



## I/H-017 - VIH Y EPOC: ¿REALIDAD O COINCIDENCIA?

L. Royo Trallero<sup>1</sup>, S. Luna García<sup>1</sup>, M. Aibar Arregui<sup>1</sup>, M. Crusells Canales<sup>2</sup>, A. Sebastián Ariño<sup>3</sup>, C. Colás Sanz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. <sup>3</sup>Servicio de Neumología. <sup>4</sup>Alergia. 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) y su posible relación con marcadores de inflamación.

**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 la actualidad. 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). 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 incluyen 21 pacientes, 71,4% varones; edad media 35 años. Un 57,14% eran no fumadores. Respecto al mecanismo de transmisión, en el 52% (n = 11) de pacientes es desconocido, por vía sexual es del 43% (n = 9) y un 4,76% (n = 1) por uso de drogas vía intravenosa. Acerca de su situación inmunitaria, un 19,05% (n = 4) presentó cifras de linfocitos CD4/mm<sup>3</sup> nadir inferiores a 200 y un 52,38% superiores a 500, con mediana de carga viral 3,51 × 10<sup>4</sup> (4). Ningún paciente tenía enfermedad cardiovascular, renal u ósea. Respecto a los marcadores inflamatorios analíticos, destacó un 33% de pacientes (n = 7) con VSG > 20 mm sin alteraciones en el resto de parámetros inflamatorios como proteína C reactiva y ferritina. Hubo 4 pacientes con niveles de FeNO altos sin correlación con alteraciones espirométricas. La presencia de FEV1/FVC < 70% estuvo presente en 2 pacientes, siendo uno de ellos no fumador, ambos con cifras de TCD4 inferiores a 500. No hubo positividad en ninguna prueba broncodilatadora. Un 47,6% de pacientes tenían el parámetro MMEF 25/75 por debajo de la normalidad, principalmente fumadores (n = 7), aunque un 14,28% eran no fumadores.

**Discusión:** En el paciente VIH la incidencia de infecciones oportunistas ha disminuido en favor de patologías no infecciosas asociadas al envejecimiento de la población gracias a la eficacia del TAR, convirtiéndose la EPOC en una de sus principales comorbilidades. En ambas patologías, hay un estado inflamatorio persistente, estrés oxidativo y alteraciones celulares inflamatorias responsables de múltiples manifestaciones clínicas por lo que sería interesante entender la influencia del virus "per se" y el TAR en el desarrollo de obstrucción al flujo aéreo. En nuestro estudio, no hemos podido

demostrar correlación entre obstrucción al flujo aéreo espirométrica, FeNo e inflamación sistémica aunque probablemente se deba al reducido tamaño muestral. La presencia de obstrucción al flujo aéreo en vía aérea de pequeño calibre (MMEF 25/75) en pacientes no fumadores y un cociente FEV1/FVC < 70% no reversible en 2 pacientes con cifras de TCD4 < 500 sugiere cierta relación entre situación inmunoviológica y lesión en la vía aérea.

*Conclusiones:* 1. El paciente VIH naïve actual es un paciente joven, no fumador, de contagio por vía sexual, muy distinto al de hace dos décadas. 2. Es probable que la situación de inmunodepresión provocada por el virus del VIH juegue un papel por sí misma en el desarrollo de obstrucción al flujo aéreo, aunque son necesarios mayor número de estudios con mayor tamaño muestral para poder establecer conclusiones al respecto.