



ATENEO

Abordaje de infección por VIH-2

Presentan:

Posg. Dra Maria Elena Calgaro

Res. Dr Ezequiel Garcia

Coordinan:

Asis. Dr Steven Tapia Villacís

Prof. Agda Dra. Zaida Arteta

Caso clínico

SF, 64 años. Jubilada, procedente de Piedras Blancas. Seguimiento en Instituto de Higiene.

AP:

- HTA, EPOC, monorrena congénita
- Diagnóstico de VIH hace aprox 15 años en contexto de donación de sangre. No recibió TARV. Nunca IO. CV para VIH1 indetectable. Inicialmente planteada como progresora lenta.

AE: Nacimiento y residencia permanente en Montevideo, nunca viajes al exterior. Niega parejas sexuales que hayan residido en África occidental o Brasil. Nunca recibió transfusiones.

Concurre con paraclínica de control. Clínicamente asintomática. Sin elementos de inmunosupresión.

2/25: Se reciben resultados de CV para VIH-1: indetectable, CD4 1065

Se indaga en HC, 3 WB positivos, no estudio para VIH-2. Se solicita estudio de VIH2 en DLSP.

04/25: Se recibe resultado que informa WB positivo para VIH-2

Temáticas a abordar

- Prevalencia infección por VIH-2
 - Global
 - Uruguay
- Factores de riesgo para infección por VIH2
- ¿Cuándo sospecharla?
- Tratamiento y seguimiento

Epidemiología global vs local

La infección por VIH2 puede considerarse como una **enfermedad desatendida**.

FACT SHEET 2025

Global HIV statistics

- 40.8 million [37.0 million–45.6 million] people globally were living with HIV in 2024.
- 1.3 million [1 million–1.7 million] people became newly infected with HIV in 2024.
- 630 000 [490 000–820 000] people died from AIDS-related illnesses in 2024.
- 31.6 million people [27.8–32.9 million] were accessing antiretroviral therapy in 2024.
- 91.4 million [73.4 million–116.4 million] people have become infected with HIV since the start of the epidemic.
- 44.1 million [37.6 million–53.4 million] people have died from AIDS-related illnesses since the start of the epidemic.

People living with HIV

- In 2024, there were 40.8 million [37.0 million–45.6 million] people living with HIV.
 - 39.4 million [35.7 million–44.0 million] adults (15 years or older).
 - 1.4 million [1.1 million–1.8 million] children (0–14 years).
 - 53% of all people living with HIV were women and girls.
- 87% [69–>98%] of all people living with HIV knew their HIV status in 2024.
- About 5.3 million people did not know that they were living with HIV in 2024.



SITUACIÓN ACTUAL

Uruguay mantiene un patrón epidemiológico con prevalencias en población general menores al 1% y en poblaciones específicas mayores al 5%. Según las últimas proyecciones realizadas en 2023 con el software Spectrum y reportadas a ONUSIDA, se estima una prevalencia en población general de 0,7%. En dicho modelo estadístico se estima que en Uruguay existe un total de 17.000 personas viviendo con VIH, de ellas 15.586 conocen su estado serológico (91,7%).

Resumen de la situación epidemiológica:

- La tasa de notificación de nuevos diagnósticos disminuyó levemente respecto a los últimos dos años.
- El 72% de los nuevos diagnósticos corresponden a personas del sexo masculino.
- La vía sexual continúa siendo la principal vía de transmisión de VIH. La transmisión vertical se mantiene por debajo del 2%, no se reportaron casos de transmisión materno-fetal durante el embarazo y parto.
- Las tasas más altas de nuevas infecciones se observan en Montevideo, Maldonado, Treinta y Tres, Paysandú y Rivera.
- El 91,7% de personas viviendo con VIH conocen su estado serológico, de las cuales el 83% están recibiendo tratamiento antirretroviral, y de estas, el 77,2% se encuentra con carga viral indetectable. Estos datos reflejan la necesidad de continuar los esfuerzos para alcanzar las metas de OMS.
- La tasa de mortalidad por causas vinculadas a VIH/SIDA en 2024 fue de 3,2 cada 100.000 habitantes.

Mundial

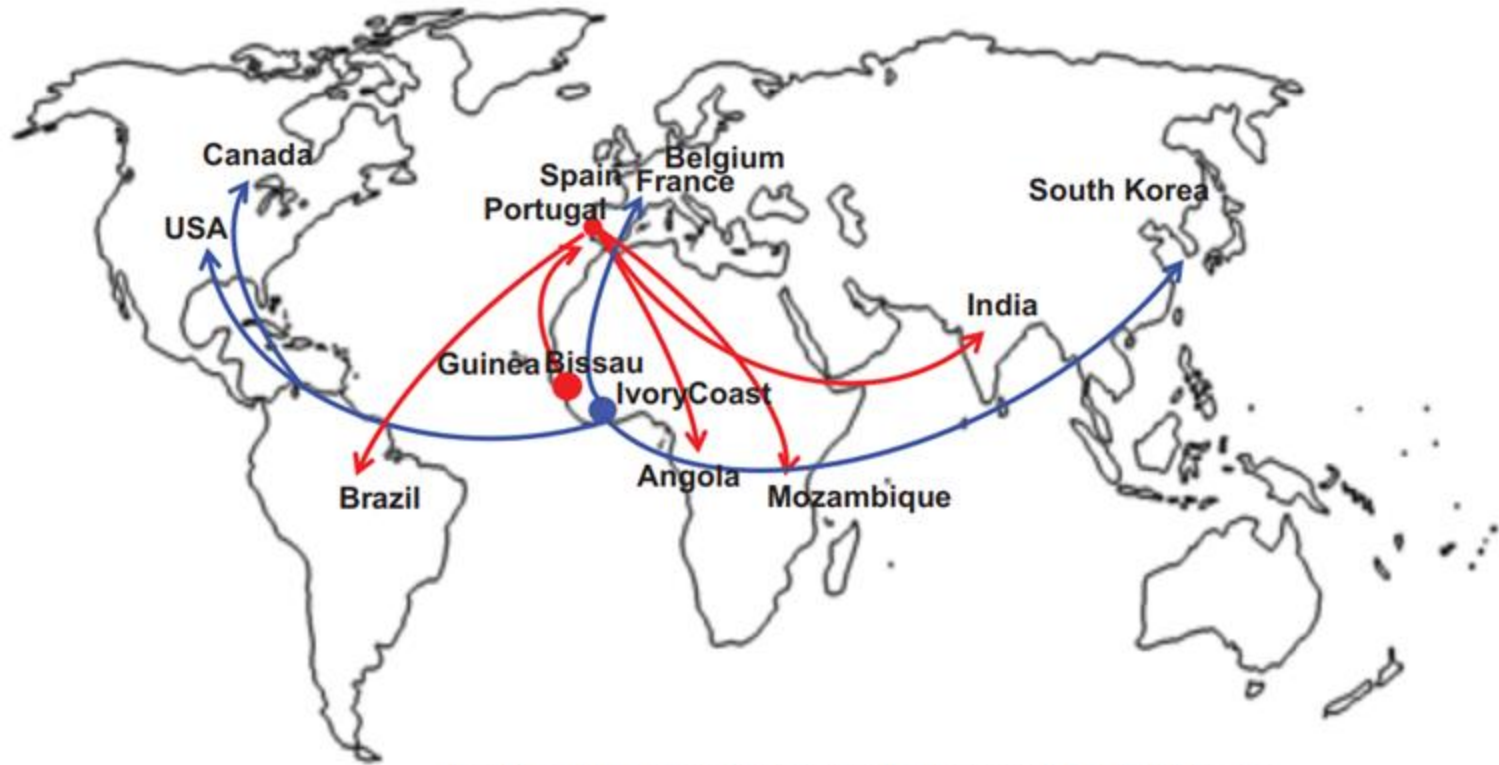
Región / Ámbito	Situación	Observaciones
Global	1–2 millones desde inicio pandemia (faltan estimaciones)	Incluye VIH-2 puro y coinfección VIH-1/VIH-2
África Occidental	Alta (endemia), se estima entre 5-20%	Cabo Verde, Costa de Marfil, Gambia, Guinea-Bissau, Mali, Mauritania, Nigeria, Sierra Leona
Europa	Casos importados y locales, no hay estimativos	Francia, España, Portugal. España: 410 casos (2021), 63% varones, 76% africanos
América	Baja (<1%)	EE.UU.: 0,5–1% (posible subestimación). Brasil con casos reportados
Coinfección VIH-1/2	5-10 %	Principalmente en África Occidental

Uruguay

Periodo	Casos	Detalle / Fuente
1997–2005	27	Reportes epidemiológicos MSP. Confirmados por serología (Western Blot).
2012–2017	22 (+1 coinfección)	Tesis FCIEN. Confirmados por serología (Western Blot VIH-2) y PCR anidada en PBMC (gen pol).
2018–2025	~17.000 PVVIH No discriminan VIH-1 vs VIH-2.	Reportes epidemiológicos del MSP.

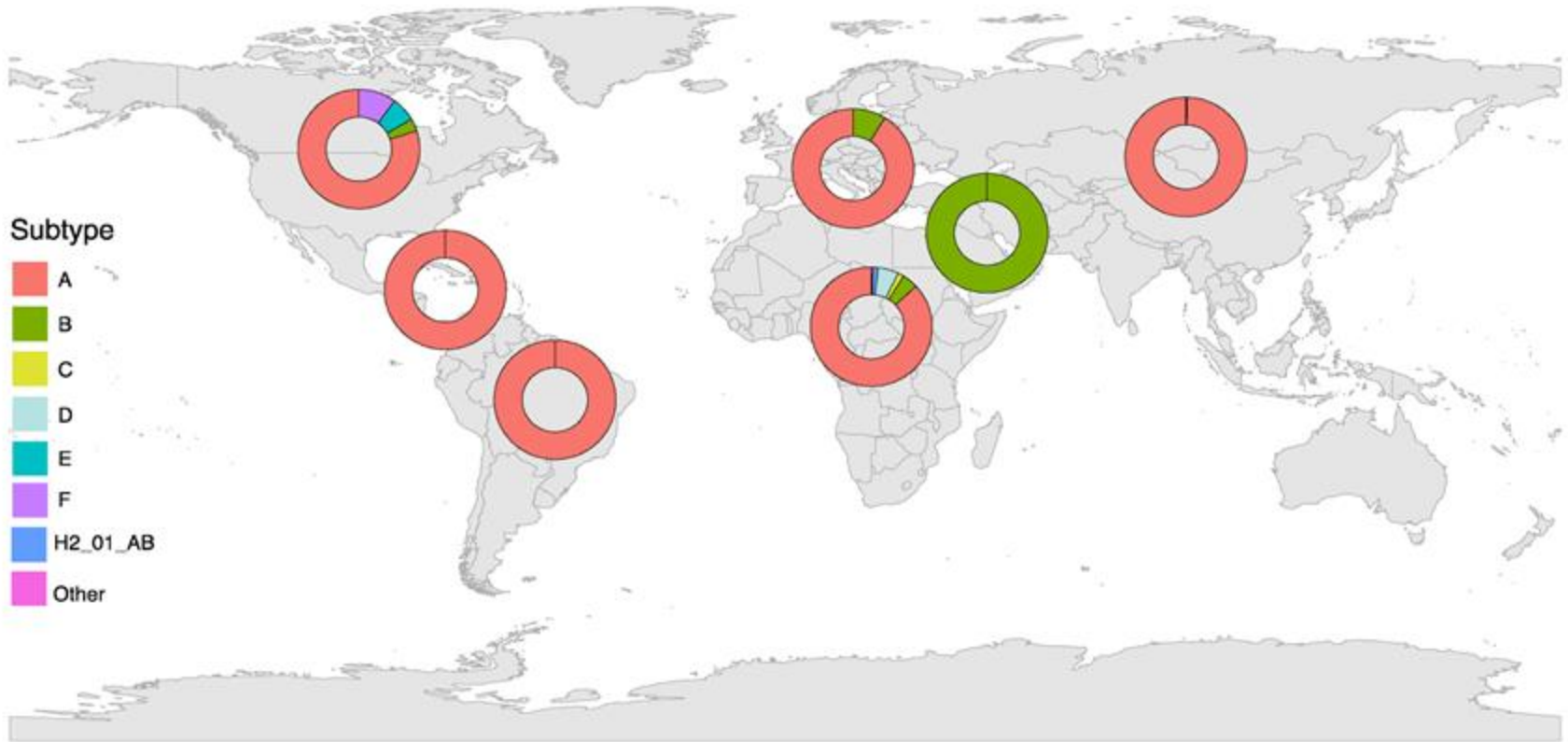
Nota: Total mínimo documentado hasta 2017: ≥ 49 casos (más 1 coinfección). Probable subregistro por baja viremia en VIH-2, falta de NAT plasmática específica de rutina y ausencia de desagregación en reportes recientes.

CDC, 2025, Kapoor, 2022, UNAIDS, 2025, Min. Sanidad (España), 2021 MSP, 2005-2017-2018–2005, Montaldo et al., 2019



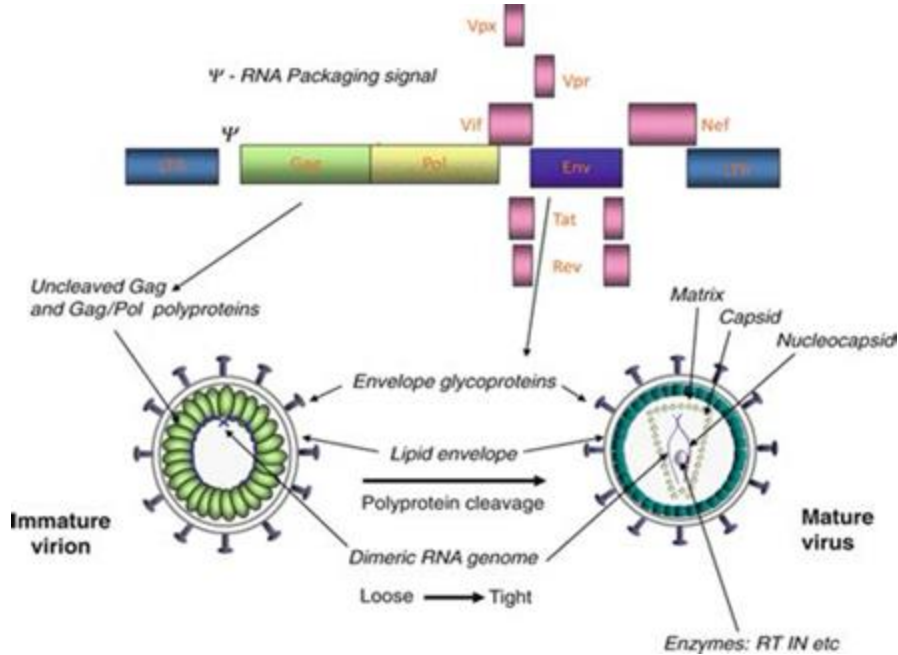
In blue: major spreading routes from epicenter in Ivory Coast.
 In red: major spreading routes involving Portuguese links.

García-Bermejo, I., Rodríguez, C., & Soriano, V. (2020). HIV-2: The hidden epidemic. *AIDS Reviews*, 22(3), 131-139. <https://doi.org/10.24875/AIDSRev.M2000029>



Ceccarelli, G., Giovanetti, M., & Münk, C. (2021). Human immunodeficiency virus type 2: The neglected threat. *Frontiers in Microbiology*, 12, 741393. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2021.741393>

Biología viral VIH2



Gene and Product	HIV-1	HIV-2
env		
Env Precursor	gp160	gp140
External Glycoprotein	gp120	gp105/125
Transmembrane Protein	gp41	gp36/41
pol		
Reverse Transcriptase	p66	p68
Reverse Transcriptase	p51	p53
Endonuclease	p31	p31/34
gag		
Gag Precursor	p55	p57
Matrix	p17	p17
Capsid	p24	p26
Nucleocapsid Precursor	p15	p15

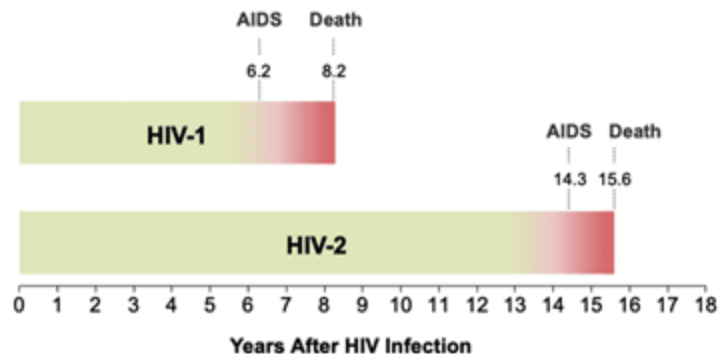
Principales diferencias estructurales entre VIH 1 y 2:
 Transcriptasa Inversa, proteínas accesorias, Gp120 y tropismo

Patogenia VIH 2

Tanto VIH2 como VIH1 son retrovirus linfotrópicos que afectan el sistema inmunitario de manera similar.

Diferencias principales:

1. Una **fase asintomática prolongada**.
2. Una **tasa más lenta de disminución de CD4+** (15-20 años para llegar a etapa avanzada)
3. **Cargas virales plasmáticas más bajas**.



Kapoor, A. K. (2022). HIV-2. En StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572083/>
University of Washington. (2023). HIV-2. In National HIV Curriculum. <https://www.hiv.uw.edu/go/key-populations/hiv-2/core-concept/all#hiv-2-treatment-studies>

Característica	VIH-1	VIH-2
Origen	Zoonosis desde chimpancés (SIVcpz)	Zoonosis desde mangabeys fuliginosos (SIVsmm)
Distribución geográfica	Mundial	Principalmente África Occidental; casos en Europa, India, Brasil y EE.UU.
Transmisibilidad	Alta (sexual, sanguínea, vertical)	Menor que VIH-1 en todas las vías
Replicación viral	Alta carga viral plasmática en fase crónica	Carga viral plasmática baja o indetectable en 30–40% sin TARV
Afinidad por co-receptor	CCR5 inicial → CXCR4 en progresión	Predominio CCR5; transición a CXCR4 menos frecuente
Ciclo de vida	Similar, pero menos restricciones en fusión y ensamblaje	Similar, pero menor eficiencia replicativa
Progresión clínica	Tiempo mediano a enf avanzada: 8–10 años sin TARV	Tiempo mediano a enf avanzada: 15–20 años sin TARV
Resistencia natural	No presenta resistencia intrínseca relevante	Resistente a NNRTI; menor susceptibilidad a algunos inhibidores de fusión e IP
Respuesta inmune	Menor control inmune espontáneo	Mayor respuesta CD8 y control parcial de replicación
Mortalidad	Mayor que VIH-2 a igualdad de seguimiento	Menor, pero similar en fases avanzadas

Cuando sospecharlo...

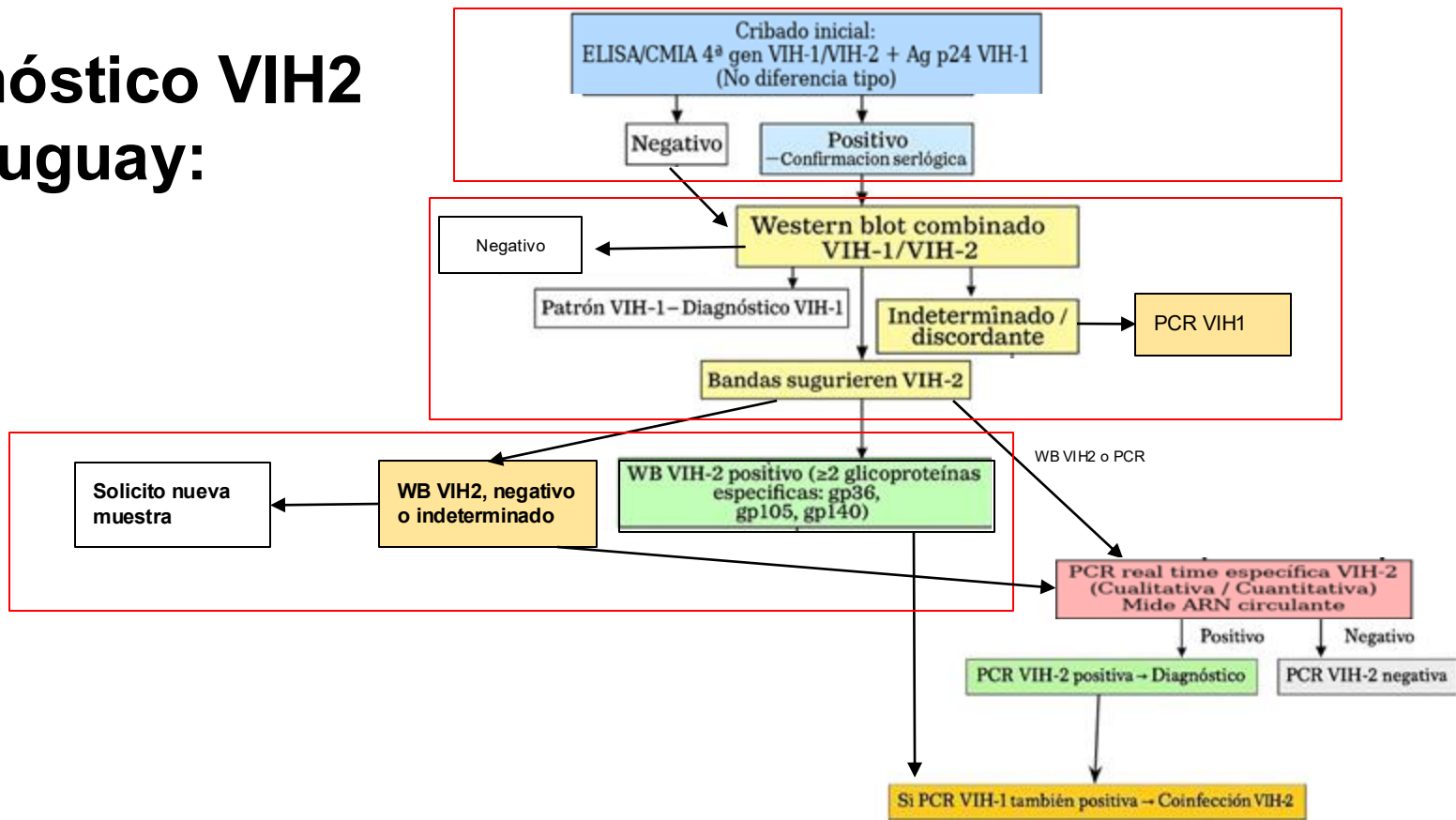
Escenario	Justificación	Referencia/s
Contacto epidemiológico con África Occidental o pareja VIH-2, (sexual, compartir jeringas, transfusión, migrante / viajero)	Alta probabilidad pre test	1,3
Embarazo/hijo madre con riesgo VIH-2	Riesgo perinatal	1,3
ELISA reactivo + diferenciación indeterminada	Posible VIH-2 o coinfección	1
Western blot (Wb) combinado Gag/Pol + Env –	Patrón compatible con VIH-2	1
Serología y Wb combinado positivo VIH1 + carga VIH-1 indetectable	Reacción cruzada en Wb combinado	2
Serología positiva + Wb VIH2 positivo + carga VIH-2 indetectable	CV bajas	2
Progresión clínica lenta con CD4 relativamente preservados	Historia natural menos virulenta	2,3
Pacientes con infección por VIH1 bajo TARV (no efectivo para VIH2) con progresión de su enfermedad	Coinfección	1

PREGUNTAS CLAVE

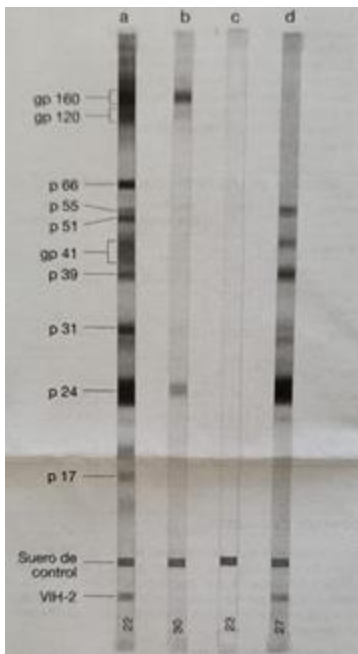
¿Cómo se realiza el **diagnóstico** y qué perspectiva trae la **actualización de los flujogramas** de diagnóstico propuestos?



Diagnóstico VIH2 en Uruguay:



WB VIH-1/VIH-2



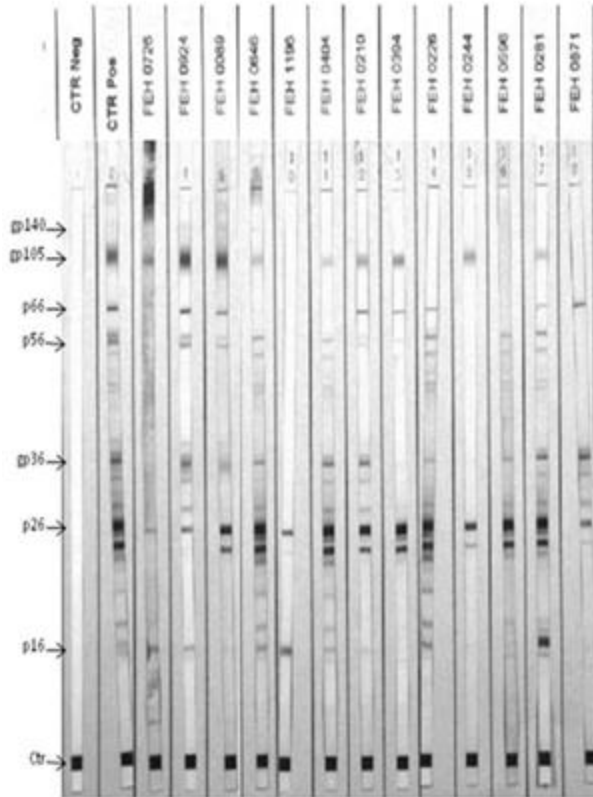
- a. Control reactivo fuerte (reactivo para el VIH-1 y el VIH-2)
- b. Control reactivo débil (reactivo sólo para el VIH-1)
- c. Control no reactivo
- d. Un ejemplo típico de suero positivo para el VIH-2

Patrón	Interpretación
Ninguna banda vírica específica presente	Negativo
Detección de anticuerpos p17 únicamente, sin ninguna otra banda	Negativo
Detección de 2 proteínas ENV (gp160/gp41 y gp120) y proteína GAG (p17, p24, p55) o POL (p31, p51, p66)	VIH-1 positivo
Detección de 2 proteínas ENV (gp160/gp41 y gp120) y proteína GAG (p17, p24, p55) o POL (p31, p51, p66) + banda específica VIH-2 visible	VIH-1 positivo con VIH-2 señalado
Cualquier banda vírica específica presente, pero el patrón no cumple criterios para positivo	Dudoso
Cualquier banda vírica específica presente, pero el patrón no cumple criterios para positivo + banda específica VIH-2 visible	Dudoso con VIH-2 señalado

Notas para resultados dudosos:

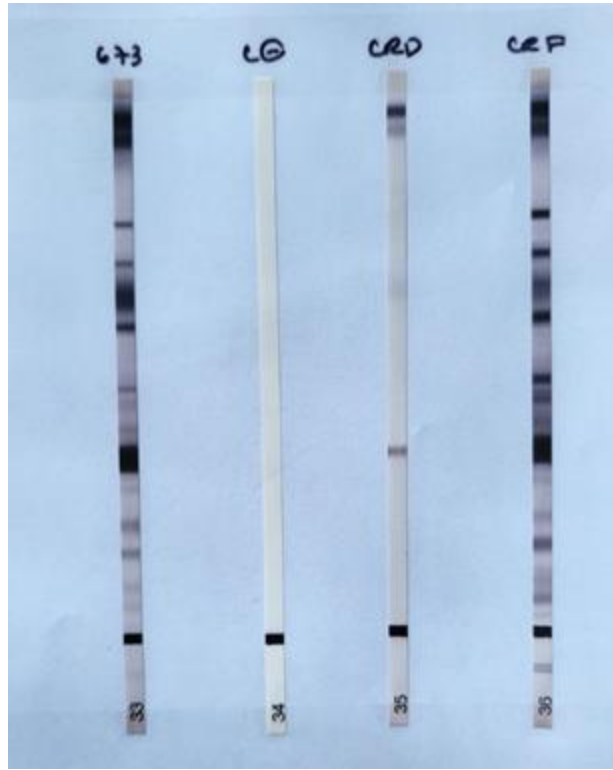
- No deben utilizarse como base única para el diagnóstico de VIH-1 o 2.
- La CDC recomiendan repetir el análisis ≥ 1 mes después.
- Si el resultado sigue siendo dudoso después de 1 mes, improbable que la persona esté infectada, salvo sospecha de exposición reciente o reacción cruzada
- **Muchos errores diagnósticos**

WB VIH-2

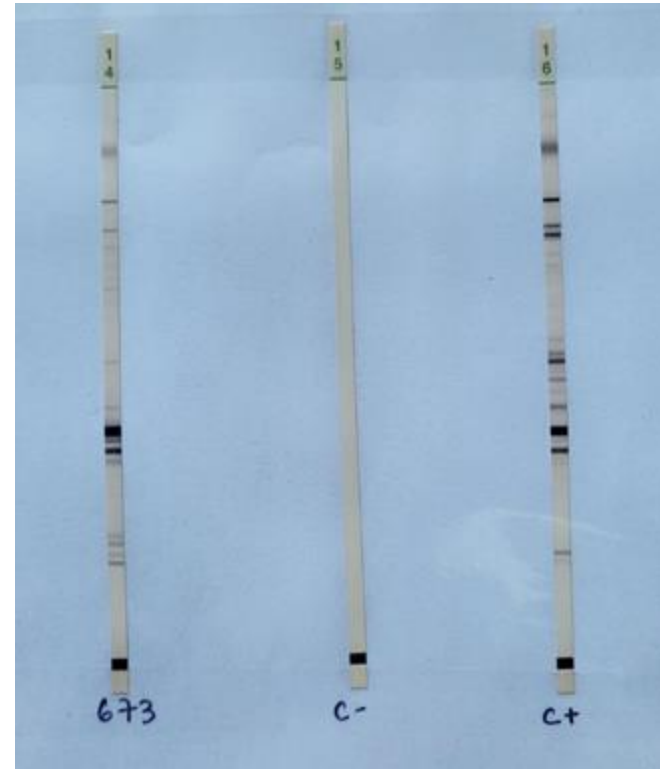


Resultado WB VIH-2	Criterios	Interpretación
Positivo VIH-2	Reactividad a ≥ 2 glicoproteínas de envoltura específicas de VIH-2 (gp36, gp105, gp140)	Infección confirmada por VIH-2
Indeterminado VIH-2	Reactividad incompleta (solo 1 glicoproteína específica de VIH-2) o bandas no específicas	Resultado no concluyente → se solicita nueva muestra y considerar PCR VIH-2
Negativo VIH-2	Ausencia de reactividad a glicoproteínas específicas de VIH-2	No evidencia serológica de VIH-2

Ejemplo WB VIH1/VIH2

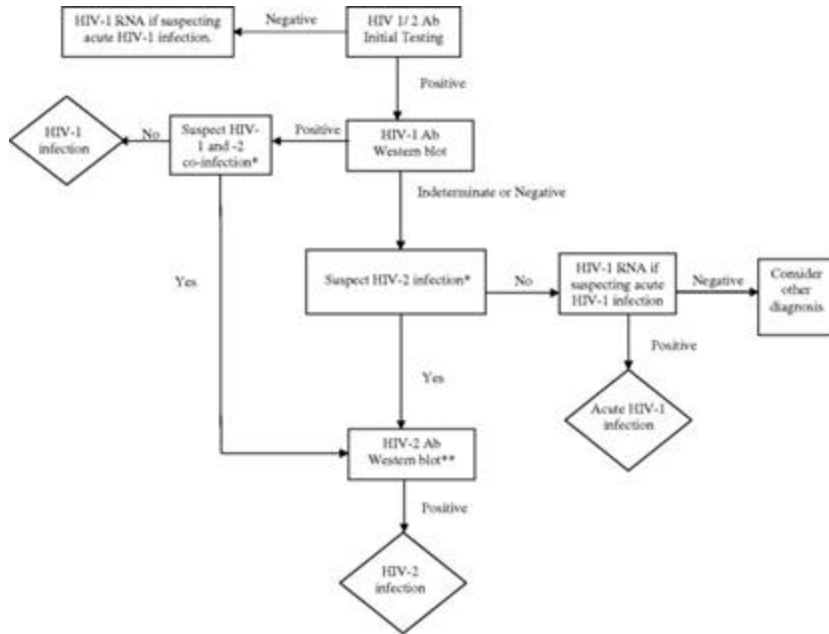


Ejemplo WB VIH2



Diagnóstico VIH-2, recomendaciones CDC

2014:

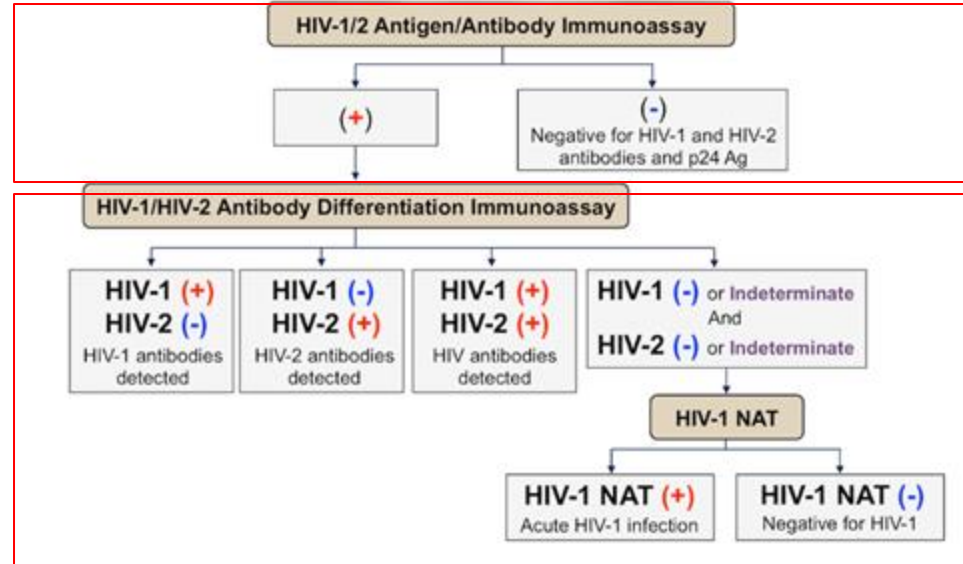


Ab: antibody.

*See Figure 1

**HIV-2 Ab Western Blot testing is available commercially and in research laboratories (see text for details).

2025:

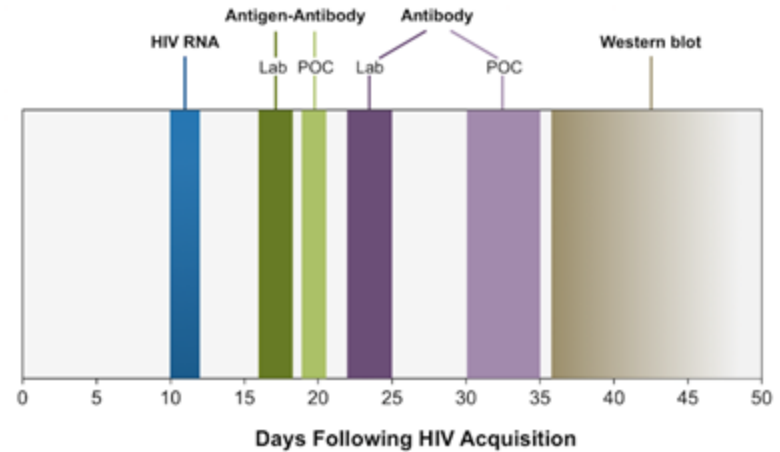
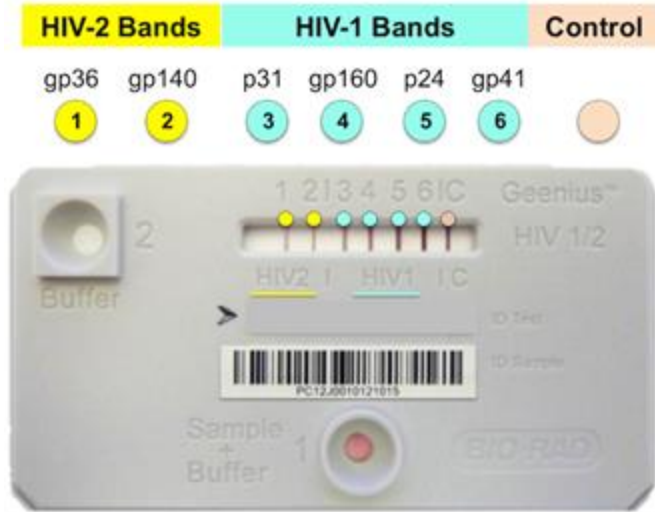


Primera parte del algoritmo

Característica	POC (Point of Care Test)	ELISA 4ª Generación (Ag VIH-1 p24 + Ac VIH-1/VIH-2)
Tipo de prueba	Ensayo inmunocromatográfico de flujo lateral	Inmunoensayo enzimático de laboratorio
Detección	Antígeno p24 VIH-1 c/ poca eficiencia + anticuerpos VIH-1 y VIH-2	Antígeno p24 VIH-1 + anticuerpos VIH-1/VIH-2
Antígeno VIH-2 (p26)	No detecta	No detecta (puede haber reactividad cruzada con p24)
Diferenciación VIH-1 vs VIH-2	No diferencia	No diferencia
Tiempo de resultado	20 minutos	Horas (requiere procesamiento en laboratorio)
Sensibilidad	Menor que ELISA, menos eficaz en infección muy precoz	Alta sensibilidad, detecta infección más temprana
Especificidad	Buena, pero depende del test	Muy alta, aunque con riesgo de reactividad cruzada
Uso principal	Tamizaje rápido en atención primaria y entornos de recursos limitados	Diagnóstico más preciso y detección temprana en laboratorio

Segunda parte del algoritmo

Característica	Geenius HIV 1/2	NAT VIH-2 (Cualitativo)
Tipo de prueba	Inmunocromatografía tipo inmunoblot rápido	Molecular: amplificación de ácidos nucleicos (PCR/RT-PCR)
Qué detecta	Anticuerpos contra VIH-1 y VIH-2	ARN circulante de VIH-2 (presencia/ausencia)
Antígenos/Blancos	7 líneas: VIH-1 (p31, gp160, p24, gp41), VIH-2 (gp36, gp140) + control	Regiones específicas del genoma viral de VIH-2
Diferencia VIH-1 vs VIH-2	Sí, por reconocimiento de anticuerpos específicos	Sí, mediante secuencias específicas del virus
Ventana diagnóstica	Más larga (requiere anticuerpos)	Muy corta (detecta infección aguda antes de seroconversión)
Uso principal	Confirmación y diferenciación VIH-1/2 tras ELISA/POC reactivo	Confirma VIH-2; útil cuando Geenius es indeterminado
Particularidades clínicas	Único test diferencial aprobado por FDA; si Ag/Ac VIH-1/2 es positivo y Geenius detecta Ac VIH-2 → se considera VIH-2 positivo incluso si NAT es indetectable	Hasta 10% de pacientes VIH-2 tienen ARN indetectable ≥10 años sin TARV → un NAT negativo no descarta infección
Resultado esperado	Patrón de bandas → VIH-1, VIH-2, dual o indeterminado	“Detectable” o “No detectable” ARN VIH-2



- ¿Cuáles son las **indicaciones de tratamiento** antiretroviral para un paciente con infección por VIH2?
- ¿Qué **opciones terapéuticas** se encuentran disponibles en **nuestro país**?
- ¿Cómo se realiza el **seguimiento**?



Desafíos en el tratamiento de VIH-2

- No identificar la infección primaria / identificación tardía
- Dificultades en el diagnóstico de laboratorio
- Disminución muy lenta de CD4+
- Respuesta lenta y pobre de los CD4+ una vez iniciado tratamiento
- **No todos los antirretrovirales sirven**
- **Más frecuente selección de resistencia y multidrogoresistencia**
- Las estrategias terapéuticas óptimas no están bien definidas



Tratamiento

Evidencia LIMITADA. Escasos ensayos clínicos específicos para VIH-2

Indicación de tratamiento:

Diferentes GPC recomiendan ART para todos los pacientes diagnosticados con VIH-2, **nivel de evidencia IIC.**

Valoración paraclínica al inicio: Igual que para VIH-1 (Solicitar CV si disponible).

Pruebas de resistencia: no disponible comercialmente (considerar resistencias esperadas)

Actividad de ARV frente a VIH-2

Clase	Medicamentos antirretrovirales: actividad del VIH-2	
	Eficaz	Ineficaz
ANÁLOGOS DE NUCLEOS(T)IDOS	<i>tenofovir, lamivudina, emtricitabina, abacavir, islatravir</i>	
ANÁLOGOS NO NUCLEÓSIDOS		<i>nevirapina, efavirenz, rilpivirina, etravirina, doravirina</i>
INHIBIDORES DE LA PROTEASA	<i>lopinavir, darunavir, saquinavir</i>	
INHIBIDORES DE LA INTEGRASA	<i>raltegravir, elvitegravir, dolutegravir, bictegravir, cabotegravir</i>	
INHIBIDORES DE ENTRADA	<i>maraviroc (antagonista del CCR5 - en caso de tropismo CCR5 del virus), ibalizumab</i>	<i>enfuvirtida (inhibidor de la fusión), fostemsavir</i>
INHIBIDORES DE LA MADURACIÓN		<i>bevirimat</i>

Esquemas de TARV

	BHIVA 2021 (Reino Unido)	NYSDOH 2023 (EE.UU.)
Inicio de TARV	Todos	Todos
Esquema inicial recomendado	2 ITIAN + INSTI ó 2 ITIAN + PI/r activo contra VIH-2	2 ITIAN + INSTI como primera línea preferida
Fármacos preferidos	INSTI: dolutegravir, bictegravir. IP/p: darunavir/r, lopinavir/r	INSTI: dolutegravir, bictegravir. IP/p como alternativa si no es posible usar INSTI
Uso de NNRTIs	No recomendados (resistencia intrínseca)	Contraindicados (resistencia intrínseca)
Embarazo	No define esquemas específicos; extrapola manejo en VIH-1	Regímenes definidos: evitar NNRTIs y ATV/r; prioriza INSTI + ITIAN seguros
Evidencia	Basada en estudios observacionales y opinión, cohortes y op de expertos	Basada en EC, Est. Observacionales, revisiones, práctica clínica y consenso estatal, con recomendaciones más operativas

No se recomiendan INNTR (efavirenz, nevirapina, rilpivirina, etc): **resistencia intrínseca.**

Tratamiento de primera línea (personas no gestantes):

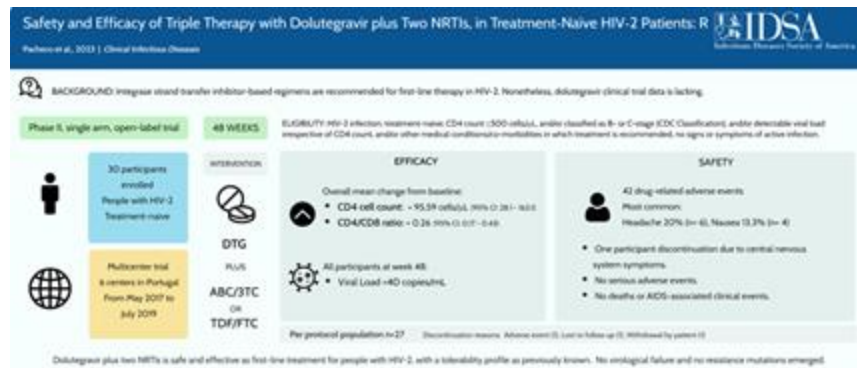
- Regímenes que incluyan 2 INTR + 1 inhibidor de integrasa (INI) o un IP potenciado
- Recomendaciones OMS: Plan que contenga Dolutegravir como tercer fármaco asociado

Evidencia: DTG + 2 INTR

Clinical Infectious Diseases
MAJOR ARTICLE



Safety and Efficacy of Triple Therapy With Dolutegravir Plus 2 Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors in Treatment-Naïve Human Immunodeficiency Virus Type 2 Patients: Results From a 48-Week Phase 2 Study



- Ensayo clínico de fase II en 6 centros de Portugal (prospectivo, seguimiento durante 48 semanas) en 30 pacientes naïve con VIH-2.
- **Alta eficacia:** 100 % lograron supresión viral (< 40 copias/mL). Aumento promedio de CD4: +95.6 células/ μ L.
- Buena tolerabilidad, sin eventos adversos graves.
- Respalda DTG + 2 INTR (ABC/3TC o TDF/FTC) como régimen inicial preferido.

Evidencia: BIC/FTC/TAF

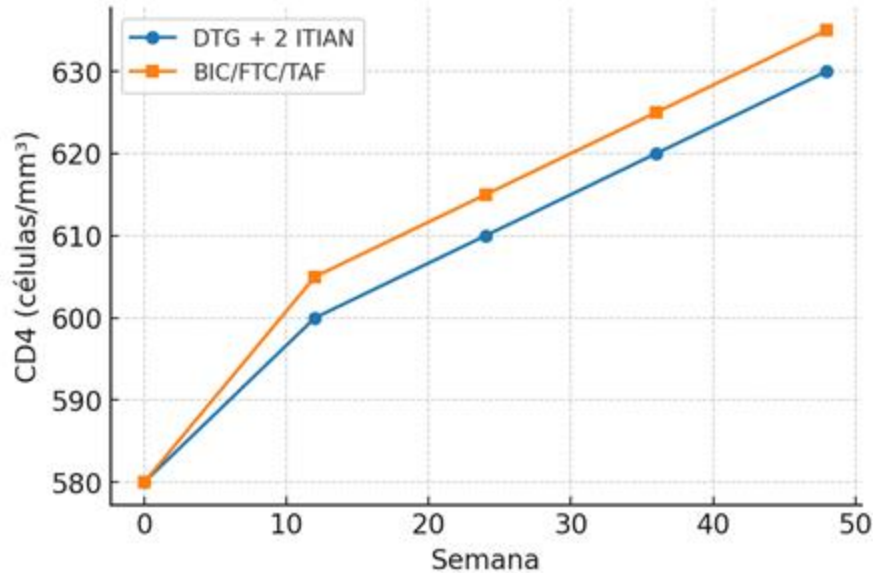
> [Clin Infect Dis](#). 2025 Mar 17;80(3):618-620. doi: 10.1093/cid/ciae447.

Immuno-virological and Clinical Follow-up of Persons With HIV-2 (PWHIV-2) Receiving Bictegravir/Emtricitabine/Tenofovir Alafenamide Fumarate (BIC/FTC/TAF): A Retrospective Study

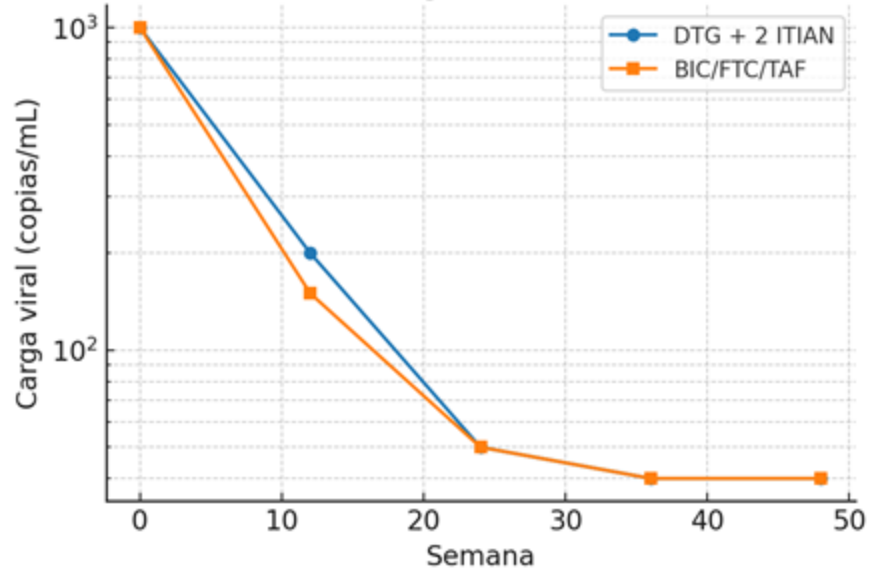
- Estudio retrospectivo en Francia, Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital Bichat Claude Bernard, 37,5 meses de seguimiento.
- 24 pacientes (5 naïve, 19 previamente tratados).
- Carga viral <40 copias/mL en todos durante el seguimiento.
- Aumento de CD4: mediana de 580 → 625 células/mm³.
- Alta eficacia sostenida y buena tolerancia; régimen en una sola pastilla.

BIC/FTC/TAF vs DTG + 2 INTR

Evolución del recuento de CD4 en 48 semanas



Evolución de carga viral en 48 semanas



Pacheco, P., Marques, N., Rodrigues, P., et al. (2023). Safety and efficacy of triple therapy with dolutegravir plus 2 nucleoside reverse transcriptase inhibitors in treatment-naïve human immunodeficiency virus type 2 patients: results from a 48-week phase 2 study. *Clinical Infectious Diseases*, 77(5), 740–748. <https://doi.org/10.1093/cid/ciad339>

www.infermedos.net

Joly, V., Charpentier, C., Montagne, N., Tchounga, B., Rami, A., Visseaux, B., Kheloufi, F., Descamps, D., & Damond, F. (2024). Immuno-virological and clinical follow-up of persons with HIV-2 receiving bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide: A retrospective study. *Clinical Infectious Diseases*, 79(1), 56–62. <https://doi.org/10.1093/cid/ciae447>

Sustento en el uso de BIC/FTC/TAF

- Estudios in vitro: Alta potencia frente a aislamientos de VIH-2
- FTC y TAF también muestran actividad relevante frente a VIH-2.
- Actividad comparable a la observada contra VIH-1.
- Uso en VIH-2 es off-label, respaldado por datos in vitro y evidencia clínica emergente.
- Ventaja: régimen de un solo comprimido, favorece la adherencia.

La evidencia concluye:

Opción	Evidencia	Comentario
DTG + 2 ITIAN	Alta eficacia (EC fase II, 48 sem, 2023)	Primera línea preferida.
BIC/FTC/TAF	Alta eficacia y CD4 sostenido (Estudio retrospectivo 2024)	Uso off label, análogo DTG + 2 ITIAN
RAL + 2 ITIAN	Eficacia comparable	Alternativa válida.
LPV/r + 2 ITIAN	Buena actividad	Alternativa si INSTI no disponible.
NNRTI	Ineficaces en VIH-2	No usar.
Salvamento (MVC, LEN, IBA)	Limitada / in vitro	Casos complejos multi-resistentes.

Caso clínico

- Se indico **BIC/FTC/TAF** como tratamiento.
- Paciente inicialmente accede pero **decide no continuar** tratamiento por temor a efectos adversos del mismo.



Seguimiento

- Cinética viral pre y post tratamiento variable (DESAFÍO)
- Monitorización CV: hoy día puesta a punto de PCR real time (cuali/cuanti) con posibilidad de cuantificar la misma.
- Si no disponible CV control de la efectividad del tratamiento mediante medición de LTCD4
- **Fallo virológico:** supresión virológica menos frecuente y más difícil de alcanzar, no existe kit comercial para realizar test de resistencia.

Situaciones especiales

Simplificación: No existen datos sobre el uso de DTG/3TC o DRV/3TC, como simplificación de tratamiento en VIH-2, pero parece razonable suponer que funcionaría de manera similar que en la infección por VIH-1.

PrEP: Datos escasos.
Considerar que casi la mitad de los portadores de VIH-2 pueden presentar CV indetectable al diagnóstico.

Embarazo: La transmisión vertical del VIH-2 está bien demostrada, aunque ocurre con menor frecuencia que en madres con VIH-1.
Todas las gestantes con VIH-2 deben recibir terapia antirretroviral antes del parto.

Coinfección VIH1 y 2

Cuando sospechar coinfección:

Pacientes con infección por VIH1 confirmada bajo TARV (ej. INNRT) que progresan.

Inmunidad cruzada:

La infección inicial por VIH-2 no parece proteger contra la posterior adquisición del VIH-1.

Progresión en co-infección

Esbjörnsson, et al.: Las personas con VIH-1 y VIH-2 presentan una progresión más lenta de la enfermedad en comparación con quienes solo tienen VIH-1, y el mayor beneficio se produce cuando la infección por VIH-2 precede a la infección por VIH-1.

Tratamiento co-infección:

El tratamiento preferido para personas con infección dual por VIH-1 y VIH-2 es 2 INTI + un INSTI

Aprendizajes

- Desafío diagnóstico en variedad de situaciones
- No es exclusivo de África occidental, aunque la mayor parte de los casos están allí, hay que incluirlo en el diagnóstico diferencial, aún más si hay antecedentes epidemiológicos.
- Las pruebas rápidas y ELISA 4^a gen no diferencian VIH-1 de VIH-2, y la carga viral puede ser indetectable sin tratamiento.
- Confirmar requiere estrategia: siempre seguir el paso ELISA → WB combinado → WB específico o PCR para VIH-2, y al mismo tiempo descartar VIH-1.

Aprendizajes

- Baja replicación no significa bajo riesgo, aunque progrese lentamente, todos los pacientes con VIH-2 deben recibir TARV.
- No todos los fármacos funcionan: intrínsecamente resistente a INNTR.
- La PCR cuantitativa para VIH-2 no siempre está disponible, por lo que en muchos casos hay que guiarse por el recuento de CD4.
- Coinfección complica el manejo: si hay VIH-1 y VIH-2 juntos, hay que usar un esquema que cubra ambos desde el inicio.



Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas, 2025.