



## A-184. - MONOTERAPIA Y HUESO EN PACIENTES VIH

V. Sotorrío Simó<sup>1</sup>, P. Conde Baena<sup>1</sup>, A. Fernández Miralbell<sup>1</sup>, J. Fernández Muñoz<sup>1</sup>, J. Serrano Martínez<sup>1</sup>, C. Hidalgo Tenorio<sup>2</sup>, J. Jiménez Alonso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>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 ( $\pm$  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 ( $\pm$  181,1) células/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 antirretroviral 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 antirretroviral, 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.