

multidisciplinar que trabaje tanto lo clínico como lo social en un esfuerzo por facilitar el éxito terapéutico del menor. Además, si la madre natural es la cuidadora, el seguimiento coordinado de madre e hij@ en un modelo de atención VIH "familiar" contribuiría a optimizar el cuidado de amb@s.

Controles

Tras el inicio de cualquier terapia antirretroviral l@s niñ@s habrían de seguirse muy de cerca, idealmente al cabo de 2-4 semanas y mensualmente durante los primeros meses. Esto permitiría un control estrecho de la posible toxicidad, la adhesión y los efectos adversos del nuevo régimen. Lo suyo sería obtener una reducción de al menos 1 logaritmo en la carga viral durante los primeros 10 días de tratamiento, aproximadamente, y si éste no fuera el caso habrían de sospecharse problemas de adhesión, resistencias o niveles de fármacos inadecuados. En este sentido, este panel considera que la evaluación de las concentraciones de fármacos en sangre con las pruebas conocidas como de CTF (Control Terapéutico de Niveles de Fármacos) sería recomendable en el caso de los inhibidores de la proteasa (y otr@s expert@s también las usarían con fármacos no nucleósidos como nevirapina y efavirenz).

Las complicaciones asociadas al uso de TARGA se conocen y comprenden aún menos entre l@s niñ@s VIH+ que entre l@s adult@s, pero sabemos que l@s pacientes pediátríc@s no se libran de experimentar cambios lipodistróficos, aumentos de los lípidos en sangre o intolerancia a la glucosa, incluso si su gravedad e incidencia, al menos entre pacientes prepuberales, parece menor. El seguimiento clínico de l@s niñ@s VIH+ en tratamiento habría de incluir mediciones rutinarias de los enzimas hepáticos, de la glucosa, del balance electrolítico, del colesterol total y de los triglicéridos.

Estrategias y cambios de tratamiento

Las decisiones sobre el cambio de tratamiento de un niño o niña VIH+ dependen básicamente de tres criterios: clínico, inmunológico y virológico. La progresión clínica o el declive de la función inmune son indicadores bastante directos de que un tratamiento antirretroviral no está proporcionando el efecto adecuado, pero el criterio virológico es más difícil de aplicar. Sucede que para una mayoría de l@s niñ@s VIH+, sobre todo si ya tienen experiencia previa con tratamientos, el objetivo ideal de la indetectabilidad viral resulta inalcanzable con las terapias actualmente existentes, pero much@s de ell@s siguen beneficiándose clínica e inmunológicamente de un tratamiento incluso si éste no resulta completamente supresor.

En esencia, la decisión de continuar con un régimen determinado o de cambiar de terapia ante una respuesta virológica subóptima dependerá de la probabilidad de construir otro régimen de éxito, de la habilidad para mantener la adhesión y de los posibles efectos secundarios. Cualquier nuevo régimen de tratamiento habría de incluir al menos 2 fármacos nuevos y activos, lo que en el caso de pacientes ampliamente pretratad@s bien puede suponer que est@s niñ@s necesiten participar en ensayos clínicos con fármacos experimentales.

Tanto el apoyo a la adhesión como el uso de las pruebas CTF resultan particularmente cruciales en las poblaciones pediátricas pretratadas, además de los estudios de resistencias, que siempre habrán de guiar cualquier decisión sobre nuevos tratamientos. Por lo demás, ante la ausencia o parcialidad de los datos pediátricos sobre terapias de rescate tales decisiones se basarán en los datos conocidos en adult@s.

Referencia:

[1] El documento completo puede leerse en inglés en: www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/pediatric/html_pediatric_12-1401.html#appendix1

Sufrir en silencio: las verrugas genitales y anales



De entre todas las infecciones de transmisión sexual (ITS), las verrugas de los órganos genitales y del ano son las más comunes. Son producidas por el virus del papiloma humano (VPH). Pueden multiplicarse y excepcionalmente provocar un cáncer (de cuello de útero, de ano, genital...). Por esta razón, unas pruebas de detección y un seguimiento médico regulares son importantes.

¿Qué es el virus del papiloma humano (VPH)?

Se llama comúnmente VPH a una familia de más de 100 virus, de los cuales alrededor de una tercera parte se transmite a través de las relaciones sexuales y es la causa de las verrugas genitales. No obstante, en la gran mayoría de casos, el sistema inmunitario es capaz de eliminar el VPH en cuestión de meses sin que se observe ningún síntoma.

Cuando el cuerpo se encuentra debilitado o si el virus es de un

tipo más agresivo, el VPH se instala y estimula la producción de verrugas o anomalías celulares pudiendo a veces, a largo plazo, ocasionar un cáncer. A pesar de ello, por regla general, la infección por VPH es más molesta que grave.

¿Es una enfermedad frecuente?

Se trata de una infección muy corriente. Se calcula que el 75% de l@s adult@s se ha infectado alguna vez por el VPH, que el virus está siempre presente en un 8% de la población adulta y que se

manifiesta a través de verrugas en el 1% de esta población. Entre las personas seropositivas inmunodeprimidas (con recuentos de CD4 por debajo de 200), los estudios han identificado el VPH en el 80% de las mujeres y en el 100% de los hombres homosexuales. Los hombres heterosexuales tampoco están exentos.

¿Cómo se contrae el VPH?

El VPH se transmite muy fácilmente. Basta con un simple contacto físico, de piel a piel (o con las mucosas de la vagina, de la boca, del ano o del glande). La transmisión se puede producir a través de todos los tipos de contacto sexual, incluso en la ausencia de verrugas visibles. El uso del preservativo reduce el riesgo de la transmisión, pero no es suficiente para impedirla pues los dedos y/o los labios pueden transportar el VPH. Se sospecha también lo mismo de los objetos para el aseo o de la ropa interior.

¿Cuáles son los síntomas?

El síntoma más evidente es la presencia de una o más verrugas (también llamadas 'condilomas') en la vulva, las paredes de la vagina, el ano, el pene, el glande, los testículos, pero también en el interior de la boca, en el fondo de la garganta o en la uretra (el canal por donde sale la orina). No son dolorosas, pero pueden picar. Son extremadamente contagiosas. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los síntomas de la infección por VPH no se ven a simple vista: las lesiones no son visibles más que con un tipo de lupa (colposcopio) o por un reconocimiento con microscopio.

¿Cómo se detecta la presencia de VPH?

Se utilizan dos tipos de examen: la colposcopia y el frotis celular. La colposcopia permite examinar las paredes de la vagina, el cuello del útero o el canal anal en busca de anomalías celulares provocadas por el VPH (las llamadas 'displasias'). Este examen no produce dolor puesto que se trata de una observación con un aparato que queda en el exterior del cuerpo.

El frotis celular consiste en frotar las paredes de la vagina y el cuello de útero con una especie de bastoncillo de algodón para extraer células que serán examinadas al microscopio en busca de anomalías.

¿Cuáles pueden ser las consecuencias de una infección por VPH?

En aproximadamente un caso de cada 1.000, las anomalías celulares provocadas por el VPH pueden evolucionar y provocar un cáncer en la zona infectada: cuello del útero, ano, glande, etc. Sólo ciertos tipos de VPH pueden provocar estas consecuencias. Existen otros factores que pueden favorecer la progresión hacia un cáncer: por ejemplo, ser fumador o padecer otras infecciones de transmisión sexual (herpes, clamidia).

En la actualidad, se desconoce de manera cierta si ser seropositivo@ aumenta el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer, incluso si las personas seropositivas presentan más anomalías celulares que las personas seronegativas, en particular los seropositivos@ cuya inmunidad está debilitada (un recuento bajo de CD4).

¿Cuáles son los tratamientos para las verrugas genitales?

Según su localización, se puede consultar a un/a ginecólog@, un/a proctólog@ (especialista del ano), un/a dermatólog@ o un/a urólog@. Las verrugas visibles son generalmente tratadas porque son contagiosas y poco estéticas.

Se pueden quemar con nitrógeno líquido, con un tipo de bisturí eléctrico o con un láser. También se les puede aplicar productos cáusticos (podofilotoxina) o algún producto que estimule la inmunidad local (imiquimod). Se están realizando estudios sobre el imiquimod en personas seropositivas. Un gel antiviral con cidofovir podría ser muy prometedor, pero el fabricante no parece querer continuar los estudios. Algunos@ farmacéuticos@ clínicos@ preparan un gel con cidofovir que se utiliza para tratar la infección por CMV (citomegalovirus).

Actualmente, quemar las verrugas es más eficaz que aplicar productos cáusticos, pero es también más doloroso y más largo de cicatrizar. Además a veces se necesita una hospitalización de corta duración (una noche). La elección del tratamiento se debe hacer en función del número de lesiones, del lugar de emplazamiento, y de las preferencias del/la médico@ y del/la paciente.

¿Cuáles son los tratamientos para las anomalías celulares (displasias)?

Según el número y la extensión de las lesiones, se emplean los tratamientos mencionados para las verrugas o se extirpan quirúrgicamente. Sin embargo, en las personas seropositivas, es frecuente la aparición de nuevas anomalías en los meses siguientes al tratamiento (sobre todo cuando los CD4 están por debajo de 200). Multiplicar los tratamientos quirúrgicos puede provocar daños en los órganos tratados, en particular en el cuello del útero, lo que puede a veces incomodar un futuro embarazo. Las recomendaciones oficiales para 2002 son preferentemente vigilar con regularidad y reservar la cirugía para las situaciones en que es verdaderamente indispensable.

¿Cómo vigilar las anomalías celulares?

El frotis y la colposcopia permiten conocer la gravedad de las lesiones. Si se trata de una lesión moderada o media, se recomienda actualmente no tratar y vigilar cada seis meses con el fin de localizar con rapidez un empeoramiento.

Por el contrario, si es una lesión más grave, precancerosa, algunos@ médico@s practican controles cada tres meses o proponen tratarlas inmediatamente.

Las lesiones evolucionan muy lentamente: se necesita una media de siete años para pasar de una lesión benigna a una grave (precancerosa), y de cinco a siete años para pasar eventualmente de una lesión precancerosa a un cáncer evolutivo. Por esta razón, se recomienda controlar regularmente las lesiones dos veces al año, someterse a examen más a menudo. Por otro lado, es frecuente que las lesiones desaparezcan espontáneamente.

Los tratamientos antirretrovirales, ¿tienen efecto sobre el VPH?

En la actualidad, se ignora si un tratamiento eficaz contra el VIH, que hace descender la carga viral y remontar los CD4, permite reducir los síntomas de la infección por VPH o el riesgo de progresión hacia cáncer. Algunos estudios parecen mostrarlo así, aunque otros no han encontrado diferencias. En cambio, sí se sabe que las personas que tienen una carga viral baja y CD4 por encima de 350 tienen tipos de VPH menos agresivos y se desprenden mejor de este virus.

¿Qué control médico requieren las personas seropositivas?

Las personas seropositivas deben seguir regularmente las prescripciones de un/a ginecólog@ o un/a proctólog@ para detectar lo más pronto posible eventuales signos de infección por VPH. Para aquellas personas seropositivas con recuentos de CD4 por encima de 200 y que jamás han tenido síntomas debidos al VPH, un control una vez al año es suficiente (examen de los órganos genitales y el ano, y frotis). Para las personas cuyo recuento de CD4 está por debajo de 200, o aquellas que ya han tenido verrugas o anomalías celulares provocadas por el VPH, se recomienda acudir a la consulta dos veces al año (examen clínico, frotis y colposcopia).

¿Y las personas seronegativas?

Se debe señalar que incluso las personas seronegativas, y en particular las mujeres, así como también los hombres homo- o bisexuales, deberían someterse a un examen anual de detección de verrugas en los órganos genitales y en el ano, con el fin de poder tratarlas lo más pronto posible si es necesario.

Referencia: Stéphane KORSIA-MEFFRE, "Verrues genitales et anales: fréquents et souvent invisibles", *Remaides* n.45, septembre 2002, 14-15.