



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 20 de noviembre de 2023

Esteatosis hepática metabólica Hígado II

Lun139

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA (EHMet)

H. R. Ordaz-Álvarez, A. D. Cano-Contreras, B. A. Priego-Parra, G. P. Martínez-Pérez, S. A. Reyes-Díaz, P. Durán-Azamar, M. J. J. García-Carvajal, A. H. Díaz-Crespo, F. B. Roesch-Dietlen, M. R. Francisco, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La relación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la esteatosis hepática metabólica (EHMet) se ha comunicado en diversos estudios que informan la presencia predominante del trastorno por atracón.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los TCA en sujetos con EHMet contra una población de individuos sanos.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en el que se incluyó a pacientes que acudieron al servicio de gastroenterología y hepatología del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas durante enero-julio de 2023. Los participantes contestaron el cuestionario S-EDE-Q y HAD. Los sujetos con criterios para EHMet fueron objeto de Fibroscan®, mediciones somatométricas y estudios de laboratorio.

Resultados: Se incluyó a 90 pacientes, 45 con EHMet (edad 53 [45,5-59,5], 60% de mujeres) y 45 individuos sanos (edad 41 [33-53]), 60% de mujeres). Los pacientes con EHMet tuvieron mayor

puntuación de ansiedad (7 [4-9] vs. 5 [2-7], $p = 0,005$) y depresión (5 [2-8] vs. 3 [2-5], $p = 0,048$). La prevalencia de algún TCA en personas con EHMet fue de 8,9%. Además, tuvieron mayor prevalencia de trastorno por atracón (17,8% vs. 2,2% $p = 0,014$) y mayores puntuaciones en la subescala de restricción alimentaria (1 [0,1-2,4] vs. 0 [0-1], $p = 0,025$), preocupación por comer (0,2 [0,2-1,2] vs. 0 [0-1], $p = 0,002$), preocupación por el peso (1,6 [0,5-2,7] vs. 1 [1-2], $p = 0,040$) y puntuación global del cuestionario S-EDE-Q (1,04 [0,6-2,2] vs. 0,7 [0,3-1,6], $p = 0,050$) al compararlos con sujetos sanos.

Conclusiones: La prevalencia de TCA, de forma específica el trastorno por atracón, fue mayor en individuos con EHMet respecto de la población general. Los sujetos con TCA y EHMet tuvieron mayor ansiedad y depresión, lo que respalda la necesidad de una atención multidisciplinaria e integral.

Financiamiento: No se recibió financiamiento ni patrocinio.

Lun140

UTILIDAD DEL PUNTAJE MAFLD-S PARA EL DIAGNÓSTICO DE MAFLD EN UN GRUPO DE ADULTOS MEXICANOS

J. A. Torres-Díaz, A. Olivas-García, L. C. Chávez-García, J. A. Ruiz-Manríquez, A. Kammar-García, L. F. Uscanga-Domínguez, G. Castro-Narro, S. E. Martínez-Vázquez, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los métodos no invasivos para diagnosticar la enfermedad por hígado graso relacionada con disfunción metabólica (MAFLD) han ganado atención debido a su capacidad para diagnosticar a pacientes y reducir los costos de atención médica. Un avance reciente en el diagnóstico no invasivo es la puntuación MAFLD-S, que utiliza datos clínicos exclusivamente para predecir la probabilidad de desarrollar MAFLD.

Objetivo: Evaluar la capacidad de la puntuación MAFLD-S para determinar la probabilidad de tener MAFLD en una cohorte de personas aparentemente sanas.

Material y métodos: Estudio transversal en adultos mexicanos al parecer sanos. Se recogieron las características de la población como edad, sexo y comorbilidades, se realizaron mediciones antropométricas y se calculó la puntuación MAFLD-S para cada participante. Se consideró con esteatosis hepática (EH) todo participante con parámetro de atenuación controlada (CAP) > 248 dB/m medida mediante elastografía transitoria. Se evaluó el rendimiento diagnóstico de la puntuación MAFLD-S mediante curva ROC y su calibración al comparar la probabilidad predicha promedio y la probabilidad observada de la población dividida en deciles de la puntuación MAFLD-S. Se calcularon sensibilidad y especificidad para el punto de corte de 0,548 y además se determinó el punto de corte con mejor beneficio combinado de sensibilidad y especificidad para la población de estudio.

Resultados: Se incluyó a 523 participantes, de los cuales 61% correspondió a mujeres y la media de edad fue de 41 años. De acuerdo con su índice de masa corporal, 68% tenía IMC alto (42% sobrepeso y 27% obesidad). La prevalencia de MAFLD en la población de estudio fue de 42,4%. El área bajo la curva ROC fue de 0,846 (IC95%, 0,813-0,878; **Fig. 1**), con una sensibilidad y especificidad para el punto de corte de 0,548 de 63,5% y 81,7%, respectivamente. En esta población, el punto de corte con el mejor beneficio combinado de sensibilidad y especificidad fue de 0,433 con una sensibilidad de 78,4% y especificidad de 77,4%. La puntuación MAFLD-S proporciona una buena predicción de la probabilidad de tener MAFLD para individuos con una puntuación MAFLD-S muy baja (primeros dos deciles, correspondiente a una puntuación MAFLD-S < 0,04) o alta (últimos cuatro deciles, correspondiente a una MAFLD-S > 0,50), pero no para individuos con una puntuación MAFLD-S intermedia.

Conclusiones: En un grupo de adultos aparentemente sanos, la puntuación MAFLD-S mostró ser una buena herramienta para predecir la probabilidad de sufrir MAFLD en la población general. La implementación de esta puntuación puede ayudar a identificar a las personas con riesgo elevado y realizar una intervención temprana

para cambiar el curso clínico de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de la industria.

Lun141

ALTERACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN LEAN-NAFLD: ESTUDIO REALIZADO EN POBLACIÓN MEXICANA

A. M. Mijangos-Trejo, F. J. Valentín-Cortez, R. A. Gómez-Mendoza, V. M. Fernández-Garibay, N. Chávez-Tapia, Médica Sur

Introducción: La enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD) tiene una sólida relación con la obesidad y sus comorbilidades, pero también puede presentarse en pacientes sin sobrepeso. La prevalencia de NAFLD en pacientes delgados (lean-NAFLD) es de 10% a 20%. La prevalencia de dislipidemia en pacientes con lean-NAFLD es de 22%. Sin embargo, no existen estudios en la población mexicana que valoren el perfil lipídico de los pacientes con lean-NAFLD.

Objetivo: Determinar las alteraciones del perfil lipídico de la población mexicana con lean-NAFLD.

Material y métodos: Expedientes de pacientes que acudieron a revisión preventiva y que fueron objeto de elastografía hepática (Fibroscan®) en el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2020. Tipo de estudio: descriptivo y analítico, de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), grado de esteatosis y fibrosis por elastografía, valores séricos de transaminasas, bilirrubina total, colesterol total (CT), lipoproteína de baja densidad (LDL), lipoproteína de alta densidad (HDL) y triglicéridos (TG). Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar; así como t de Student para determinar la diferencia de las medias.

Resultados: De los pacientes que acudieron a revisión preventiva se excluyó a aquellos con datos incompletos en el expediente, con consumo de alcohol significativo y aquellos con IMC de 25; se incluyó en el análisis a 305 pacientes. La edad promedio fue de 49,2 años ($\pm 7,87$), con 60% de hombres; el 37% tenía dislipidemia, 3,3% síndrome metabólico, 4,3% diabetes y 9,5% hipertensión arterial sistémica. El 22% refirió ser fumador, 80% realizaba actividad física y 5,9% consumía estatinas. En la **Tabla 1** se muestra el perfil lipídico de la población de acuerdo con el grado de esteatosis hepática, así como los valores de transaminasas. La media de triglicéridos en pacientes con lean-NAFLD fue de 126 ± 114 y en personas sin esteatosis de $88,8 \pm 44,4$ ($p < 0,001$); asimismo, se observaron cifras de HDL de $50,3 \pm 15,5$ y $56,1 \pm 13,8$ ($p = 0,001$), respectivamente. La media de CT y LDL no mostró diferencia. Si se agrupa a los pacientes de acuerdo con el grado de esteatosis, no se observó nexo entre el perfil lipídico y la esteatosis de grado 1 (S1); en el grupo de esteatosis grado 2 (S2) se reconocieron valores significativamente más bajos de HDL en comparación con pacientes sin esteatosis ($46,5 \pm 11,1$ vs. $56,1 \pm 13,8$, $p = 0,010$); y, por último, la esteatosis de grado 3 mostró cifras más elevadas de TG (184 ± 108 vs. $88,8 \pm 44,4$) y menores de HDL ($43,9 \pm 13,4$ vs. $56,1 \pm 13,8$) en comparación con la población sin esteatosis ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con lean-NAFLD tuvieron valores significativamente más altos de triglicéridos y más bajos de HDL respecto de la población sin esteatosis. El CT y LDL no mostraron correlación. Lo anterior difiere de algunos estudios, en los que CT y LDL también se vincularon con lean-NAFLD.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Estimación de curva ROC y cálculo de área bajo la curva del punto MAFLD-S en nuestra población. (Lun140)

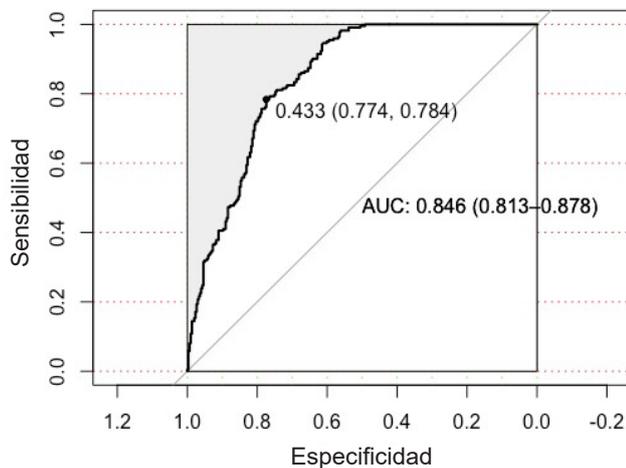


Tabla 1. Perfil lipídico y transaminasas de acuerdo con la presencia y el grado de esteatosis hepática en pacientes con lean-NAFLD. (Lun141)

	Número de pacientes (n = 305)	Edad en años	IMC	CT (mg/dL)	LDL (mg/dL)	HDL (mg/dL)	TG (mg/dL)	AST (U/L)	ALT (U/L)
General	305	49,2 ± 7,87	22,4 ± 2,5	201 ± 38,3	126 ± 32,8	54,3 ± 14,6	100 ± 74,9	23,4 ± 9,23	24,5 ± 12,3
Sin esteatosis	211 (69,18%)	48,1 ± 7,4	22 ± 2,76	200 ± 37	126 ± 31,4	56,1 ± 13,8	88,8 ± 44,4	23,3 ± 10,3	23,5 ± 12,3
Esteatosis	94 (30,81%)	51,5 ± 8,4	23,4 ± 1,56	198 ± 41	128 ± 35,9	50,3 ± 15,5	126 ± 114	23,6 ± 6,09	26,8 ± 11,9
Esteatosis grado 1 (S1)	44 (14,42%)	50,7 ± 8,71	22,9 ± 1,64	202 ± 35,7	126 ± 32,2	56,3 ± 16,5	94,6 ± 41,5	23,3 ± 5,16	24 ± 8,29
Esteatosis grado 2 (S2)	22 (7,21%)	51 ± 7,96	24,3 ± 1,16	199 ± 40,9	130 ± 32,2	46,5 ± 11,1	115 ± 39,4	22,6 ± 4,38	29,4 ± 15,3
Esteatois grado 3 (S3)	28 (9,18%)	53,2 ± 8,36	23,9 ± 1,42	209 ± 49,1	131 ± 42,6	43,9 ± 13,4	184 ± 108	25 ± 8,21	29,1 ± 13,2

S1, 5% a 32% de las células hepáticas con contenido graso; S2, 33% a 65% de las células hepáticas con contenido graso; S3, > 65% de las células hepáticas con contenido graso; IMC, índice de masa corporal; CT, colesterol total; LDL, lipoproteína de baja densidad; HDL, lipoproteína de alta densidad; TG, triglicéridos; ALT, alanino aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa.