



## 1457 - PREDICCIÓN DE ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON DOBLE INFECCIÓN VÍRICA (VIH+VHC)

J. Fernández Soto<sup>1</sup>, E. Bonet Estruch<sup>2</sup>, A. Camacho Carrasco<sup>1</sup>, M. Ruza Sarrasín<sup>3</sup>, M.Á. Castaño López<sup>2</sup>, J.C. Alarcón García<sup>1</sup>, E.N. Gutiérrez Cortizo<sup>1</sup> y M.J. Romero Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Lípidos y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna; <sup>2</sup>Unidad de Lípidos y Riesgo Vascular. Servicio de Análisis Clínicos; <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital Infanta Elena. Huelva.

### Resumen

**Objetivos:** La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y/o virus de la hepatitis C (VHC) se ha descrito como factor de riesgo cardiovascular independiente. La destrucción de los linfocitos CD4 representa el evento más característico de la infección VIH, condicionando una inversión del cociente CD4/CD8. Dicho cociente es un predictor independiente de SIDA y de eventos no SIDA, como cardiopatía isquémica, o ictus. Nuestro objetivo es determinar una fórmula predictiva que estime la presencia de ateromatosis subclínica en pacientes coinfectados con VIH-VHC, sin evento cardiovascular previo.

**Métodos:** Se ha seleccionado una muestra de pacientes con diagnóstico de coinfección por VIH-VHC, con una edad entre los 18 y 66 años, sin eventos cardiovasculares previos. Se ha valorado el resultado del cociente CD4/CD8 de cada uno de ellos. A todos los sujetos se les ha realizado un estudio ecográfico vascular de los territorios carotídeo y femoral, y se ha valorado la presencia y localización de placas ateromatosas.

**Resultados:** Se han analizado 52 pacientes, coinfectados por VIH-VHC, 10 hombres y 42 mujeres. La mediana de edad fue de 54 años. Tras convertir el resultado CD4/CD8 como variable dicotómica con un punto de corte en 0,74 (valor escogido tras estudio preliminar con curvas ROC), se realiza una regresión logística multivariante teniendo en cuenta también el colesterol-LDL y el tabaquismo (OR tabaco 7,538; OR LDL 1,026 y OR CD4/CD8 0,313). Dicha fórmula tiene un área bajo la curva de 0,89 (0,78-0,96), el punto de corte óptimo es 0,66 (sensibilidad 0,80, especificidad 0,86) y se realiza el test Hosmer-Lemeshow para valorar la correcta clasificación de los casos, obteniendo que el 80% de los casos están bien clasificados.

**Conclusiones:** La fórmula hallada, que tiene en cuenta el cociente CD4/CD8, hábito tabáquico y colesterol-LDL, puede predecir la presencia de ateromatosis en este grupo de pacientes, ayudando así en el diagnóstico temprano y el consecuente tratamiento preventivo.

### Bibliografía

1. Bermúdez-López M, et al. Subclinical atheromatosis localization and burden in a low- to moderate cardiovascular risk population: the ILERVAS study. Rev Esp Cardiol. 2020.

2. Bruno G, et al. The revival of an “old” marker: CD4/CD8 Ratio. *AIDS Rev.* 2017;19:81-8.
3. Morell B, et al. The CD4/CD8 Ratio is Inversely Associated with Carotid Intima-Media Thickness Progression in Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients on Antiretroviral Treatment. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2016;32(7):648-53.