

ALTERACIONES EN EL METABOLISMO OSEO EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR VIH.

Chacón R, Menéndez C, Arriola G, Villar S, Gómez Campderá JA, Gurbindo MD*, Navarro ML.

Sección de Infecciosas. *Sección de Inmunopediatría. Departamento de Pediatría. Hospital GU Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos:

Analizar los factores relacionados con la enfermedad metabólica ósea en el niño infectado por VIH.

Material y métodos:

Estudio transversal observacional de los niños con VIH seguidos en nuestro Hospital. Se estudió la densidad mineral ósea (DMO) a través de la absorciometría dual con fuentes de rayos X (DEXA) en la columna lumbar en el sector L1-L4, considerándose osteopenia valores de Z score entre -1 a -2 y osteoporosis a partir de -2. Se analizaron niveles de calcio, fósforo, 25OH vitamina D, fosfatasa alcalina, colesterol, triglicéridos, bicarbonato y ácido láctico. Se estudió retrospectivamente estadio clínico-inmunológico, tipo de tratamiento usado, duración, uso de inhibidores de proteasas (IPs) y otros factores asociados (nutrición, lipodistrofia fenotípica...)

Resultados:

Se estudiaron 37 niños, 24 niñas y 13 niños con unas edades entre 5 y 17 años (mediana: 9,4 años). La DEXA fue en 28 de los niños normal, 5 presentaron osteopenia y 4 osteoporosis. El Z score medio fue de $-0,42 \pm 1,27$. Dos niños tuvieron fracturas óseas a nivel vertebral, con un Z score de -3,1 y -2,5 respectivamente. Según el índice nutricional de McLaren, 13 niños presentaban malnutrición y 6 sobrepeso, existiendo una correlación directa entre el grado de nutrición y la densitometría, con diferencias estadísticamente significativas ($p 0,002$). No hemos encontrado relación entre la lipodistrofia (40,5% de los niños) y DMO. El fósforo presenta valores inferiores a la media en los niños con osteopenia, con diferencias estadísticas ($p 0,04$). No existen deficiencias de vitamina D (media $29,4 \pm 13,47$ ng/ml), presentando los niños con osteopenia una media de $25 \pm 10,65$ ng/ml y sin osteopenia de $32 \pm 14,85$ ng/ml, sin significación estadística. El resto de valores analizados no se relacionan con la DMO. En relación con el estadio clínico-inmunológico, los niños con osteopenia presentan CD4 de 626 cel/mm^3 y sin osteopenia de 1136 cel/mm^3 ; con diferencias estadísticamente significativas ($p 0,03$). También existen diferencias con la carga viral pero sin significación estadística. La duración del tratamiento antirretroviral fue de $75,8 \pm 23,7$ meses de media; presentando peor DMO a mayor duración de éste ($p 0,06$). Existe una Z score de $-0,64 \pm 1,3$ en los niños que usaron IPs; y de $0,35 \pm 0,6$ en los que no ($p 0,04$).

Conclusiones:

- La disminución de la densidad mineral ósea es un problema importante en el VIH infantil.
- El estado inmunológico del paciente, la duración del tratamiento, el uso de inhibidores de proteasas y la nutrición están relacionados con la densidad mineral ósea.
- Según estos resultados se deberían tener en cuenta intervenciones en el tratamiento de los niños con VIH como terapias de simplificación, interrupciones estructuradas y aportes nutricionales.