



Trabajo original

Alteraciones endocrinometabólicas en pacientes ambulatorios con infección por virus de la inmunodeficiencia humana



Mónica Lucía Drnovsek*, Gabriela Beatríz Estela Portunato, Patricia Rosa Isabel San Martín, Mónica Rosana Virga, Marcelo Losso, Javier Toibaro, Mónica Ruth Moss, Ana María Fuentes, Hilda Srabstein y Mónica Alejandra Ercolano

División Endocrinología, División Inmunocomprometidos, Hospital J.M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de marzo de 2016

Aceptado el 1 de agosto de 2016

On-line el 7 de octubre de 2016

Palabras clave:

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Virus de la inmunodeficiencia humana

Enfermedades

endocrinometabólicas

R E S U M E N

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana produce una enfermedad sistémica crónica. El tratamiento con fármacos antirretrovirales altamente activos ha modificado la evolución de estos pacientes incrementando la supervivencia. En contraposición, asociadas a su enfermedad y/o a la medicación antirretroviral, se describen múltiples enfermedades crónicas que comprometen aún más la calidad de vida de estos pacientes. Nuestro objetivo es describir las alteraciones endocrinometabólicas en nuestros pacientes ambulatorios con infección por el virus de inmunodeficiencia humana y realizar una actualización del tema.

© 2016 Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Endocrine and metabolic changes in outpatients with human immunodeficiency virus infection

A B S T R A C T

The human immunodeficiency virus causes a chronic systemic disease. Treatment with highly active antiretroviral drugs has changed the evolution of the disease, and increasing the rate of survival. However, due to the disease and/or the antiretroviral drugs, there are other multiple chronic diseases that compromise the quality of life of the patients even

Keywords:

Acquired immunodeficiency syndrome

Human immunodeficiency virus

Endocrine metabolic diseases

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monica.drnovsek@gmail.com (M.L. Drnovsek).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.raem.2016.09.002>

0326-4610/© 2016 Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

more. The aim of this study is to present endocrine and metabolic changes in outpatients with human immunodeficiency virus, and present an update of the related literature.

© 2016 Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) produce una enfermedad sistémica crónica, pudiendo afectar también el sistema endocrinometabólico.

El tratamiento con fármacos antirretrovirales ha incrementado ostensiblemente la expectativa de vida de los pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida). En muchos casos, las clásicas infecciones oportunistas han sido desplazadas por la aparición de múltiples enfermedades crónicas cuyos efectos podrían incidir negativamente en el pronóstico de vida de esta población. También, han sido descritas disfunciones endocrinas, aunque sus mecanismos fisiopatológicos no son del todo conocidos. El virus VIH, en forma directa, por destrucción del órgano afectado o en forma indirecta, a través de las modificaciones que induce en el sistema inmune, podría ser el causal de las alteraciones endocrinas.

Además, muchos de los efectos secundarios de la terapia antirretroviral de alta actividad (TARAA), repercuten afectando, principalmente, el metabolismo lipídico e hidrocarbonado.

En este estudio, de carácter descriptivo transversal, se evaluaron las alteraciones endocrinas y metabólicas en un grupo de pacientes ambulatorios con infección por VIH de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Objetivo

Descripción de las alteraciones endocrinometabólicas halladas en una población con infección por VIH.

Población

Fueron incluidos 57 pacientes con diagnóstico de VIH derivados en forma consecutiva a la División de Endocrinología en el período comprendido entre noviembre de 2005 y abril de 2008.

Métodos

Se realizaron determinaciones séricas de calcio, fósforo y creatinina por analizador de bioquímica automático Hitachi; PTH intacta por quimioluminiscencia (IMMULITE 1000) (vn: 10-69 pg/ml, coeficiente variación (CV) intra- e interensayo: 5,5 y 7,9%) y 25(OH)VD (VD) por RIA, DiaSorin (CV intra- e interensayo: 8,4 y 12,8%). Se consideraron insuficientes los niveles de VD <30 ng/ml¹.

La TSH (vn: 0,5-4,0 uUI/ml, CV intra- e interensayo: 4,5 y 5,1%), T4 total (vn: 5,0-11,5 µg/dl, CV intra- e interensayo: 4,8

y 6,1%), T4 libre (vn: 0,89-1,76 ng/dl, CV intra- e interensayo: 5,9 y 6,4%), T3 (vn: 85-175 ng/dl, CV intra- e interensayo: 7,0 y 10%) y anticuerpos antiperoxidasa (AcTPO) (vn: <35 UI/ml, CV intra- e interensayo: 6,2 y 7,1%) fueron realizados por quimioluminiscencia (IMMULITE 2000) y anticuerpo antirreceptor de TSH (TRAb) por el método radioreceptor (vn: <14,6%, CV intra- e interensayo: 6 y 10%). Se definió hipotiroidismo subclínico (S-clínico) como niveles de TSH >4,2 µUI/ml y clínico cuando se asociaba a T4 libre <0,9 ng/dl o T4 total <5 µg/dl. Hipertiroidismo por TSH menor de 0,06 µUI/ml, T4 mayores de 11,5 µg/dl y T3 mayores de 175 ng/dl. Se determinó cortisol sérico a las 8 h, por RIA (vn: 5-20 µg/dl, CV intra- e interensayo: 11,1 y 11,5%), y en seis casos se realizó test de reserva adrenal considerando prueba insuficiente a una respuesta de cortisol postestímulo con ACTH 40 U intramuscular <25 µg/dl².

Las determinaciones de PRL (v: 2,5-17,0; m: 3,0-20 ng/ml, CV intra- e interensayo: 16%), LH (v: 1,4-7,7; m fase folicular: 1,6-8,3 mUI/ml, CV intra- e interensayo: 5 y 6,2%), FSH (v: 1,5-14; m fase folicular: 3,4-10 mUI/ml, CV intra- e interensayo: 2,8 y 4,6%) y estradiol (m fase folicular: ND-84 pg/ml, CV intra- e interensayo: 9,9 y 11,8%) fueron realizadas por quimioluminiscencia (IMMULITE 1000) y la testosterona total por RIA (vn: 3-6 ng/ml, CV intra- e interensayo: 4,4 y 4,8%). Se consideró amenorrea secundaria a la ausencia de menstruación por al menos 90 días. En quienes presentaban ginecomastia se realizó mamografía.

Las mediciones de la densidad mineral ósea (DMO) de cuerpo entero, columna lumbar y cuello de fémur fueron realizadas con un equipo DPX-Lunar y los resultados fueron expresados como Z-score. Para definir osteopenia y osteoporosis fueron utilizando los criterios de la OMS³.

Las determinaciones de triglicéridos, colesterol y sus fracciones se realizaron por autoanalizador (método: colorimétrico enzimático). Niveles de triglicéridos >150 mg/dl se definieron como hipertrigliceridemia, niveles de colesterol >200 mg/dl como hipercolesterolemia. Glucemias en ayunas >100 mg/dl y <126 mg/dl se consideraron alteradas (GAA), y las >126 mg/dl indicativas de diabetes (DBT). Se realizó test de tolerancia a la glucosa oral en quienes tenían GAA o antecedentes familiares de DBT. Para el diagnóstico de insulinoresistencia se consideró el valor de corte del índice HOMA obtenido en una población sana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires⁴. Análisis estadístico: los datos se expresan como porcentual, media ± SD, y las diferencias se analizaron con el test t de Student.

Resultados

El grupo está conformado por 27 mujeres (6 posmenopáusicas) y 30 varones con edad promedio de 42,1 ± 9,8 años (rango:

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8724452>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8724452>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)