

Patrocinio científico



Grupo de Estudio de Hepatitis Viricas
seimc

Patrocinadores



abbvie

Johnson & Johnson

AMGEN

* Las opiniones expresadas por los ponentes no reflejan necesariamente la posición oficial de los patrocinadores científicos

SEDE:
Hotel Attica 21
Avenida de Samil 15
Vigo 36212

Inscripciones, enviando email a
jornadas.agidei@gmail.com

Pueden seguirnos en
Twitter: @AGIDEI_



XX CURSO EN AVANCES EN INFECCIÓN VIH Y HEPATITIS VIRALES

Vigo, 6 y 7 de marzo 2026

Coordinadores Científicos:

Luis. E. Morano Amado
Unidad de Patología Infecciosa (UPI)
Hospital Universitario
Álvaro Cunqueiro. Vigo.

Aitana Morano Vázquez
Servicio de Medicina Preventiva
Hospital Universitario
Gregorio Marañón. Madrid.

Henar Las Heras Miralles
Instituto de Investigación Galicia Sur
Hospital Universitario
Álvaro Cunqueiro. Vigo.

Cristina del Río Cubilledo
Instituto de Investigación Galicia Sur
Hospital Universitario
Álvaro Cunqueiro. Vigo.

Solicitado: Interés Sanitario
Acreditación de Actividad de Formación Continuada

El caso del paciente con cargas víricas persistentemente detectables

Antonio Antela

Hospital Clínico Universitario

Universidade de Santiago de Compostela



XX Curso en Avances en Infección por VIH y hepatitis virales. Vigo, 6-7 de Marzo de 2026

Presentación

- Diagnóstico de infección por VIH en **Julio de 2018**, a raíz de un ingreso en otra ciudad por tiflitis (antecedentes de colitis ulcerosa, diagnosticada en 2016).
- HSH, profesor universitario (USC), sin otros antecedentes de interés.
- Inicia seguimiento en nuestra Unidad en **Sept/2018**:
 - Asintomático
 - CD4+: 538/mmc
 - CV: 282.738 cop/ml – subtipo F1 – cepa salvaje – tropismo CXCR4
 - Vacunado VHA y VHB
 - VHC, lúes, toxo, PPD e IGRA: negativos.
 - HLA B5701: negativo
 - CDC 1993: A1.

Clímax

- Inicia TAR con **ABC/3TC/DTG** en **Oct/2018**.
 - A las 6 semanas (Nov/2018):
 - Buena tolerancia, salvo cefalea inicial.
 - CV: 306 cop/ml – CD4+: 928/mmc
 - A los 4 meses (Feb/2019):
 - Buena tolerancia y adherencia. Asintomático.
 - CV: 32 cop/ml – CD4+: 924/mmc
 - **A los 7 meses (May/2019):**
 - Igual situación clínica
 - **CV < 20 cop/ml** – CD4+: 796/mmc

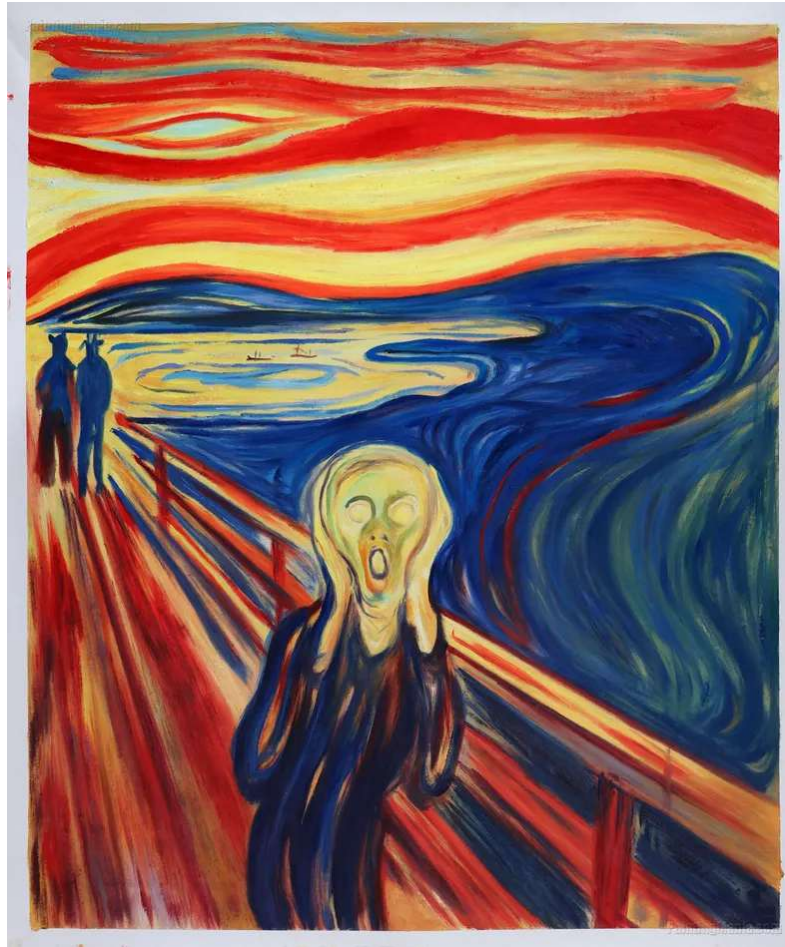
Clímax

- Se mantiene con CV indetectable (<20 cop/ml) hasta **Jul/2021** (2 años de indetectabilidad). Sin novedades clínicas. CD4+: 770/mm³.
- A partir de Julio/2021 comienza a tener **CV detectables persistentes de baja intensidad**:
 - Jul/21: 196 cop/ml (vacuna frente a SARS-CoV-2 dos semanas antes)
 - Ago/21: 223 cop/ml
 - Oct/21: 642 cop/ml
 - Solo toma Masalazina, sin interacciones con TAR.
 - No “suplementos vitamínicos y de oligominerales”.
 - Test de resistencias: ausencia de mutaciones en TI, Pro ni Integrasa.

Conflicto /Nudo

- Se cambia sucesivamente TAR a:
 - **DTG/DRVc (Oct/21):**
 - Entre **Oct/21** y **Oct/22**: 295 c/ml – 217 c/ml – 195 c/ml
 - En **Oct/22** se repite test de resistencias: **Sin mutaciones en TI, Pro ni Integrasa.**
 - **Se dobla la dosis de DTG: pasa a DTG bid/DRVc qd (Oct/22).**
 - Entre **Oct/22** y **Jul/23**: 180 c/ml – 154 c/ml – 172 c/ml
 - En **Jul/23**, nuevo test de resistencias: **Sin mutaciones en TI, Pro ni Integrasa.**

Conflicto /Nudo



Conflicto/Nudo

- Nos planteamos que tenga un problema de absorción relacionado con su colitis ulcerosa. Por esta razón y para comprobar de primera mano el cumplimiento, en **Julio de 2023** iniciamos **CAB + RPV LA im**, con una **CV basal de 164 c/ml**. Sigue asintomático, con 692 CD4+/mmc.
- Cumple rigurosamente con las visitas de administración

Conflicto/Nudo

- **Evolución de CV:**
 - Jul/23: 164 c/ml
 - Ago/23: 127 c/ml
 - **Oct/23: 43 c/ml**
 - Feb/24: 68 c/ml
 - Abr/24: 128 c/ml
 - Jun/24: 164 c/ml
 - Nov/24: 253 c/ml

- **Nov/24: Test de resistencias, con deep-sequencing (1% de población vírica) y estudio de ADN provírico: ausencia de mutaciones.**

- **Paciente ha desarrollado dislipidemia(atorvastatina) e HTA (olmesartán). (55 años)**

- **¿Qué hacer? ¿alguna opinión? help please...!**

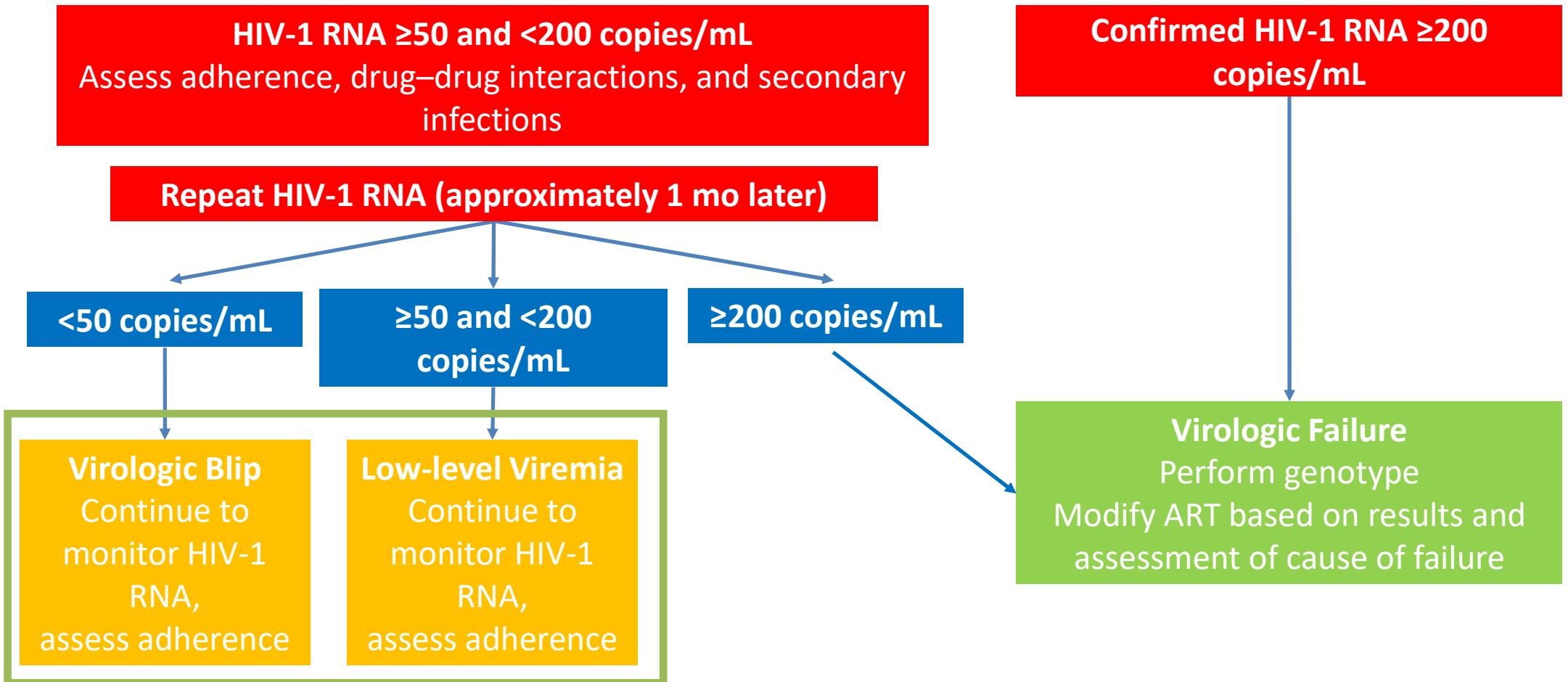
Conflicto/Nudo

- Ante la imposibilidad de alcanzar una CV indetectable, optamos por pasar a **TAF/FTC/BIC**:
 - más cómodo
 - mejor tolerado
 - más resiliente ante CV detectables de bajo nivel (es posible que sean virus defectivos, que no evolucionan, pero en todo caso con BIC es más difícil q se desarrollen mutaciones de resistencias).

Desenlace

- Desde **Enero de 2025** con **TAF/FTC/BIC**:
 - Paciente más contento con su tratamiento. Sigue asintomático respecto al VIH, con CD4+ entre 800 y 900/mm³.
 - ¿Qué pasó con las CV?
 - Abril/25: 259 c/ml
 - Jul/25: 313 c/ml
 - Sep/25: 255 c/ml
 - Ene/26: 113 c/ml
 - ¿Hacemos otro test de resistencias?
 - El virólogo ya no nos coge el teléfono..... 😊

Definition of Virologic Blips, Low-level Viremia, and Virologic Failure on ART

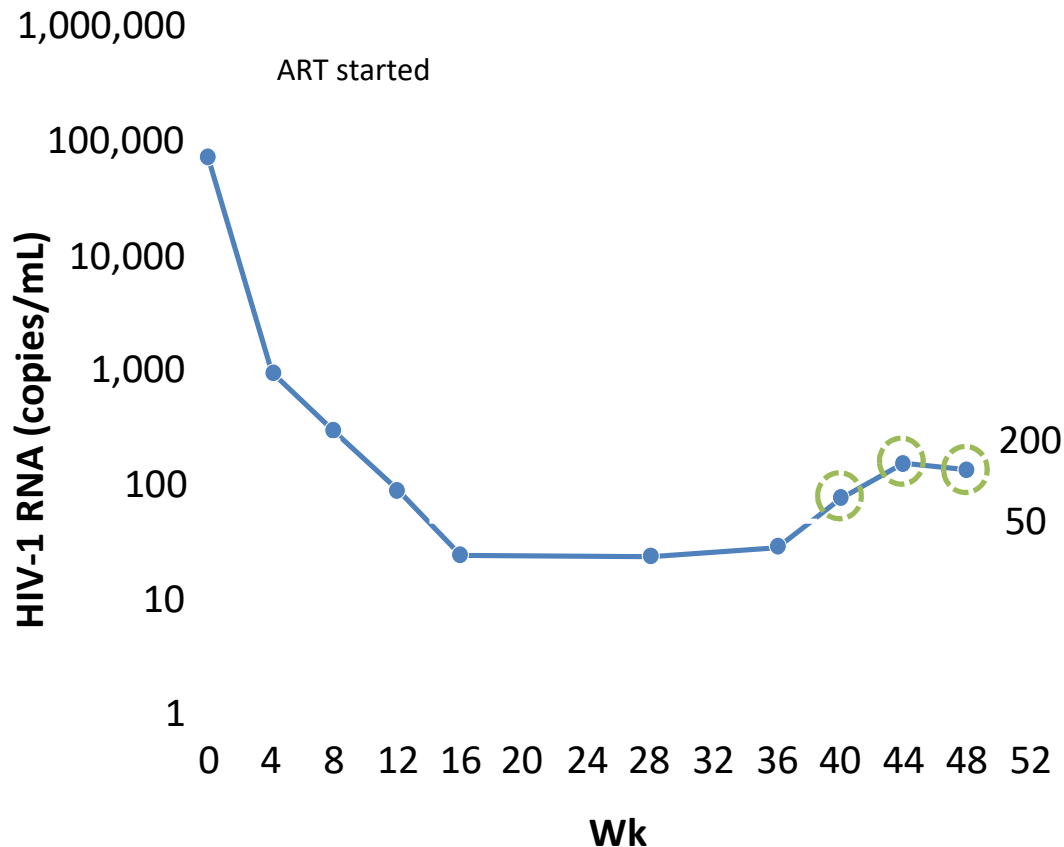


Factors Associated With Virologic Blips and Low-Level Viremia

- **Baseline factors**¹:
 - High HIV-1 RNA
 - Low CD4+ cell count
- **Adherence** associated in some studies,² but not others^{1,3}
- **Illness** may be associated, but data are limited and inconsistent⁴⁻⁶
- **HIV-1 reservoirs:** low-level viremia not suppressible by ART may be the result of either⁷:
 - **Replication incompetent HIV**
 - Large T-cell clones producing infectious virus

1. Farmer. AIDS Res Ther. 2016;13:16. 2. Podsadecki. J Infect Dis. 2007;196:1773. 3. Miller. J Infect Dis. 2004;189:1487.
4. Jones. Bull Math Biol. 2005;67:1227. 5. Jones. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007;45:483. 6. Nettles. JAMA. 2005;293:817.
7. Halvas. J Clin Invest. 2020;130:5847.

Managing Low-Level Viremia



■ Assess:

- Adherence
- Drug–drug interactions
- Drug–food interactions
- New partners and condom use
- Recheck HIV-1 RNA **at least every 3 mo**
- People living with HIV **do not typically require an ART change** with HIV-1 RNA <200 copies/mL

DHHS: When to Perform Drug Resistance Testing With Low HIV-1 RNA

HIV-1 RNA <200 copies/mL

- Conventional drug resistance testing not recommended
 - Drug resistance assays cannot be performed consistently at very low HIV-1 RNA levels

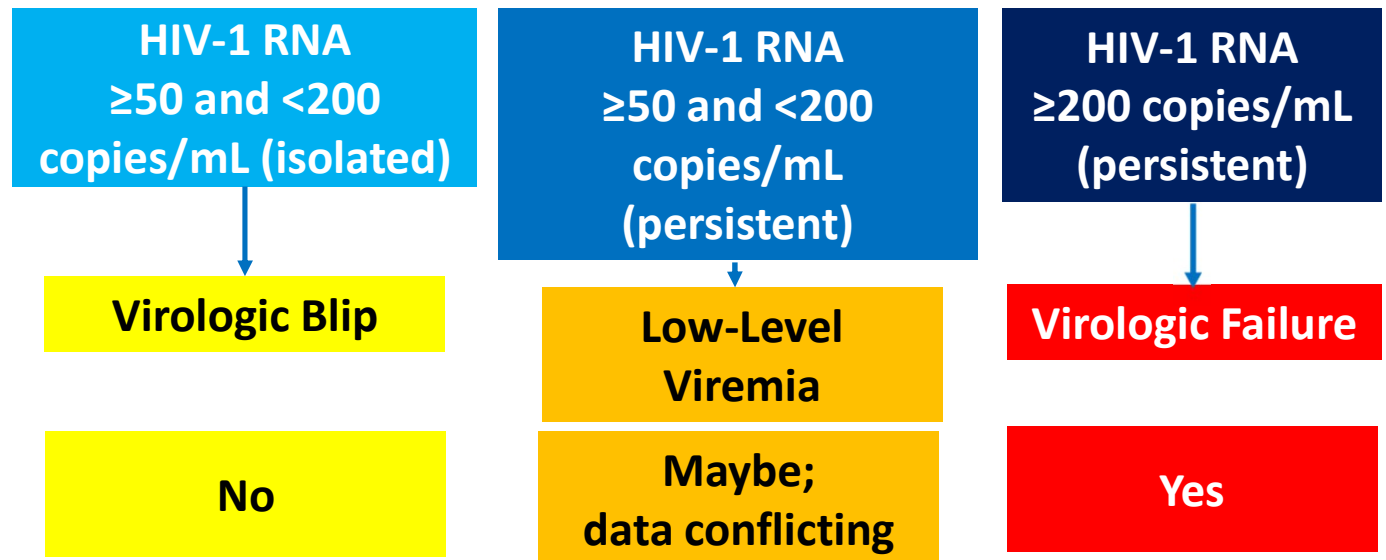
HIV-1 RNA \geq 200 but <500 copies/mL

- Testing may be difficult to obtain outside of a research setting but should be considered

How to Perform Conventional Drug Resistance Testing With Low HIV-1 RNA

- Perform conventional drug resistance testing:
 - **Before** discontinuing regimen (preferable)
 - **Within 4 wk** of discontinuing regimen (if not on LA ART)
 - **Any time after** discontinuing regimen (if on LA ART)
 - **Consider proviral DNA genotyping** when conventional genotypic resistance testing cannot be performed owing to low HIV-1 RNA levels
-
- While performing drug resistance testing in patients with overt or low-level viremia, **do not discontinue** or **briefly interrupt therapy**
 - Risk of rapid HIV-1 RNA increase, CD4+ cell count decrease, clinical progression

Consequences of Persistent Detectable HIV-1 RNA



Risk of eventual **virologic failure** and **ART resistance**?¹

Comorbidities

- Potential for new or worsening comorbidities due to viral replication and inflammation
 - CVD,^{2,3} cancer^{4,5}

1. DHHS Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. 2025.
2. Grinspoon. Top Antivir Med. 2014;22:676. 3. Feinstein. Circulation. 2019;140:e98.
4. Hernandez-Ramirez. Lancet HIV. 2017;4:e495. 5. Silverberg. AIDS. 2007;21:1957.