

Leishmaniasis visceral asociada a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (réplica)

Sr. Editor: En primer lugar queremos felicitar a Vicente Pintado y Rogelio López-Vélez por su artículo de revisión sobre leishmaniasis visceral (LV) asociada a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹. También queremos corregir la interpretación que hacen de las conclusiones de un artículo publicado recientemente por nosotros acerca de la retirada de la profilaxis secundaria anti-LV en pacientes que reciben tratamiento antirretrovírico de gran actividad (TARGA)².

En nuestro artículo comunicamos un estudio prospectivo con 15 pacientes coinfectados por VIH y LV que recibían TARGA a los que se les retiró la profilaxis secundaria anti-LV. En el momento de su inclusión en el estudio llevaban más de 4 meses sin recaídas de LV, tenían una cifra mediana de linfocitos T CD4+ de 276/ μ l y 10 tenían carga viral de VIH inferior a 500 copias/ml. En ese momento habían recibido profilaxis secundaria anti-LV con antimoniales pentavalentes o anfotericina B liposómica durante una mediana de 70 semanas y TARGA durante una mediana de 64 semanas. Durante el seguimiento, 3 pacientes sufrieron una recaída de LV confirmada parasitológicamente a las 19 semanas (mediana) después de la suspensión de la profilaxis, mientras que 12 persistieron libres de recaídas tras una mediana de seguimiento de 78 semanas. En el momento de la recaída, los 3 pacientes tenían carga viral de VIH inferior a 50 copias/ml y un recuento de linfocitos T CD4+ inferior a 200/ μ l. La mediana de linfocitos T CD4+ en el momento de la suspensión de la profilaxis fue de 165/ μ l para los pacientes que posteriormente recayeron, y de 365/ μ l para los que no recayeron ($p = 0,061$, test de la U de Mann-Whitney).

En la discusión argumentamos que la reconstitución inmune debida al TARGA ha hecho posible la retirada de las profilaxis primarias y secundarias frente a distintas infecciones oportunistas, como han demostrado ensayos clínicos y estudios de cohortes debidamente diseñados. Sin embargo, recordamos que *Leishmania infantum* no es simplemente un microorganismo oportunista, sino un verdadero patógeno capaz de producir infecciones en individuos aparentemente inmunocompetentes. A modo de especulación, decimos que el grado de

reconstitución inmunológica necesaria para la prevención de recaídas de infecciones causadas por patógenos oportunistas en sentido estricto, como *Mycobacterium avium* y *Cytomegalovirus*, puede que resulte insuficiente para la prevención de la LV.

Concluimos nuestro artículo afirmando que nuestro trabajo no permite establecer recomendaciones sólidas por el reducido número de pacientes y porque no fue aleatorizado. Sin embargo, afirmamos que nuestros hallazgos sugieren que la profilaxis secundaria anti-LV no debe suspenderse en pacientes incapaces de lograr y mantener un recuento de linfocitos T CD4+ superior a 200/ μ l y que probablemente sí pueda hacerse en individuos con recuentos superiores a 350/ μ l. Recomendamos finalmente que deben realizarse más estudios para establecer los criterios óptimos para la retirada de la profilaxis secundaria frente a este parásito.

Pues bien, volviendo al artículo de Vicente Pintado y Rogelio López-Vélez, en el apartado de ¿cómo se tratan y previenen las recaídas? bajo el epígrafe "Profilaxis secundaria" se puede leer lo siguiente: "Se ha comunicado recientemente que la introducción de TARGA permite suspender la profilaxis secundaria en aquellos pacientes que alcanzan un valor de linfocitos CD4+ superior a 200/ml". Se cita a continuación nuestro artículo.

Creemos que sobran las palabras y que el lector podrá apreciar las diferencias entre lo que hemos dicho y lo que se dice que hemos dicho.

Juan Berenguer, Jaime Cosín,
Pilar Miralles, Juan Carlos López
y Belén Padilla

Unidad de Enfermedades Infecciosas-VIH.
Hospital Gregorio Marañón.
Madrid, España.

Bibliografía

1. Pintado V, López-Vélez R. Leishmaniasis visceral asociada a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:353-7.
2. Berenguer J, Cosín J, Miralles P, López JC, Padilla B. Discontinuation of secondary anti-Leishmania prophylaxis in HIV-infected patients who have responded to highly active antiretroviral therapy. *Aids* 2000;14:2948-50.