



## A-82. - RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH: ¿HA CAMBIADO LA SITUACIÓN CON LOS NUEVOS TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES?

S. Araújo Fernández<sup>1</sup>, I. Machuca Sánchez<sup>2</sup>, E. Navas Elorza<sup>3</sup>, A. Moreno Zamora<sup>3</sup>, M. Pérez Elías<sup>3</sup>, J. Casado Osorio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres). <sup>3</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Valorar la prevalencia actual de resistencia a la insulina (RI) en pacientes VIH, en función del tratamiento antirretroviral, niveles de vitamina D, coinfección por VHC, y la grasa corporal/IMC, y analizar la evolución a hiperglucemia/diabetes en el seguimiento.

**Métodos:** Estudio corte-transversal de 280 pacientes VIH entre el 1 de diciembre de 2010 y el 1 de diciembre de 2011, excluyendo pacientes con diagnóstico previo de diabetes mellitus. Se definió resistencia a insulina como un valor de HOMA (Homeostasis Model Assessment) > 3,8, en función de variables demográficas, IMC, 25-OH vitamina D, CD4+ nadir, CD4 y carga viral (CV) al inicio del tratamiento, tratamiento antirretroviral, co-infección VHC, lipoacúmulo y lipoatrofia, y determinaciones de grasa en gramos y porcentaje por DXA (Dual X-ray Absorptiometry).

**Resultados:** La edad media era 43,6 años y 214 (76%) eran varones. De forma global, se observó RI en 22%, en relación con mayor edad (45,6 años vs 42,8 años,  $p = 0,01$ ;  $r = 0,15$ ) (< 40 años: 19% RI mientras que > 60 años: 30% RI), mayor IMC (25,3 vs 23,5,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,15$ ), tiempo de infección VIH (17,4 años vs 13,2 años,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,21$ ), el tiempo total de tratamiento antirretroviral (13,2 años vs 9,7 años,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,2$ ), coinfección VHC ( $p < 0,01$ ), cintura abdominal (97,5 cm vs 88,6 cm,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,23$ ), presencia y severidad de lipoacúmulo abdominal ( $p < 0,01$ ), lipoatrofia ( $p < 0,01$ ), y con grasa total del tronco ( $p < 0,02$ ), el porcentaje de grasa total (33,12% vs 27,8%,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,19$ ) y el cociente grasa tronco/grasa extremidades (Fat Mass Ratio, FMR) (1,65 vs 1,27,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,24$ ). Sin embargo, se observó RI solamente en el 3% de los 71 pacientes en primera línea de tratamiento con nuevos antirretrovirales, mientras fue del 26% en severamente pretratados. En un análisis multivariante, la resistencia a la insulina se asoció con diámetro de cintura (RR 1,08 por cm) y grasa abdominal (RR 1,09 por 1% adicional). En un seguimiento medio de 696 días (662 pacientes-año), se observó aparición de hiperglucemia > 125 mg/dl en ayunas en el 15% de los pacientes con RI previa, en comparación con 1% si no presentaban RI ( $p < 0,01$ ).

**Discusión:** La prevalencia de RI en nuestro medio es del 22%, pero claramente relacionada con pacientes con historia prolongada de infección VIH, siendo inusual en pacientes que han iniciado recientemente tratamiento. Sin embargo, en un análisis detallado incluyendo grasa abdominal por

DXA, VHC, vitamina D e historia de tratamiento, la RI se asocia principalmente al acúmulo de grasa abdominal/obesidad troncular, y no al tratamiento antirretroviral o al VIH per se.

*Conclusiones:* Podemos concluir que la prevalencia actual de RI en pacientes VIH parece ser menor que lo previamente comunicado, y se asocia principalmente al acúmulo de grasa abdominal, sin relación con déficit de vitamina D o coinfección por VHC. El 15% de pacientes con resistencia a la insulina desarrollaron hiperglucemia tras el periodo de seguimiento.