EDITORIAL / *EDITORIAL*

VIH-2: O Vírus negligenciado



/ Prof. Francisco Antunes
Especialista em Doenças Infecciosas e Medicina Tropical
Instituto de Saúde Ambiental
Faculdade de Medicina de Lisboa

Em 1985, quatro anos depois de ser identificada a sida como entidade clínica distinta (1981), associada a HTLV-III, mais tarde designado por VIH-1, uma equipa liderada por Max Essex, veterinário da Harvard School Public Health, reconheceu, numa população de prostitutas senegalesas saudáveis (África Ocidental), a presença de anticorpos com reacção cruzada com o vírus de um macaco da África Ocidental [simian T-lymphotropic virus type III ($STLV\text{-}III_{AGM}$), do African Green Monkey].

Os resultados dos estudos de reactividade com antigénios de HTLV-III e de STLV-III sugeriam que aquelas senegalesas tinham sido expostas a um vírus mais próximo de STLV-III do que de HTLV-III. Até então, nesta região da África Ocidental, não tinha sido identificado nenhum caso de sida ou de doença relacionada com sida, contrariamente ao que se vinha a verificar em certos países da África Central, onde a sida teria tido a sua origem e onde VIH-1 circularia desde 1970. Um ano mais tarde, em 1986, Luc Montagnier, da Unité d'Oncologie Virale, do Instituto Pasteur, de Paris [em 1983, isolara um retrovírus de um doente com linfadenopatias, que designou de lymphadenopathy virus (LAV), com as mesmas características de HTLV-III], e um grupo de trabalho, no qual se incluíam José Luís Champalimaud e Maria Odette Santos Ferreira, identificaram, de dois doentes da África Ocidental, um vírus distinto do agente etiológico da sida (LAV/HTLV-III/VIH-1), na altura designado por LAV-II. Um dos doentes era natural da Guiné-Bissau e estava internado no Hospital de Egas Moniz, com contagem de linfócitos $TCD4^+$ de 85 céls/µL e com um quadro clínico sugestivo de sida, mas com a serologia para LAV repetidamente negativa, e o outro doente, de Cabo Verde, era seguido desde 1983, no Hôpital Claude Bernard, em Paris, com contagem de linfócitos $TCD4^+$ de 100 céls/µL e com sida, de acordo com os critérios do Centers for Disease Control, todavia desde então, sempre com serologia para LAV negativa.



Este vírus era idêntico a um vírus identificado, pelo mesmo grupo de Max Essex, em três senegaleses saudáveis, com a designação de HTLV-IV, com anticorpos com reacção cruzada, também, para STLV-III_{AGM}, já observada anteriormente, em 1985. Tal como acontecera para VIH-1, em 1983 e 1984, com o vírus isolado por Luc Montagnier, denominado de LAV e por Roberto Gallo intitulado HTLV-III, agora em 1986, os isolados do grupo francês e do grupo americano foram analisados em conjunto. O soro de um dos senegaleses reagiu com dois antigénios major de LAV-II, indicando que HTLV-IV e LAV-II poderiam ter uma relação muito próxima, no entanto, na altura, HTLV-IV não parecia associada à sida. Na realidade, LAV-II e HTLV-IV eram um e único vírus, mais tarde designado por VIH-2.

Se bem que VIH-1 seja responsável pela maioria dos casos da pandemia de sida, a infecção por VIH-2 é uma importante causa de doença, particularmente em países da África Ocidental (Guiné-Bissau, Gâmbia, Senegal, Cabo Verde, Costa do Marfim, Gana, Mali, Serra Leoa e Nigéria). A infecção por VIH-2 com o seu epicentro na África Ocidental, propagou-se para outras regiões de África, para a Europa, Índia, Brasil e Estados Unidos da América. Na Europa é encontrada, principalmente, naqueles países com ligações históricas com a África Ocidental, em particular Portugal e França. Em Portugal, até Dezembro de 2012, o número total de casos registados de VIH-2 foi de 1.436, estando estável, nos últimos 10 anos, com 52 casos/ano, em média, em comparação por exemplo com Espanha, com 297 casos e uma média de 20/ano.

Para além dos países endémicos de VIH-2, na África Ocidental, Portugal é dos países que regista uma das maiores incidências no Mundo e, em particular, na Europa, a par com a França e superior à da Espanha.

Vários estudos comparativos, entre VIH-1 e VIH-2, permitiram demonstrar que este tem menor infecciosidade, viremia mais baixa (menor risco de transmissão sexual e vertical), maior período assintomático (no entretanto, se o doente não for tratado e os seus $TCD4^+$ diminuírem, a evolução clínica para a sida e morte, é semelhante à de VIH-1).

Para além de outros aspectos, ainda mal esclarecidos, do ponto de vista clínico torna-se premente desenvolver um teste comercial quantitativo para a determinação da sua carga vírica, por forma a facilitar a monitorização da terapêutica e são necessários estudos randomizados, comparando as diferentes opções terapêuticas para os doentes com infecção por VIH-2.

O papel que Portugal teve na descoberta de VIH-2 e a recente conferência internacional "VIH-2: o vírus esquecido", encerrando o programa da campanha "VIH/sida em Portugal: reflectir e agir", organizada pelo Programa Nacional para a Infecção VIH/sida, com a colaboração do Instituto de Medicina Molecular, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, e envolvendo a participação de quase todos aqueles que, durante cerca de 30 anos, têm dado o seu contributo para os avanços no seu conhecimento, são reveladores da importância que este vírus tem para o País.

No entretanto, na vizinha Espanha, em 11 de Dezembro de 2013, teve lugar a reunião do Grupo Español del VIH-2/HTLV, fundado há 25 anos e que tem dado uma contribuição relevante para o conhecimento da infecção por VIH-2, proporcionalmente superior ao de Portugal, tendo em conta a maior prevalência (cerca de 10 vezes mais) e incidência (cerca de 3 vezes mais) encontradas no nosso País, em comparação com os nossos vizinhos espanhóis. Dado o número relevante de infectados por VIH-2 e não nos faltando massa crítica, o que nos falha para criar, em Portugal, um Grupo Português de Estudo da Infecção por VIH-2, à escala nacional, envolvendo centros clínicos e de investigação, por forma a desempenharmos um papel mais relevante na luta contra a sida, relacionada com este vírus negligenciado?