Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):244

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-184. - MONOTERAPIA Y HUESO EN PACIENTES VIH

V. Sotorrío Simó[1], P. Conde Baena[1], A. Fernández Miralbell[1], J. Fernández Muñoz[1], J. Serrano Martínez[1], C. Hidalgo Tenorio[2], J. Jiménez Alonso[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Objetivos: Objetivo principal: comparar la influencia sobre la mineralización ósea, medida en el tiempo, de dos regímenes de tratamiento antirretroviral: monoterapia frente a triple terapia (incluyendo ésta dos análogos de nucleósidos, siendo uno de ellos tenofovir (TDF)). Objetivos secundarios: analizar el control de la enfermedad (entendido como carga viral indetectable), estado inmunológico, duración del tratamiento y efectos adversos comparando pacientes en monoterapia frente a triple terapia.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo en el que se han incluido pacientes VIH positivos, procedentes de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Virgen de las Nieves; estableciendo dos grupos de pacientes, en función del régimen de tratamiento que siguieran: monoterapia o triple terapia. Éste consta de dos fases: visita basal y visita a los 18 meses (pendiente de realizar); en ambas se solicita DEXA ósea y se analizan variables epidemiológicas, factores de riesgo para osteoporosis, estado inmunológico, regímenes y tiempos de tratamiento.

Resultados: Se analizaron 123 pacientes VIH, con una media de 43 (± 10) años; de los factores clásicamente asociados a osteoporosis destacaba que un 25% eran co-infectados VIH-VHC, y más de la mitad (52,8%) eran fumadores. Respecto al estado inmunológico, en estadio SIDA se encontraba el 39,6% de los pacientes, con una media de CD4 nadir de 267,7 (± 181,1) céls/mL, y el tiempo medio desde que habían sido diagnosticados de VIH fue de 8 años. El 38,2% estaba en tratamiento en monoterapia con IPs (DRVr o LPVr) desde hacía 35,5 meses de mediana. En el grupo de pacientes en régimen de triple terapia, el 17,1% tomaba un IP como tercer antirretroviral, y un 48% tomaban TDF con una mediana de 36 meses. En cuanto a los tratamientos previos, el 35,8% había estado en tratamiento con un IP y el 66,7% con TDF en algún momento. En la visita basal, el 58,5% de todos los pacientes analizados tenían osteopenia lumbar, y el 42,3% a nivel femoral, siendo el porcentaje de osteoporosis menor (11,4% y 8,1%, respectivamente). Al estudiar las diferencias entre monoterapia frente a triple terapia, resultó que los pacientes en monoterapia eran el grupo de mayor edad (45,8 años) ($p = 0,025$), con más prevalencia de hepatopatía crónica por VHC ($p = 0,040$), venían de tratamientos con IPs en mayor proporción ($p = 0,009$), la duración del tratamiento antiretroviral era más prolongada y el recuento de CD8 era menor ($p = 0,040$); El nivel de calcio en plasma era ligeramente superior al obtenido en pacientes en tratamiento con triple terapia ($p = 0,009$), y tenían niveles de vitamina D3 inferiores ($p = 0,040$). Por otra parte los pacientes en monoterapia tenían un valor de Z-score lumbar más bajo (-0,8) frente a -1,4 de los pacientes en triple terapia ($p = 0,022$). No resultó significativo el haber recibido tratamiento previo con TDF. Al analizar la osteopenia y/o osteoporosis con varias combinaciones de antirretrovirales, los pacientes con menor densidad mineral ósea eran aquellos que tomaban TDF en la visita basal ($p = 0,003$) y aquellos con un IP como tercer fármaco del tratamiento ($p = 0,049$).

Conclusiones: En nuestro estudio, el tener cifras mayores de CD8 y estar en la visita basal con un IP como tercer fármaco antiretroviral, en combinación con TDF, se ha asociado a un riesgo significativamente mayor de osteopenia. No obstante, para extraer resultados concluyentes, sería necesario finalizar la segunda fase del estudio, aún en marcha.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.