

3. Laassri M, Lottenbach K, Belshe R, Rennels M, Plotkin S, Chumakov K. Analysis of reversion in the 5'-untranslated region of attenuated poliovirus after sequential administration of inactivated and oral poliovirus vaccines. *J Infect Dis*. 2006;193:1344-9.
4. Heymann DL, Aylward RB. The polio eradication endgame. As polio eradication nears realization, such real-world vaccination strategies could hold lessons for the future in AIDS vaccine development. *IAVI Rep*. 2006;10:13-7.
5. Kreeftenberg H, van der Velden T, Kersten G, van der Heuvel N, de Bruijn M. Technology transfer of Sabin-IPV to new developing country markets. *Biologicals*. 2006;34:155-8.
6. Agol VI. Vaccine-derived polioviruses. *Biologicals* 2006; 34: 103-8.
7. Martin J. Vaccine-derived poliovirus from long term excretors and the end game of polio eradication. *Biologicals*. 2006;34: 117-22.
8. Performance of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and incidence of poliomyelitis 2004-2005. (Data received in WHO headquarters as of 7 March 2006). *Wkly Epidemiol Rec*. 2006;81: 114-5.
9. Aylward RB, Maher C. Interrupting poliovirus transmission - new solutions to an old problem. *Biologicals*. 2006;34:133-9.

doi:10.2223/JPED.1574

Lucia Ferro Bricks

Professora Doutora, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Membro, Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações, Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, São Paulo, SP. lfbriicks@gmail.com

Conflitos de interesse: nenhum para este texto. Já participou como investigadora de estudos multicêntricos sobre vacinas financiados pelos laboratórios Whyeth e Merck Sharp Dohme e recebeu *grants* por palestras sobre imunizações em congressos e jornadas científicas patrocinadas pelos laboratórios Whyeth, Merck, Sanofi-pasteur e GSK.

Efetividade da terapia dupla e tríplice contra o HIV

Prezado Editor,

Gostaria de tecer algumas considerações e comentários sobre o artigo original de Romanelli et al.¹ e sobre o editorial de Oleske².

Primeiramente, torna-se mandatário destacar o grande valor do estudo de Romanelli¹ no sentido de fornecer informações importantes para o manejo da infecção pelo HIV/AIDS em crianças. Este e outros estudos respaldam a mudança de conduta nos guias de tratamento de infecção pelo HIV em crianças ao longo dos últimos anos. Conduta esta que passou por fases de indicação formal de terapia dupla inicial, de fase seguinte de restrição de indicação de terapia dupla (casos leves) até a fase atual com indicação formal de terapia tripla inicial.

Em relação ao editorial de Oleske², torna-se necessário adicionar alguns esclarecimentos e comentários. No final do primeiro parágrafo, Oleske afirma que a patogênese da infecção pelo HIV e que os princípios gerais do tratamento são os mesmos para adultos, adolescentes, crianças e bebês.

Contudo, já está muito bem definido que a dinâmica viral e a imunopatogênese da infecção pelo HIV em adultos e crianças apresentam diferenças significativas, sendo que algumas delas ainda precisam ser elucidadas^{3,4}. Podemos, ainda, acrescentar que é exatamente a diferença na dinâmica viral e patogênese da infecção pelo HIV em crianças que norteia as indicações diferentes dos guias de terapia anti-retroviral em crianças e adultos, principalmente em relação aos parâmetros para início de tratamento, parâmetros de sucesso e falha terapêutica e características peculiares da reconstituição imunológica em crianças^{5,6}.

No segundo parágrafo, Oleske afirma que a progressão mais rápida da doença em crianças é consequência da farmacocinética das múltiplas drogas usadas no tratamento do HIV. Sabemos que, quando falamos em progressão da infecção pelo HIV, geralmente estamos descrevendo aspectos da história natural da infecção, que, para ser natural, requer ausência de terapia anti-retroviral. Não cabe, desse modo, esse tipo de inferência ou relação casual. Também senti falta, no texto, de referência à escassez de estudos de farmacocinética em crianças, principalmente nos primeiros 6 meses de vida. Os estudos existentes geralmente apresentam casuística muito pequena e de faixa etária variada^{7,8}.

Finalmente, gostaria de lembrar aos pediatras e infectologistas que assistem crianças com infecção pelo HIV/AIDS que o manejo da infecção pelo HIV em crianças no Brasil deve ser norteado pelo Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças, elaborado e distribuído pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. Esse documento é atualizado periodicamente, e sua versão 2006 já está disponível no *site* do Programa (www.aids.gov.br).

Referências

1. Romanelli RM, Pinto JA, Melo LJ, Vasconcelos MA, Pereira Rde M. Effectiveness of dual and triple antiretroviral therapy in the treatment of HIV-infected children. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82: 260-5.
2. Oleske JM. When should we treat children with HIV? *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:243-5.
3. Tiemessen CT, Kuhn L. Immune pathogenesis of pediatric HIV-1 infection. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2006;3:13-9.
4. Chakraborty R. HIV-1 infection in children: a clinical and immunologic overview. *Curr HIV Res*. 2005;3:31-41.
5. Resino S, Seoane E, Gutierrez MD, Leon JA, Munoz-Fernandez MA. CD4(+) T-cell immunodeficiency is more dependent on immune activation than viral load in HIV-infected children on highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;42:269-76.
6. Zanchetta M, Walker S, Burighel N, Bellanova D, Rampon O, Giaquinto C, et al. Long-term decay of the HIV-1 reservoir in HIV-1-infected children treated with highly active antiretroviral therapy. *J Infect Dis*. 2006;193:1718-27. Epub 2006 May 10.
7. Fraaij PL, van Kampen JJ, Burger DM, de Groot R. Pharmacokinetics of antiretroviral therapy in HIV-1-infected children. *Clin Pharmacokinet*. 2005;44:935-56.
8. King JR, Kimberlin DW, Aldrovandi GM, Acosta EP. Antiretroviral pharmacokinetics in the paediatric population: a review. *Clin Pharmacokinet*. 2002;4:1115-33.

doi:10.2223/JPED.1575

Edvaldo Souza

Mestre, médico, professor e pesquisador, Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE. Membro, Comitê Assessor para Terapia Anti-Retroviral em Crianças Infectadas pelo HIV, Programa Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde, Brasil. essouza@terra.com.br, edsouza@imip.org.br