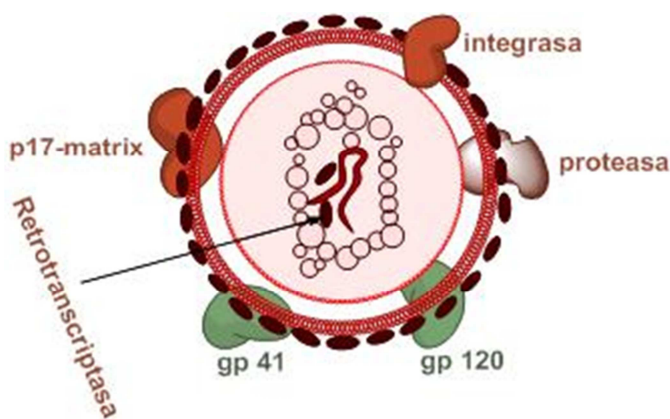


# CURACIÓN (¿DEFINITIVA?) DE UN NEONATO CON INFECCIÓN POR VIH



El domingo, 3 de marzo (2013) un equipo de médicos norteamericanos [comunicó la curación de un neonato que había nacido infectado por V.I.H.](#) Este verdadero hito médico podría cambiar el destino de un sinnúmero de

niños que nacen infectados por el [virus del SIDA](#).

El abordaje farmacológico de este niño, de un área rural de la cuenca del río *Mississippi*, consistió en un agresivo tratamiento antirretroviral apenas 30 horas después de su nacimiento. Si este tratamiento se muestra eficaz a largo plazo, es prácticamente seguro que se instaurará en todo el mundo.

Según estimaciones de la [Organización de Naciones Unidas](#), aproximadamente 330.000 niños se infectaron con V.I.H. (prácticamente todos por transmisión materno fetal) durante el año 2011 (no existen registros del año 2012, cuando se redacta este artículo, 6 de marzo de 2013). En la actualidad, más de tres millones de niños están infectados con V.I.H. en todo el mundo.

Si se confirma la curación de este niño norteamericano, sería el segundo caso documentado en todo el mundo. Representaría un punto de inflexión en la creencia de la incurabilidad, vigente hasta ahora. Sin embargo, este hallazgo no se considera extrapolable a los adultos.

La primera persona de quien se tiene constancia de curación del SIDA fue [Timothy Brown](#), conocido como “el paciente de Berlín”, un adulto de mediana edad, enfermo de leucemia que recibió un [trasplante de médula ósea](#) de un donante genéticamente resistente a la [infección por V.I.H.](#)

En palabras de la Dra. [Deborah Persaud](#), profesora asociada en [Johns Hopkins](#)

[Children's Center](#), y responsable del experimento: “es la prueba principal de que podemos curar la infección por V.I.H., si somos capaces de reproducir el hallazgo”.

*Deborah Persaud*, adelantó los resultados (todavía no se han publicado en una revista médica solvente) durante la [Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections](#), desarrollada en *Atlanta, Georgia*, Estados Unidos.

Algunos científicos manifiestan cierto grado de escepticismo al afirmar que necesitan confirmación de que el neonato estuviese verdaderamente infectado, pues en caso contrario se trataría de un tratamiento preventivo, algo que ya se lleva a cabo en partos de madres seropositivas.

*Deborah Persaud*, apoyada por otros científicos, afirmaron que hay constancia de que realmente el niño (su nombre y sexo no se han desvelado) estaba infectado. Se realizaron cuatro test para ARN viral y un test para ADN vírico. Tras el inicio del tratamiento (30 horas después de su alumbramiento) los niveles de partículas víricas en su sangre comenzaron a disminuir siguiendo el patrón característico de los pacientes infectados sometidos a tratamiento antirretroviral.

La Dra. *Persaud* afirmó que existe una mínima duda de que el niño ha tenido lo que ha definido como una “cura funcional”. El 21 de febrero (2013) ha transcurrido 1 año sin la administración de antirretrovirales y con ausencia de signos de infección vírica V.I.H.

La madre llegó a un hospital rural en el otoño de 2010 con un embarazo a término, dando a luz de manera prematura. No había recibido atención médica durante su embarazo, y desconocía su condición de portadora del virus V.I.H. Después de conocerse que la madre era seropositiva del virus del SIDA, y tras dar a luz, el neonato fue enviado al [Mississippi Medical Center](#). *Hannah B. Gay*, profesora asociado de pediatría en el *Mississippi Medical Center* llevó a cabo varias determinaciones de la presencia de ARN y ADN víricos. Los análisis evidenciaron una carga viral de 20.000 copias del virus/ml de sangre. La elevada carga viral en el recién nacido era concordante con la transmisión durante la gestación, y no con la infección durante el parto.

De s6lito, un reci6n nacido infectado por la madre se trata con uno o, a lo sumo, dos medicamentos antirretrovirales como medida profil6ctica. La Dra. *Gay*, decidi6 usar de inmediato un enfoque terap6utico novedoso: un r6gimen de tres medicamentos dirigidos al tratamiento, no tanto a la profilaxis, sin esperar que nuevos an6lisis confirmasen la infecci6n del neonato.

Los niveles del virus comenzaron a declinar r6pidamente; siendo indetectables cuando el peque6o cumpli6 1 mes de vida. Se repitieron los an6lisis cuando el peque6o alcanz6 5 meses de vida. Se esperaba que la carga viral del ni6o hubiese repuntado. Pero, sorprendentemente, los test fueron negativos para el V.I.H.

La vigilancia m6dica del ni6o continu6 hasta que cumpli6 18 meses. A partir de entonces la madre dej6 de acudir al hospital y se interrumpi6 la administraci6n de f6rmacos.

*Hannah Gay* contact6 con la Dra. [Katherine Luzuriaga](#), inmun6loga en la Universidad de *Massachusetts*, que formaba parte junto a *Deborah Persaud*, y otros, de un Proyecto para documentar posibles curaciones pedi6tricas de la infecci6n por V.I.H. Los investigadores, financiados por [amfAR](#), *Foundation for AIDS Research*, sometieron al ni6o a una bateri6 de sofisticados an6lisis. Hallaron restos de material gen6tico del virus, pero no virus viables (esto es, con capacidad de replicarse).

Han existido casos espor6dicos de ni6os en los que el virus ha desaparecido de modo espont6neo, sin tratamiento, incluyendo un caso comunicado en la revista *The New England Journal of Medicine*, en el a6o 1995. Todos estos casos fueron tratados con escepticismo, debido a que las determinaciones hace unos a6os no eran lo sofisticadas que lo son hoy d6a. En cualquier caso, se quiso ver en estas curaciones “espont6neas” una excepcionalidad de los sistemas inmunes de los ni6os.

Una hip6tesis es que los medicamentos antirretrovirales eliminasen el virus antes de que pudiera establecerse como un reservorio oculto. Una raz6n de por qu6 no es factible la curaci6n de la infecci6n por V.I.H., radica en que el virus se esconde en un estado de “hibernaci6n” o “durmiente”, no siendo afectado por

los fármacos antirretrovirales, que solo son eficaces durante la fase de replicación. Cuando el tratamiento farmacológico se interrumpe, el virus “durmiente” revive manteniendo la infección.

El esquema conceptual es que si se trata la infección antes de que el virus haya tenido la oportunidad de “escondarse” creando un reservorio, y aun antes de que destruya el sistema inmunitario, existe la posibilidad de interrumpir el tratamiento sin sufrir recaídas. Es posible curar la infección.

Tristemente, cuando los adultos conocen que han sido infectados ha transcurrido demasiado tiempo; y el virus ha sido capaz de crear suficientes reservorios y dañar el sistema inmunitario, hasta un punto que hace inviable esta práctica curativa.

Este hallazgo puede conducir a un nuevo protocolo de tratamiento, en el que los análisis y tratamiento radical de los recién nacidos infectados se lleve a cabo de manera casi inmediata al nacimiento, al objeto de impedir que el virus pueda crear un reservorio y perpetuar la infección.

En Estados Unidos la transmisión del virus V.I.H. de madre a hijo durante la gestación es muy rara, estimándose en menos de 200 casos al año, debido a que la determinación de carga viral V.I.H. se lleva a cabo rutinariamente durante el embarazo, [tratando a la madre antes del alumbramiento](#). En estos casos, los recién nacidos son tratados tras el parto durante seis semanas con *Zidovudina* (**AZT**, de **AZidoTimidina**), a la vez que se llevan a cabo análisis periódicos para determinar la carga viral.

En casos donde la madre no ha recibido una adecuada atención médica durante su embarazo, descubriéndose que es portadora cuando acude para dar a luz, el niño se suele tratar con dos fármacos antirretrovirales, de modo preventivo.

En los países con bajos estándares de desarrollo, aquellos en que la prevalencia de la infección es mayor, es poco probable que las [futuras madres reciban tratamiento](#) durante sus embarazos. En numerosos países de África, los análisis de los niños nacidos de madres seropositivas no se suelen llevar a cabo hasta transcurridas seis semanas de vida, según la Dra. [Yvonne Bryson](#), responsable de [Global Pediatric Infectious Disease](#), en la *University of California*, en Los

10 de marzo de 2013

*Angeles.*

Se están planificando con urgencia estudios para valorar si la realización de tratamientos inmediatos y agresivos tras el nacimiento pueden funcionar en otros recién nacidos seropositivos.

El trasplante de médula ósea que curó al “paciente de Berlín” es un procedimiento quirúrgico caro, complejo, arduo y arriesgado, mientras el protocolo seguido con el niño del valle del *Mississippi* es relativamente fácil y de bajo coste.

Para los [países pobres, el tratamiento](#) breve, pero eficaz, de los recién nacidos puede ser abordable, ahorrando un tratamiento antirretroviral que pocos pueden costearse para el resto de sus vidas.

Zaragoza, 10 de marzo de 2013

Dr. José Manuel López Tricas

Farmacéutico especialista Farmacia Hospitalaria

Farmacia Las Fuentes

C/Florentino Ballesteros, 11-13

50002 Zaragoza