



HIV-017 - UN PEOR PERFIL INMUNOVIROLÓGICO EN PACIENTES CON VIH NAÏVE PARA TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SE ASOCIA CON DÉFICIT DE 25-HIDROXIVITAMINA D3

J. Pagán Escribano¹, M. Martín Cascón¹, M. Hernández Vidal¹, J. Lozano Herrero¹, A. Pinos Blanco¹, M. Pagán Escribano³, C. Robledano² y F. Gutiérrez Rodero²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. ³Servicio de Psicología Aplicada. Universidad de Murcia. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas y Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante).

Resumen

Objetivos: Estudiar los niveles de 25 hidroxivitamina D3 (VitD) en una población de pacientes VIH positivos naïves para tratamiento antirretroviral (TAR) y su relación con el perfil inmunoviroológico de los pacientes: número de linfocitos CD4+ (CD4+), estadio de la infección por el VIH según la clasificación propuesta por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la carga viral.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, de una cohorte prospectiva. Se seleccionaron 336 pacientes infectados por el VIH y que eran naïves para TAR, de la Cohorte de la Red de Investigación de Sida (CoRIS), en seguimiento en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario de Elche. Criterios de inclusión: edad > 18 años, VIH positivo, una determinación de niveles de VitD. Criterios de exclusión: con TAR en el momento de la determinación de VitD o que hubieran recibido TAR en el pasado, tratamiento con suplementos de vitamina D o multivitamínicos, enfermedad renal crónica y/o alteración de los niveles de creatinina sérica. La carga viral se expresa como logaritmo de carga viral (log_cv). Las variables fueron analizadas con el programa estadístico SPSS-20 Statistics® v.20.

Resultados: Se analizaron un total de 178 pacientes con VIH naïves para TAR. Un 83,7% eran hombres. Edad media (DE) 37,17 años (10,02). Niveles de VitD: 73,6% VitD < 30 ng/ml, 38,8% VitD < 20 ng/ml y 7,3% VitD < 10 ng/ml. El 46,6% se encontraban en un estadio A1, un 32% estadio A2, un 9% estadio A3, un 2,8% estadio B1, un 3,4% estadio B2 y un 1,1% estadio B3. El 5,1% cumplía criterios definitorios de SIDA. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas para valores de vitD < 30 ng/ml y vitD < 20 ng/ml en relación con el estadio de la infección por el VIH. El diagnóstico de SIDA se relacionó con niveles de VitD < 10 ng/ml (p < 0,05). Los pacientes con VitD < 10 ng/ml presentaron un menor número de CD4+ (228,6-391,7; p < 0,01) (IC95% 47,4-78,8) y una mayor carga viral (5,2-4,6; p < 0,05). En el análisis multivariante un recuento de CD4+ < 200/ml se asoció de manera independiente con niveles de 25(OH)D3 < 30 ng/ml y niveles de 25(OH)D3 < 20 ng/ml (OR 3,11, IC95% 1,09-8,92; p < 0,05), y una mayor carga viral con niveles de 25(OH)D3 < 10 ng/ml (OR 2,81, IC95% 1,01-7,8; p < 0,05).

Discusión: La VitD juega un papel importante como modulador del sistema inmune. Existen estudios que relacionan la infección por el VIH con niveles bajos de VitD, y una posible conexión entre los niveles de 25(OH)D3 y el recuento de CD4+. Su déficit se ha relacionado con estadios más avanzados de la enfermedad, un menor número de CD4+ y una mayor carga viral. En nuestro trabajo, como en la literatura, encontramos una relación entre el déficit de VitD con estadios más avanzados de la enfermedad, un menor recuento de CD4+ y una mayor carga viral. Destacar que ninguno de nuestros pacientes había recibido TAR, sin influencia de este sobre las cifras de CD4+, ni los niveles de VitD. La principal limitación fue el tamaño muestral.

Conclusiones: En nuestro trabajo, un menor recuento de CD4+ y una mayor carga viral se asociaron con niveles de VitD por debajo de los valores de la normalidad, sin existir influencia del TAR. Factores como el nivel de CD4+ < 200/ml podrían ayudar a identificar a aquellos sujetos en riesgo de presentar déficit de VitD.