

¿Es necesaria la monitorización de los linfocitos CD4 en pacientes con VIH virológicamente estables?



Is necessary monitoring CD4 lymphocytes in HIV patients virologically stables?

Sr. Editor:

La necesidad y periodicidad de la determinación de las cifras de linfocitos T CD4+ en pacientes infectados por el VIH clínicamente estables se encuentran en plena revisión, y mientras la última actualización de las guías de GESIDA¹ mantiene como recomendable su realización entre los 6 meses y un año, la actualización de las guías del Department of Health and Human Services² considera la determinación en pacientes virológicamente suprimidos y con cifras de linfocitos T CD4+ por encima de 500 copias/mL como opcional (CIII). Algunos trabajos han objetivado la baja probabilidad del descenso clínicamente relevante de linfocitos T CD4+ en pacientes con viremias persistentemente suprimidas³ por lo que se ha propuesto abandonar una rutina con escasa repercusión en la práctica clínica pero que genera incertidumbre en los pacientes⁴.

Nos planteamos valorar la utilidad en la práctica clínica real de la determinación de linfocitos T CD4+ semestral en pacientes infectados por el VIH virológicamente suprimidos.

En un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo y tomando como base la información recogida en las historias clínicas, nos propusimos analizar las decisiones clínicas que se tomaron con los resultados de la determinación de linfocitos T CD4+ semestral, rutina habitual en nuestro hospital.

De los 450 pacientes controlados durante el primer semestre de 2013 por infección por el VIH en el Hospital de Gandía, se incluyeron aquellos que mantenían carga viral indetectable (< 20 copias/ μ L) y linfocitos T CD4+ ≥ 350 cél/ μ L durante el año previo a la visita, es decir, al menos en las 2 últimas determinaciones; no se descartaron los blips, considerando como tales, la presentación de viremias puntuales < 500 copias/mL que volvieron a la indetectabilidad sin necesidad de modificar el tratamiento antirretroviral. No se incluyeron los pacientes con descensos de linfocitos T CD4+ por causas extrínsecas a la infección por el VIH conocidas, como terapias inmunosupresoras. Tampoco se tuvo en consideración las características clínicas ni epidemiológicas de los pacientes, salvo las anteriormente citadas. La variable dependiente principal ha sido el porcentaje de descenso entre el recuento de linfocitos T CD4+ en las 2 últimas determinaciones realizadas y las decisiones clínicas que motivó.

Cumplían los criterios de inclusión 151 pacientes. Un 65,6% fueron hombres, con una media de edad de $46,5 \pm 9,5$ años y con una media de tiempo en carga viral indetectable de $5,3 \pm 3,6$ años. En el 48,3% de los casos se observó un descenso en el recuento de linfocitos T CD4+, que en el 30,1% fue mayor del 25%. Sin embargo, en ninguno de los pacientes estos descensos motivaron cambios en el tratamiento o en la periodicidad de los seguimientos clínicos.

Tal y como indican los resultados, teniendo en cuenta las limitaciones de nuestro estudio dado el carácter retrospectivo y el reducido número de pacientes, podemos concluir que los descensos en el recuento de linfocitos T CD4+ en pacientes infectados por el VIH clínicamente estables son frecuentes, pero no llevan a ningún cambio en su tratamiento ni en su seguimiento, aunque sí a la necesidad de hacer un esfuerzo educativo extra para tranquilizar al paciente, que en muchas ocasiones tiene centradas sus expectativas en un número lo más elevado posible de linfocitos T CD4+.

En nuestro centro ya no se incluye la determinación de las poblaciones linfocitarias en el perfil de seguimiento del paciente infectado por el VIH, sino que debe solicitarse de forma individualizada.

Tal vez, las guías de GESIDA podrían recoger la tendencia²⁻⁴ a abandonar la determinación rutinaria de los linfocitos T CD4+ en pacientes que se mantienen con viremias indetectables de forma mantenida, reduciendo los costes y la ansiedad que las oscilaciones propias de la variabilidad biológica y técnica pudieran producir en los pacientes.

Financiación

Este artículo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualizado Ene 2015, consultado Ene 2015]. Disponible en: http://www.gesida-seimc.org/guias_clinicas.php?mn.MP=406&mn.MS=407
2. Panel on antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services [consultado Ene 2015]. Disponible en: http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/Adult_and_AdolescentGL.pdf
3. Gale HB, Gitterman SR, Heather J, Hoffman J, Gordin FM, Benator DA, et al. Is frequent CD4+ T-lymphocyte count monitoring necessary for persons with counts ≥ 300 Cells/ μ L and HIV-1 suppression? Clin Infect Dis. 2013;56:1340-3.
4. Sax PE. Can we break the habit of routine CD4 monitoring in HIV care? Clin Infect Dis. 2013;56:1344-6.

Marina Llopis*, Simona Cioaia, Inmaculada Poquet y Carlos Tornero

Servicio de Medicina Interna, Hospital Francesc de Borja, Gandía, Valencia, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mallosa88@gmail.com (M. Llopis).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.02.002>