



HIV-003 - INFECCIÓN POR VIH Y OBSTRUCCIÓN AL FLUJO AÉREO: ¿UNA COMORBILIDAD EMERGENTE?

L. Royo Trallero¹, M. Aibar Arregui², M. Crusells Canales³, A. Sebastián Ariño⁴, S. Luna García², A. Camón Pueyo² y M. García Andreu¹

¹Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ²Medicina Interna, ³Enfermedades Infecciosas, ⁴Neumología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Estudiar la existencia de obstrucción al flujo aéreo en pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de nuevo diagnóstico (Naïve) que inician tratamiento antirretroviral (TAR) y su correlación con su situación inmunoviológica.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes VIH naïve de Consultas Externas del Servicio de Enfermedades Infecciosas del HCU Lozano Blesa de Zaragoza desde diciembre 2013 hasta mayo de 2016. Se revisaron aspectos epidemiológicos, clínicos (situación inmunoviológica, marcadores analíticos inflamatorios, comorbilidades, sintomatología respiratoria), espirometría con prueba broncodilatadora y fracción de excreción de óxido nítrico (FeNO) previamente a iniciar TAR y tras un periodo de 24-48 semanas tras su inicio. Se excluyeron pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma y otras patologías pulmonares, infección respiratoria en los últimos 3 meses, tratamiento con inmunomoduladores y enfermedad crónica sistémica.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, 76% varones; mediana 35 años. Un 56% eran no fumadores. Respecto al mecanismo de transmisión, la vía sexual supuso el 64%, siendo la transmisión homosexual (HSH) un 58%. El 10,5% de los pacientes desconocían tipo de contagio. Acerca de su situación inmunoviológica, un 50% de sujetos mantuvo linfocitos TCD4/mm³ próximos a 500 cels/mm³ y un 10% por debajo de 200 cels/mm³. Ningún paciente presentó datos de obstrucción crónica al flujo aéreo. La prueba broncodilatadora fue positiva en el 88% de los pacientes, inclusive tras inicio de TAR. Se observó empeoramiento de los parámetros de FEV1, PEF y FEF75 si la carga viral era detectable tras inicio de TAR. No se demostró variación significativa en el FeNO. En pacientes con linfocitos TCD4 inferiores a 200 cels/mm³ en ambas visitas y aquellos con niveles inferiores a 500 cels/mm³ tras inicio de TAR, hubo un empeoramiento de los volúmenes pulmonares (FEV1, cociente FEV1/FVC, PEF, FEF 75, FEF 50, FEF25, FEF25/75). En los pacientes con linfocitos TCD4 superiores a 500 cels/mm³, el cociente FEV1/FVC y resto de parámetros se mantuvieron estacionarios

Discusión: En el paciente VIH la incidencia de infecciones oportunistas ha disminuido a favor de patologías no infecciosas asociadas al envejecimiento gracias a la eficacia del TAR, siendo la EPOC un ejemplo. En ambas patologías, existe un estado inflamatorio persistente, estrés oxidativo y alteraciones celulares inflamatorias responsables de múltiples manifestaciones clínicas. Sería

interesante entender la influencia del virus “per se” y el TAR en el desarrollo de obstrucción al flujo aéreo. En nuestro estudio, es llamativa la presencia de hiperreactividad bronquial reflejada por la prueba broncodilatadora en casi 9 de cada 10 pacientes estudiados, persistente tras inicio de TAR. En los pacientes con peor control inmunoviroológico (TCD4 inferiores 200 cels/mm³ y carga viral detectable) existe un empeoramiento de la función pulmonar.

Conclusiones: 1. El paciente VIH Naïve actual es un paciente joven, no fumador, de contagio por vía sexual. 2. Un gran porcentaje de pacientes VIH presenta hiperreactividad bronquial medida con prueba broncodilatadora antes y tras TAR. 3. Hubo empeoramiento de la función pulmonar en pacientes con peor control inmunoviroológico, ejemplo de la situación pro inflamatoria viral. 4. Son necesarios mayor número de estudios prospectivos de función pulmonar en pacientes VIH.