



6031-398. RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR TRAS CONTROL DE LA INFECCIÓN EN PACIENTES VIH CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

Felipe Díez del Hoyo¹, Marta Clavero Olmos², Pablo Díez-Villanueva³, Li Xin⁴, Allan Roberto Rivera Juárez⁴, Francisco Tejerina Picado⁵, Juan Carlos López Bernaldo de Quirós⁵ y Francisco Fernández-Avilés⁴ del ¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Medicina Interna, ³Unidad Insuficiencia Cardíaca, Servicio de Cardiología, ⁴Servicio de Cardiología y ⁵Unidad Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: La miocardiopatía dilatada (MCPD) no isquémica en pacientes VIH es una entidad de etiología multifactorial (infección por VIH, drogas, fármacos...) que se cree en relación con un mal control de la infección.

Objetivos: Describir las características de la población VIH con MCPD en un hospital terciario y la evolución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en función del tratamiento antirretroviral (TARGA).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con MCPD de la cohorte de seguimiento de un hospital terciario con unidad especializada en VIH entre 1997 y 2013.

Resultados: Identificamos un total de 21 pacientes. El 80,9% eran varones, con una edad media de $38,9 \pm 16$ años y un tiempo de evolución de $12,4 \pm 7$ años desde el diagnóstico de VIH. Las características basales de la muestra vienen descritas en la tabla. Destaca la alta prevalencia de factores identificados como posiblemente cardiotóxicos: alcohol 47,6%; cocaína 38,1%; antraciclinas 9,5%; zidovudina 14,2%; estavudina 19%. Únicamente el 61,9% de los pacientes estaban en tratamiento con TARGA, de los cuales una mayoría no era cumplidora (53,8%), estando el 71,3% en estadio C3. La cifra de CD4 al diagnóstico fue de 257 ± 246 copias/ μ L y la mediana de carga viral (CV) de 7300, con solo el 31,6% de los pacientes con CV negativa. La FEVI media al diagnóstico fue de $31,4 \pm 10\%$. Se realizó coronariografía únicamente en 3 pacientes (14,3%). El 76,9% recibieron IECAS y el 38,4% betabloqueantes. Durante el seguimiento 3 pacientes (14,2%) se perdieron. De los 18 restantes, 10 (55,6%) recuperaron función ventricular en un periodo medio de 27 ± 35 meses (FEVI media $55 \pm 6\%$ p 0,001). Los CD4 eran en ese momento de 539 ± 325 cel/ μ L (p = 0,002) y la mediana de CV de 37 copias, siendo negativa en el 90%. Dicha recuperación se mantuvo a los 86 ± 71 meses. Un 50% (n = 9) de los pacientes falleció en una media de 42 ± 5 meses, 3 de ellos por insuficiencia cardíaca (33%). El seguimiento medio de los 9 pacientes no fallecidos fue de 88 ± 77 meses; todos en clase funcional I-II.



Mejoría de la FEVI tras control de la infección.

Variable	Media \pm DT/Porcentaje	Significación
Edad (años)	38,9 \pm 16	
Sexo (varón)	80,95%	
Hipertensión arterial	38%	
Dislipemia	19%	
Colesterol total	147 \pm 51 (n = 18)	
Triglicéridos	157 \pm 92 (n = 17)	
Diabetes mellitus	4,7%	
Tabaco	81%	
Cocaína	38%	
ADVP	66,5%	
Enfermedad renal crónica	38%	
Virus hepatitis C	67%	
Antraciclinas	9,5%	
No TARGA/Mal cumplimiento	71,5%	
Estadio C3	71,5%	
FEVI al diagnóstico	31 \pm 10% (n = 21)	
CD4 al diagnóstico	257 \pm 240	

FEVI tras recuperación	55 ± 5% (n = 10)	p 0,001
CD4 tras recuperación	539 ± 320 (n = 10)	p = 0,002

Conclusiones: La disfunción ventricular no isquémica en pacientes VIH es un evento raro y grave, probablemente multifactorial, con frecuencia asociado a un mal control de la infección. La intervención sobre los factores de riesgo y el VIH con TARGA se asoció en nuestra muestra a recuperación de la FEVI y mejoría del pronóstico.