se alteraron en 10 (27,8%) niños. La IT mejoró la lipoatrofia en 5 adolescentes y descendió el colesterol en sangre de forma estadísticamente significativa, encontrándose el mayor descenso a los 6 meses ( $p < 0,0001$ ). La duración del tiempo de interrupción se correlacionó de forma directa con el %CD4 nadir ( $r = 0,474$ ,  $p = 0,0037$ ), sin encontrar correlación entre la duración del tiempo interrumpido con el número total de CD4, %CD4 o CV en el momento de la interrupción, si bien los niños con carga viral  $< 1000$  copias/ml al interrumpir estuvieron más tiempo sin reiniciar TAR de forma significativa (mediana 24 meses (12-45) vs 9,5 meses (6-20) ( $P = 0,027$ )). Otros parámetros analizados como los nadir de CD4 y la edad en el momento de la interrupción no se correlacionaron con la duración de la interrupción. En cuanto a la categoría inmunológica, los niños que presentaban una inmunosupresión leve ó moderada estuvieron más tiempo interrumpidos que los niños con inmunosupresión grave, de forma significativa: 24 meses (12,7-48) vs 11,5 meses (5-28) ( $p = 0,017$ ); la categoría clínica no se correlacionó. Tampoco se observó correlación entre el número de TARGAs previos y la duración de la IT.

Veinte pacientes tuvieron que recibir de nuevo TAR debido a: fracaso inmunológico 13, eventos clínicos 4, y en 3 el reinicio se hizo de forma programada.

**Conclusiones:** 1.-La IT en niños VIH puede ser útil para disminuir la toxicidad (lipodistrofia, hipercolesterolemia). 2.-En algunos niños esta estrategia puede no ser segura, manifestándose sintomatología clínica grave. 3.-En nuestra serie, la situación inmunológica previa del niño antes de la IT es un factor asociado a una interrupción prolongada. 4.-Se necesitan estudios prospectivos, multicéntricos, para poder seleccionar aquellos pacientes en los que la IT podría ser beneficiosa.

Este formato deberá enviarse debidamente cumplimentado como archivo adjunto a la dirección correo electrónico [ibercongress@ibercongress.net](mailto:ibercongress@ibercongress.net). **Secretaría Técnica.**