



<https://www.revclinesp.es>

1399 - PRESENCIA DE ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON DOBLE INFECCIÓN VÍRICA (VIH+VHC)

J. Fernández Soto¹, **E. Mansilla Rodríguez**¹, **M. Ruza Sarrasín**², **E.N. Gutiérrez Cortizo**¹, **A. Camacho Carrasco**¹ y **M.J. Romero Jiménez**¹

¹Unidad de Lípidos y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Radiología. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Resumen

Objetivos: La presencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y/o virus de la hepatitis C (VHC) se ha descrito como factor de riesgo cardiovascular independiente. El objetivo de este trabajo es valorar la presencia de ateromatosis subclínica en pacientes coinfectados con VIH y VHC.

Métodos: Seleccionamos una muestra de pacientes con diagnóstico de coinfección por VIH y VHC, en seguimiento en nuestra consulta de Enfermedades Infecciosas del Hospital Infanta Elena de Huelva, con una edad comprendida entre los 18 y 66 años, y que no hubieran sufrido eventos cardiovasculares previos. Se valoró la existencia de factores de riesgo clásicos (hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, tabaquismo y antecedentes familiares de evento cardiovascular). A todos ellos se les realizó un estudio ecográfico vascular, de los territorios carotídeo y femoral, y se valoró la presencia de placas y su localización.

Resultados: Se analizaron 52 pacientes, 10 hombres y 42 mujeres. La mediana de edad fue de 54 años. El 44,2% era hipertenso, el 19,2% diabético y el 36,5% tenía dislipemia. El 67,3% era fumador y el 3,8% tenía antecedentes familiares de evento cardiovascular. Encontramos presencia de ateromatosis subclínica en el 71,2% de los pacientes. El 51,9% presentaba ateromatosis en territorio carotídeo y el 50%, en femoral. El factor diferenciador entre los dos grupos, más cercano a la significación estadística, fue el tabaquismo, que estaba presente en el 75,7% de los pacientes con placa, frente al 46,7% en el grupo de pacientes sin ateromatosis ($p = 0,043$). Le seguía la dislipemia, detectada en el 43,2% de los pacientes con aterosclerosis y en el 20% de los pacientes sin placa ($p = 0,115$).

Discusión: La coinfección VIH+VHC podría suponer un factor independiente de riesgo vascular, mayor a la monoinfección por VIH. Para ello, proponemos estudiar la presencia de ateromatosis en monoinfectados VIH y valorar las diferencias entre los dos grupos. La presencia de ateromatosis femoral deber ser una exploración de rutina en el estudio de riesgo vascular.

Conclusiones: La presencia de ateromatosis subclínica en pacientes jóvenes con infección VIH y VHC es alta, alcanzando en nuestra muestra el 71,2%. En el 51,9% de los casos, la presencia de placas fue a nivel carotídeo y en un porcentaje muy parecido (50%), en territorio femoral.

Bibliografía

1. Lo J, Abbara S, Shturman L, Soni A, Wei J, Rocha-Filho JA, et al. Increased prevalence of subclinical coronary atherosclerosis detected by coronary computed tomography angiography in HIV-infected men NIH Public Access. AIDS. 2010;16(242):243-53.
2. Yuko I, Nobukazu I, Eiko TM, et al. Association Between Hepatitis C Virus Core Protein and Carotid Atherosclerosis. Circ J. 2003;67:26-30.
3. Masiá, et al. Evaluation of endothelial function and subclinical atherosclerosis in association with hepatitis C virus in HIV infected patients: a cross-sectional study. BMC Infectious Diseases. 2011;11:265.