



33 - LA INFECCIÓN POR VIH SE ASOCIA CON UN FENOTIPO MENOS AGRESIVO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO BASADO EN EL REGISTRO ENEIDA

Margalida Calafat^{1,2}, Carles Súria^{3,4}, Francisco Mesonero⁵, Ruth de Francisco^{6,7}, Carmen Yagüe Caballero⁸, Luisa de la Peña⁹, Alejandro Hernández- Camba¹⁰, Ainhoa Marcè¹¹, Beatriz Gallego Llera^{12,13}, Noelia Martín-Vicente¹⁴, Montserrat Rivero^{15,16}, Marisa Iborra¹⁷, Iván Guerra^{18,19}, Marta Carrillo-Palau²⁰, Lucía Madero^{21,22}, Beatriz Burgueño²³, David Montfort²⁴, Gisela Torres²⁵, Marta Teller²⁶, Juan Ángel Ferrer Rosique²⁷, Pablo Vega Villaamil²⁸, Cristina Roig²⁹, Ángel Ponferrada³⁰, Elena Betoré Glaría³¹, Yamile Zabana^{2,32}, Javier P. Gisbert^{2,33,34,35}, David Busquets³⁶, Noelia Alcaide³⁷, Blau Camps³⁸, Jesús Legido³⁹, María González Vivo⁴⁰, Marta Maia Bosca-Watts^{41,42}, Isabel Pérez-Martínez^{6,7}, Diego Casas Deza^{8,43}, Jordi Guardiola⁹, Laura Arranz Hernández¹⁰, Mercè Navarro-Llavat¹¹, Fernando Gomollón^{2,12,13}, Fiorella Cañete^{1,2}, Míriam Mañosa^{1,2} y Eugeni Domènech^{1,2}, en representación de GETECCU⁴⁴

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²CIBERehd. ³Hospital Clínic Universitari de València.

⁴Universidad de València. ⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁶Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁷Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo. ⁸Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁹Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife. ¹¹Hospital Moisés Broggi, Barcelona. ¹²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹³Instituto de Investigación Sanitaria, IIS Aragón, Zaragoza. ¹⁴Hospital Universitario de Galdakao. ¹⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ¹⁶Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla IDIVAL, Santander. ¹⁷Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València. ¹⁸Hospital Universitario de Fuenlabrada. ¹⁹IdiPAZ, Madrid. ²⁰Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ²¹Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ²²ISABIAL, Alicante. ²³Hospital Río Hortega, Valladolid. ²⁴Consorci Sanitari de Terrassa. ²⁵Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ²⁶Fundació Althaia de Manresa. ²⁷Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. ²⁸Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ²⁹Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ³⁰Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ³¹Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ³²Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ³³Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ³⁴IIS Princesa, Madrid. ³⁵Universidad Autónoma de Madrid. ³⁶Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona. ³⁷Hospital Clínico de Valladolid. ³⁸Hospital de Granollers. ³⁹Complejo Asistencial de Segovia. ⁴⁰Hospital Parc de Salut Mar, Barcelona. ⁴¹Hospital Clinic Universitari de València. ⁴²Universitat de València. ⁴³Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IISA). ⁴⁴GETECCU.

Resumen

Introducción: La coexistencia de enfermedades inmunomediadas y estados de inmunosupresión no farmacológicos son infrecuentes y pueden determinar tanto la historia natural de la enfermedad como la estrategia terapéutica. Las guías de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) recomiendan el cribado del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) antes de iniciar tratamiento inmunosupresor, pero los datos sobre el impacto de la infección por VIH sobre la EII en la era de los biológicos son escasos. Por esta razón, nuestros objetivos son describir el fenotipo evolutivo de la EII, los requerimientos terapéuticos de inmunosupresión y la prevalencia de infecciones oportunistas (IO) en pacientes con EII e infección coexistente por VIH.

Métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico, de casos y controles, que incluye todos los pacientes con EII con serología de VIH disponible en el registro ENEIDA de GETECCU. Se seleccionaron los pacientes con EII y seropositivos para VIH (VIH+) y se compararon con pacientes EII seronegativos para VIH (controles), emparejados 1:3 según edad, sexo, tipo de EII y año de diagnóstico. Los objetivos principales fueron los requerimientos terapéuticos, prevalencia de IO y complicaciones de la EII.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes VIH+ y 273 controles. En toda la cohorte, 81,3% eran hombres, 58,2% tenían colitis ulcerosa (CU), 35,2% enfermedad de Crohn (EC) y 6,6% EII inclasificable. La mediana de edad en el momento del diagnóstico de EII fue de 38 años (RIQ 30-48), la mediana de edad en el momento del diagnóstico de infección por VIH fue de 36 años (RIQ 31-43), el 44,7% fueron diagnosticados primero de EII. Entre los pacientes con CU, los VIH+ tenían una menor proporción de enfermedad extensa (24,5 vs. 45,9%; $p < 0,001$) y una mayor proporción de proctitis (9,6 vs. 15,3%; $p < 0,001$) que los controles, sin diferencias en cuanto a la progresión proximal de la enfermedad (11,8 vs. 10,7%). Entre los pacientes con EC, los VIH+ presentaron mayor proporción de afectación cólica que los controles (40,6 vs. 12,6%, $p = 0,002$) y menor tendencia para complicaciones penetrantes (10,7 vs. 25%; ns) y estenosantes (22,6 vs. 25,8%; ns). Los pacientes VIH+ presentaron menor tasa de manifestaciones extraintestinales (10,3 vs. 24,9%; $p = 0,004$). Se observó una tendencia no significativa hacia una menor proporción de hospitalizaciones (24,1 vs. 34,4%) y complicaciones de la EII (6,0 vs. 8,9%) en VIH+. En cuanto a los requerimientos terapéuticos, los inmunosupresores (39,1 vs. 57,9%; $p = 0,002$) y biológicos (27,6 vs. 42,1%; $p = 0,015$) se utilizaron con menor frecuencia en VIH+. Por el contrario, el grupo VIH+ presentó una mayor tasa de IO (37,6 vs. 17,1%; $p < 0,001$) y neoplasias (12,1 vs. 8,1%, ns) que los controles.

Conclusiones: La coexistencia de EII e infección por VIH parece estar asociada a un fenotipo de EII menos agresivo y a un menor uso de inmunosupresores y biológicos, pero con una proporción significativamente mayor de IO.