



**A baixa densidade mineral óssea é frequente  
em homens seropositivos para o VIH**  
(continuação)

Tem-se debatido, largamente, as causas da baixa densidade óssea mineral em doentes seropositivos para o VIH. O próprio vírus foi identificado como um factor de risco, assim como o tratamento com os medicamentos anti-retrovirais. A maioria dos homens no estudo tinha a doença pelo VIH bem controlada, levando os investigadores a comentar que "é difícil concluir que a replicação do VIH e a gravidade da doença contribuam de maneira significativa para a baixa densidade mineral óssea observada na população do estudo".

O estudo envolveu 153 adultos seropositivos que foram seguidos nas consultas no Hospital *St Vincent*, em Sidney, em 2007. A maioria (98%) era constituída por homens e a idade média era de 48 anos. A carga viral era indetectável em 83% dos doentes e a média da contagem das células CD4 era normal, sendo mais de 500 células/mm<sup>3</sup>.

Os investigadores recolheram informações sobre factores de risco bem estabelecidos para os problemas ósseos nos doentes com VIH, tais como o peso corporal, o índice de massa corporal, tabagismo e duração da infecção pelo VIH.

Seguidamente, os investigadores recolheram informações sobre as terapêuticas anti-retrovirais actuais e passadas. O tratamento com inibidores da protease potenciados e com o tenofovir (Viread®, ou em comprimidos de combinação Truvada® e Atripla®) também foram associados à baixa densidade mineral óssea. Além disso, o tratamento com tenofovir tem sido relacionado com a disfunção renal, que pode afectar o metabolismo ósseo.

A densidade mineral óssea foi avaliada usando a DEXA *scan*.

A densidade mineral óssea foi verificada em 42% dos doentes, dos quais 4% tinham osteoporose.

A disfunção renal foi diagnosticada em 7% dos doentes. Esta foi associada a uma duração mais longa da infecção pelo VIH ( $p < 0,006$ ),

a uma duração maior do tratamento com tenofovir ( $p = 0,019$ ), à terapêutica com um inibidor da protease potenciado ( $p = 0,009$ ) e a um índice da massa corporal mais baixo ( $p = 0,046$ ).

Os investigadores exploraram os factores de risco relacionados com a densidade óssea baixa. Constataram que os seguintes factores protegiam da baixa densidade óssea:

- maior índice da massa corporal
- níveis mais elevados de testosterona
- e eliminação da creatinina mais elevada.



No entanto, o tratamento com um inibidor da protease potenciado foi associado significativamente a uma baixa densidade óssea ( $p = 0,006$ ).

Após ter efectuado o controlo para factores aleatórios potenciais, os investigadores constataram que níveis mais elevados de testosterona continuaram a ser factores protectores contra a baixa densidade mineral óssea ( $p = 0,027$ ), enquanto que a terapêutica com um inibidor da protease ainda foi associada a uma baixa densidade óssea ( $p = 0,011$ ).

Os investigadores ficaram surpreendidos pela constatação de que o tenofovir não provocou reduções na densidade óssea. Sugerem que uma provável explicação para tal podia ser a duração relativamente curta do tratamento com o medicamento (em média, dois anos). Além disso, observaram que havia mudanças subtis no metabolismo ósseo dos doentes em tratamento com tenofovir, sugerindo que a terapêutica com o medicamento pudesse levar à perda da densidade óssea.

Por último, os investigadores analisaram as implicações potenciais da baixa densidade mineral óssea para os doentes do estudo. Usaram um instrumento estabelecido para avaliar o risco de fractura nos próximos dez anos de vida (equação FRAX® da Organização Mundial da Saúde).

Globalmente, o risco nos próximos dez anos de vida foi de 1,2% para uma fractura da anca e 5% para uma fractura relacionada com osteoporose.

Além disso, 16% tinham um risco de fractura acima de 7,5%, o patamar em que o tratamento com bifosfonato é considerado custo-eficaz.

“Constatamos uma prevalência elevada de baixa densidade óssea

mineral nos adultos infectados com VIH em tratamento com a terapêutica anti-retroviral, especialmente nos que tomam um inibidor da protease potenciado”, concluíram os investigadores. Acrescentam, que “o uso de um instrumento como o FRAX® da OMS garante uma validação ulterior nos estudos com doentes infectados pelo VIH”.

**Referência**

Calmy A et al. *Low bone mineral density, renal dysfunction, and fracture risk in HIV infection: a cross-sectional study.* J Infect Dis 200: 1746-54, 2009.

**Fonte:** Michael Carter, nam, 2.12.2009

<http://www.aidsmap.com/pt/news/23361719-CC0F-4DAD-BFBF-6C324DBE0418.asp>

