

CROI 2026: el año de los inhibidores de la cápside viral.

Novedades y actualizaciones en VIH
y manejo de coinfecciones.

Dr. Steven Tapia Villacís

Marzo 2026



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela



CROI 2026: el año de los inhibidores de la cápside viral.

Novedades y actualizaciones en VIH y manejo de coinfecciones.

Steven Tapia-Villacís MD ID

Especialista en Enfermedades Infecciosas, Asistente de la UA de Enfermedades Infecciosas, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.



CROI 2026: el año de los inhibidores de la cápside viral. Novedades y actualizaciones en VIH y manejo de coinfecciones.



La **Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI)** de 2026 presentó avances relevantes en el tratamiento y la prevención del VIH, con un énfasis particular en el desarrollo de nuevas clases de antirretrovirales y estrategias de acción prolongada. Entre los temas dominantes del congreso destacó el creciente interés en la **cápside viral como blanco terapéutico**, una estructura crítica del ciclo replicativo del VIH que regula procesos clave como el transporte nuclear, la transcripción inversa y el ensamblaje viral. En este contexto, múltiples presentaciones abordaron el desarrollo clínico de **inhibidores de cápside**, consolidando esta clase como una de las innovaciones más prometedoras en la terapia antirretroviral. El principal representante de esta estrategia es **lenacapavir**, un inhibidor de cápside administrado por vía subcutánea con intervalos de dosificación de hasta seis meses, que ha demostrado actividad antiviral potente incluso frente a virus con resistencia a múltiples clases de antirretrovirales. En los estudios presentados, el uso de lenacapavir en combinación con terapia optimizada se asoció con tasas de supresión viral superiores al **80-90% a 52 semanas**, lo que refuerza el potencial de los inhibidores de cápside para transformar el manejo del VIH, particularmente en personas con virus multiresistente o con dificultades de adherencia.¹

De forma complementaria, en el congreso se presentaron **datos iniciales de nuevos antirretrovirales de acción prolongada**, incluyendo el inhibidor de cápside **VH-499** y dos inhibidores de la integrasa de nueva generación (**VH-184** y **GS-3242**). Los primeros estudios en humanos mostraron que estos compuestos presentan **perfiles farmacocinéticos compatibles con esquemas de administración semestrales**, con semividas prolongadas y concentraciones plasmáticas sostenidas tras una única administración inyectable.

En estudios fase temprana realizados principalmente en voluntarios sin VIH, los tres fármacos demostraron **perfiles de seguridad favorables y buena tolerabilidad**, con reacciones locales leves en el sitio de inyección como el evento

adverso más frecuente. Estos resultados refuerzan el desarrollo de **regímenes antirretrovirales inyectables de muy larga duración**, una de las principales líneas de investigación actuales orientadas a reducir la carga terapéutica asociada a la medicación diaria y mejorar la adherencia al tratamiento.^{2,3,4}

Nuevos antirretrovirales no basados en inhibidores de integrasa

El estudio **“Doravirine/Islatravir Versus Bictegravir/Emtricitabine/Tenofovir Alafenamide in Treatment-Naïve Adults With HIV-1”** evaluó la eficacia del régimen oral **doravirina/islatravir (DOR/ISL)** frente al esquema **bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida (BIC/FTC/TAF)** en personas con VIH sin tratamiento previo. **Islatravir** es un inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa por translocación (**NRTTI**), una nueva clase de antirretrovirales que actúa tras su incorporación al ADN viral naciente. Este fármaco bloquea el proceso de translocación de la transcriptasa reversa, impidiendo la incorporación adecuada de nucleótidos subsecuentes y deteniendo la elongación de la cadena de ADN viral. Esta clase se caracteriza por una **alta potencia antiviral** y una **vida media intracelular prolongada**, lo que ha permitido su evaluación tanto en esquemas orales simplificados como en estrategias de dosificación prolongada.

El ensayo incluyó **536 participantes**, asignados a DOR/ISL (n=269) o BIC/FTC/TAF (n=267). A la semana 48, **91.8%** de los participantes en DOR/ISL y **90.6%** en el grupo comparador alcanzaron **HIV-1 RNA <50 copias/mL**, cumpliendo criterios de no inferioridad, con una diferencia de **0.3% (IC95% -2.9 a 3.5)**. En participantes con carga viral basal >100.000 copias/mL, la supresión fue **94.0% vs 87.6%**, mientras que en aquellos con >500.000 copias/mL fue **90.3% vs 84.4%**. Se detectaron **dos casos de resistencia emergente** en el brazo DOR/ISL.⁵

En el estudio de cambio terapéutico **“Doravirine/Islatravir in Virologically Suppressed Adults (MK-8591A-051)”**, **366**

participantes cambiaron a DOR/ISL desde el inicio y **185** continuaron su tratamiento basal hasta la semana 48 antes de cambiar al régimen experimental. En total, **543 participantes** recibieron DOR/ISL. A la semana 96, la proporción con **HIV-1 RNA ≥ 50 copias/mL** fue **1.9%** en quienes cambiaron desde el inicio y **1.1%** en quienes cambiaron posteriormente, manteniéndose la supresión viral en **92.6%** y **96.6%**, respectivamente, sin evidencia de resistencia emergente.⁶

Estrategias en el tratamiento de tuberculosis latente y enfermedad tuberculosa activa

El ensayo “**Dolutegravir Plus Lamivudine Versus Efavirenz-Based Therapy in HIV-Tuberculosis Coinfection**” evaluó el régimen dual basado en dolutegravir + lamivudina (DTG+3TC) frente a un esquema que incluye efavirenz en personas con coinfección VIH-tuberculosis.

En el análisis se incluyeron **127 participantes** (69 en el grupo DTG+3TC y 58 en el grupo EFV/TDF/3TC). A la semana 24, la supresión virológica fue **63.3% (31/49)** en el brazo DTG+3TC y **51.2% (21/41)** en el brazo comparador ($p=0.249$). En el análisis por protocolo, la supresión fue **76.3% vs 95.0%** ($p=0.154$). Entre quienes tenían carga viral basal ≥ 500.000 copias/mL, la supresión fue **56.5% vs 45.5%** en mITT ($p=0.717$). Se registraron **tres fallas virológicas en el brazo efavirenz**, todas asociadas a mutaciones de resistencia a inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa.⁷

El ensayo “**Safety and Treatment Completion of 1HP Versus 3HP in People With HIV**” evaluó la eficacia y seguridad de dos estrategias abreviadas de tratamiento preventivo de tuberculosis en personas que viven con VIH: **1HP** (isoniazida + rifapentina diaria durante un mes) y **3HP** (isoniazida + rifapentina semanal durante tres meses).

Se trató de un ensayo fase 3, abierto, de no inferioridad, realizado en **14 centros clínicos en Tailandia**. En total se incluyeron **1500 participantes con VIH sin**

tuberculosis activa, asignados aleatoriamente a **1HP (n=748)** o **3HP (n=752)**. El seguimiento mediano fue de **3.7 años (RIC 2.9–5.1)**.

El desenlace primario fue un compuesto de **tuberculosis incidente o muerte por cualquier causa**. Este evento ocurrió en **5 participantes (0.67%)** en el grupo 1HP y en **3 participantes (0.40%)** en el grupo 3HP, lo que correspondió a tasas de incidencia de **1.7 (IC95% 0.7–4.1)** y **1.0 (IC95% 0.3–3.2)** por 1000 personas-año, respectivamente. La diferencia entre ambos esquemas no alcanzó significación estadística, cumpliendo criterios de **no inferioridad del esquema 1HP**.

La supresión del VIH se mantuvo durante el seguimiento, con **96.1%** de supresión en el grupo 1HP y **95.5%** en el grupo 3HP ($p=0.59$). El perfil de seguridad fue similar entre ambos esquemas. Los eventos adversos grado 3 o 4 ocurrieron en **2.4%** de los participantes en cada brazo, mientras que los eventos adversos graves se registraron en **1.1%** y **0.9%**, respectivamente. La hepatotoxicidad fue poco frecuente y comparable (**1.5% vs 1.7%**).⁸

Prednisona como adyuvante en tuberculosis diseminada asociada a VIH

El estudio “**Adjunctive Prednisone for Inpatients With Disseminated HIV-Associated TB (NewStrat-TB)**” fue un ensayo con diseño factorial 2×2 , realizado en tres hospitales de Ciudad del Cabo, Sudáfrica, en adultos hospitalizados con tuberculosis diseminada asociada a VIH, definida por positividad en **LAM en orina** o **Xpert Ultra en sangre u orina**.

Se aleatorizó a **prednisona 1.5 mg/kg/día** versus placebo durante 14 días, además del tratamiento antituberculoso. El desenlace primario fue **mortalidad a 12 semanas**. Se enrolaron **732 participantes**, con **712 en la población mITT**. El **55%** eran mujeres, la edad mediana fue **36 años**, el **CD4 mediano 43 células/ μ L**, la hemoglobina **8.3 g/dL**, el lactato **2.2 mmol/L** y la creatinina **70 μ mol/L**. El **83%** fue positivo en Xpert Ultra en orina, el **68%** en LAM en

orina y el **31%** en Xpert Ultra en sangre. Solo **11%** tenía carga viral <50 copias/mL al ingreso.

La mortalidad a 12 semanas fue **17.6%** con prednisona y **19.2%** con placebo (diferencia absoluta **-1.6%**; $p=0.588$). A los 14 días, la mortalidad fue **6.8% vs 9.5%** ($p=0.185$). Los eventos adversos fueron similares entre grupos. Hubo un modesto efecto en casos con anemia severa ($Hb \leq 7$ mg/dL) y en aquellos casos con $ClCr \leq 50$). En conclusión, en este estudio **la prednisona adyuvante no redujo la mortalidad en tuberculosis diseminada asociada a VIH.**⁹

Viremia de bajo grado y resistencia emergente en la era de dolutegravir

La expansión global de regímenes antirretrovirales basados en **dolutegravir (DTG)** ha desplazado el foco clínico desde la falla virológica franca hacia fenómenos como la **viremia de bajo grado (low-level viremia, LLV)** y su significado clínico. Diversos trabajos presentados en CROI 2026 evaluaron su impacto en la **transmisión sexual del VIH**, la **persistencia virológica** y el **desarrollo de resistencia**.

El estudio **“Quantifying Uncertainty in HIV Transmission Risk From Persons With Low-Level Viremia”** analizó el riesgo de transmisión del VIH en presencia de LLV utilizando datos del **Rakai Community Cohort Study** en Uganda. El análisis incluyó **2.100 personas-año de seguimiento en 776 parejas heterosexuales serodiscordantes monógamas**, con **107 seroconversiones observadas** utilizadas para calibrar modelos de transmisión según niveles de carga viral. El riesgo estimado de transmisión heterosexual atribuible a una persona con viremia persistente de **200 copias/mL** fue de **0.11 transmisiones por 100 personas-año (IC95% 0.06–0.21)**. Cuando la carga viral alcanzaba **1.000 copias/mL**, el riesgo aumentaba a **0.55 por 100 personas-año (IC95% 0.28–1.00)**. Al considerar la variabilidad de una medición aislada de LLV y la posible pérdida

de control virológico entre controles, el riesgo promedio estimado entre una medición inicial y el siguiente control anual fue de **0.50 transmisiones por 100 personas-año (IC95% 0.35–0.70)**. Además, el modelo mostró que **8.3% de las personas concentraban el 80% del riesgo de transmisión (IC95% 6.7–10.1)**. Comparado con una persona no tratada con set point viral poblacional, el riesgo relativo estimado para LLV potencialmente inestable fue **0.15 (IC95% 0.08–0.27)**, reduciéndose a **0.03 (IC95% 0.02–0.07)** si el monitoreo de carga viral se realizara cada 90 días en lugar de intervalos anuales. Estos resultados sugieren que, aunque el riesgo de transmisión con LLV es considerablemente menor que en ausencia de tratamiento, **no es completamente nulo**, particularmente cuando el control virológico puede fluctuar entre mediciones.¹⁰

En paralelo, el estudio **“Persistent Low-Level Viremia Among People Living With HIV on TLD in Cameroon: Burden and Predictors”** evaluó la frecuencia y los determinantes de LLV persistente en personas en tratamiento con **tenofovir/lamivudina/dolutegravir (TLD)**. Se analizaron **975 participantes** con carga viral entre 50 y 999 copias/mL, de los cuales **66.7%** eran mujeres y **93.3%** adultos. La carga viral mediana fue **90 copias/mL (RIC 60–173)**; **77.1%** presentaban valores entre 50–200 copias/mL y **22.9%** entre 201–999 copias/mL. La viremia de bajo grado persistente se observó en **77.5%** de los participantes durante un seguimiento mediano de **18 meses (RIC 12–24)**. En el análisis multivariable, el único predictor independiente de persistencia fue una carga viral basal entre **201–999 copias/mL (aOR 1.74; IC95% 1.1–2.5; $p=0.007$)**.¹¹

Coetzee y cols. presentaron un trabajo titulado **“Noncanonical Resistance Mutations in TLD-Treated Individuals With Unexplained Virologic Failure”** identificó que, en personas tratadas con TLD con fracaso virológico no explicado por mutaciones clásicas en integrasa, pueden existir mutaciones alternativas en las regiones **Gag-nucleocápside** y Env. El estudio analizó mutaciones en **Gag-nucleocápside**

(Gag-NC) y polimerasa en **17 participantes con falla virológica (>400 copias/mL)** pertenecientes a una cohorte de **155 participantes** del estudio UTRA, un programa que enroló personas con dificultades de adherencia en Sudáfrica. Entre las mutaciones detectadas, se encontraron **K41R** (n=3), **K41Q** (n=2), **V13P** (n=1) y cambios de **8S** a **8G** en Gag-NC, además de **N27S** y **M46L** (no polimórficas), asociadas a resistencia de bajo nivel a dolutegravir. En la región Env, se observó un enriquecimiento de la variante **641I** (17/17 secuencias en seguimiento vs 2/11 en basal), vinculada a resistencia de bajo nivel a inhibidores de integrasa en el subtipo C. Estas variantes no canónicas, observadas incluso en personas con adecuada adherencia y alta exposición farmacológica, podrían contribuir a la resistencia a dolutegravir, por lo que deberían considerarse en la interpretación futura de resistencia.¹²

Este cuerpo de evidencia aporta datos sobre cómo la viremia de bajo grado puede persistir en una proporción relevante de personas bajo tratamiento con TLD, cómo la resistencia emergente a dolutegravir continúa siendo infrecuente cuando se consideran solo las mutaciones clásicas de integrasa, pero también cómo pueden existir mecanismos no canónicos que contribuyan al fracaso virológico. Asimismo, sugiere que, aunque el riesgo de transmisión sexual del VIH con LLV es sustancialmente menor que en ausencia de tratamiento, **no puede considerarse completamente nulo**, especialmente en contextos donde el monitoreo virológico es infrecuente.

Prevención de ITS

Seib et al, evaluaron en el estudio **“Meningococcal B (4CMenB) Vaccination for the Prevention of Gonorrhea in Men Who Have Sex With Men”** evaluó la eficacia de la vacuna **4CMenB (Bexsero)** para prevenir infección por *Neisseria gonorrhoeae* en **hombres que tienen sexo con hombres (HSH)**. Se trató de un ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. Entre julio de 2021 y mayo de 2023 se aleatorizaron **654 participantes**, y **587** fueron incluidos en el análisis

principal. La incidencia del primer episodio de infección por *N. gonorrhoeae* fue de **48.1 por 100 personas-año** en el grupo 4CMenB (160 eventos entre 296 participantes) y **47.8 por 100 personas-año** en el grupo placebo (155 eventos entre 291 participantes), con **incidence rate ratio (IRR) 1.01; IC95% 0.80–1.25; p=0.97**, lo que correspondió a una eficacia vacunal de **-0.5% (IC95% -26.16 a 19.93)**. La eficacia para infección sintomática fue **5.50% (IC95% -56.02 a 42.82)**; para infección asintomática, **-6.36% (IC95% -47.47 a 23.19)**; y para infección urogenital, anorrectal y orofaríngea, **-20.00% (IC95% -90.24 a 23.86)**, **-1.18% (IC95% -32.95 a 22.97)** y **2.58% (IC95% -27.67 a 25.65)**, respectivamente. La incidencia de eventos adversos serios no difirió significativamente entre grupos. En conclusión, la vacuna 4CMenB no redujo la incidencia de gonorrea en HSH con alto riesgo.¹³

Vacunación contra VPH en personas con VIH

El estudio **“Immunogenicity of 2- Versus 3-Dose HPV Vaccination by HIV Infection Status in Eswatini”** comparó la inmunogenicidad de un esquema de **dos dosis de vacuna nonavalente contra VPH (9vHPV)** en personas con VIH frente al esquema estándar de **tres dosis** en adolescentes y mujeres jóvenes sin VIH. Se trató de un estudio multicéntrico, abierto, de no inferioridad. Tres cohortes con VIH recibieron dos dosis (meses 0 y 6): varones de 9–14 años (n=349), niñas de 9–14 años (n=352) y adolescentes/mujeres jóvenes de 15–26 años (n=350), mientras que la cohorte comparadora sin VIH (n=352) recibió tres dosis (0, 2 y 6 meses). La no inferioridad se definió como un límite inferior del IC95% del cociente de títulos geométricos medios (GMT) >0.5.

La completitud del esquema de dos dosis fue **95%, 97% y 93%** en varones, niñas y adolescentes/mujeres jóvenes con VIH, respectivamente; en la cohorte sin VIH, **84% completó el esquema de tres dosis**. A los 7 meses, los cocientes de GMT en varones y niñas con VIH fueron **no inferiores para todos los subtipos de VPH**, mientras que en adolescentes y mujeres jóvenes

con VIH la no inferioridad se observó para todos excepto VPH-45. Entre quienes tenían carga viral disponible, **≥80% de los varones y niñas con VIH y 66% de las adolescentes/mujeres jóvenes tenían VL <50 copias/mL**; en participantes con viremia detectable se observaron **títulos de anticuerpos menores y ausencia de no inferioridad**. En conjunto, los resultados sugieren que **dos dosis de 9vHPV en personas con VIH pueden inducir una respuesta inmunológica comparable al esquema de tres dosis en población sin VIH**, aunque la inmunogenicidad podría verse reducida en presencia de viremia detectable.¹⁴

DoxyPEP impacto en prevención de sífilis

La profilaxis postexposición con doxiciclina (**Doxy-PEP**) se ha propuesto como una estrategia preventiva para reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual bacterianas en poblaciones con alto riesgo, particularmente en **hombres que tienen sexo con hombres (HSH)**. Esta intervención consiste en la administración de **200 mg de doxiciclina dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual**, con el objetivo de prevenir principalmente **sífilis y clamidia**.

En sesiones específicas orientadas al abordaje de las ITS se presentaron datos adicionales que permiten comprender mejor tanto las características clínicas de los casos de sífilis que ocurren en usuarios de Doxy-PEP como el potencial impacto poblacional de esta estrategia.

En un análisis de cohorte en condiciones de práctica clínica real, **Santos et al.** describieron las características de los casos de sífilis diagnosticados en participantes de un programa de Doxy-PEP. El estudio incluyó **313 participantes**, reclutados entre marzo de 2023 y abril de 2025 dentro del estudio **PRIDOX**, con tamizaje de ITS cada 3–6 meses o ante síntomas. Durante el seguimiento se diagnosticaron **9 casos de sífilis**, lo que correspondió a una **prevalencia de 2.88%** y una **incidencia de 1.92 episodios por 100 persona-años**.

Todos los casos ocurrieron en HSH, la mayoría en usuarios de PrEP para VIH y con antecedente previo de sífilis. Desde el punto de vista serológico, **seis participantes presentaban RPR negativo al inicio** y los restantes títulos **≤1:4**, observándose posteriormente incrementos discretos de los títulos. La mayoría de los casos fueron **asintomáticos** y respondieron favorablemente al tratamiento con **una dosis de penicilina benzatina G**, con negativización posterior del RPR. Estos resultados sugieren que, aun en presencia de Doxy-PEP, los casos de sífilis pueden presentar **aumentos serológicos mínimos y escasa sintomatología**, lo que resalta la importancia de mantener programas de tamizaje periódico en poblaciones que utilizan esta estrategia preventiva.¹⁵

Complementariamente, **Forster et al.** evaluaron mediante modelización el posible impacto poblacional de la implementación de Doxy-PEP en HSH en cuatro ciudades de Estados Unidos: **Nueva York, Miami, Atlanta y Baltimore**. Utilizando el modelo dinámico de transmisión **SHIELD**, calibrado con datos epidemiológicos entre 1993 y 2022, los autores simularon distintos escenarios de implementación de Doxy-PEP entre 2022 y 2030. En ausencia de la intervención, el modelo proyectó aproximadamente **260.975 nuevas infecciones de sífilis** durante ese período.

Sin embargo, con una cobertura de **10%** entre HSH, la incidencia proyectada podría reducirse en **41%**, mientras que con una cobertura de **25%** la reducción alcanzaría aproximadamente **62% de las infecciones incidentes**. Resultados similares se observaron al analizar diagnósticos de sífilis primaria y secundaria. Estos hallazgos sugieren que incluso una implementación relativamente limitada de Doxy-PEP en poblaciones de alto riesgo podría generar **reducciones sustanciales en la incidencia poblacional de sífilis**.¹⁶

En conjunto, estos estudios sumados a otros presentados, sugieren que la **Doxy-PEP** tiene el potencial de reducir de forma significativa la incidencia de sífilis en poblaciones de alto riesgo. Los datos observacionales muestran una baja incidencia


de infección entre usuarios bajo programas de tamizaje periódico, mientras que los modelos epidemiológicos indican que niveles moderados de cobertura podrían traducirse en **reducciones sustanciales de la transmisión a nivel poblacional**.

Bibliografía

- Gilead Sciences Study Investigators. **Lenacapavir-based regimens for heavily treatment-experienced adults with HIV-1: updated efficacy and safety results**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Thakkar N, et al. **Injectable HIV-1 Capsid Inhibitor VH4011499 (VH-499) Formulation Supports Ultra-Long-Acting Dosing**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Back H, et al. **Pharmacokinetics and Evaluation of Potential Dosing Regimens for Long-Acting VH4524184 (VH-184)**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Gupta S, et al. **Antiviral Activity, Safety and Pharmacokinetics of GS-3242, a Novel Integrase Inhibitor, in Adults With HIV (Phase Ib Study)**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Molina JM, Rockstroh JK, Orkin C, et al. **Doravirine/islatravir versus bicitgravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide in treatment-naïve adults with HIV-1**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Orkin C, Molina JM, Rockstroh JK, et al. **Doravirine/islatravir in virologically suppressed adults: week-96 results of the MK-8591A-051 trial**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Paton NI, Musaaazi J, Kityo C, et al. **Dolutegravir plus lamivudine versus efavirenz-based therapy in HIV-tuberculosis coinfection**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Moolphate S, et al. **Safety and treatment completion of 1HP versus 3HP for tuberculosis prevention in people with HIV**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Meintjes G, Schutz C, et al. **Adjunctive prednisone for inpatients with disseminated HIV-associated tuberculosis (NewStrat-TB)**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Anderson T, Martin M, Alexandre M, Mon SHH, Kankaka EN, Nakigozi G, et al. **Quantifying uncertainty in HIV transmission risk from persons with low-level viremia**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract 903. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Nuwagaba-Biribonwoha H, Lamb MR, Dlamini X, Zerbe AB, Anabwani-Richter F, Zech JM, et al. **Persistent low-level viremia among people living with HIV on TLD in Cameroon: burden and predictors**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract 505. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Coetzee N, Delaney KE, Jennings L, Kellermann T, Decloedt E, Orrell C, Gandhi M, Hikichi Y, Freed EO, Van Zyl GU. **Noncanonical resistance mutations in TLD-treated individuals with unexplained virologic failure**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract 553. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
- Seib KL, Donovan B, Jin F, Thng C, Yeung B, Chow EPF, et al. **Meningococcal B (4CMenB) vaccination for the prevention of gonorrhoea in men who have sex with men**. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract 197. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).

14. Nuwagaba-Biribonwoha H, Lamb MR, Dlamini X, Zerbe AB, Anabwani-Richter F, Zech JM, et al. **Immunogenicity of 2- versus 3-dose HPV vaccination by HIV infection status in Eswatini.** In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract 157. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
15. Santos J, Gómez-Ayerbe C, Martín-Cortés S, López Jodar M, Pérez Hernández I, Palacios Muñoz R. **Clinical Characteristics of Syphilis in MSM on Postexposure Prophylaxis With Doxycycline (doxy-PEP).** In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract 1018. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).
16. Forster RM, Schnure M, Dowdy DW, Shah M, Rompalo A, Ghanem KG, Fojo AT, Kasaie P. **Projected Impact of Doxycycline PEP on Syphilis Incidence: Modeling Study in 4 US Cities.** In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026; Abstract 1020. *Top Antivir Med.* 2026;34(1).



 Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
Piso 16. Av. Italia, S/N.
Montevideo, 11600. Uruguay.

 clinfec@fmed.edu.uy

 +598 2 4876981

 @Infectologia_uy

 /infectologia.edu.uy

 @infectologia_uy

 www.infectologia.edu.uy



Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA • FACULTAD DE MEDICINA

Prof. Dr. Julio Medina