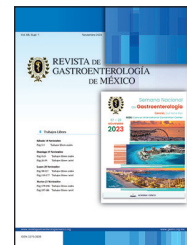




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 21 de noviembre de 2023

Hígado III

Mar251

LA RESOLUCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA EN PACIENTES QUE LOGRARON RECOMPENSACIÓN DE CIRROSIS SE ASOCIA CON MEJORES DESENLACES EN LA INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C DESPUÉS DE OBTENER RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA

L. A. Rosales-Rentería, N. M. Hirata-Medina, H. Jaramillo-Ramírez, L. Tinoco-Rodríguez, D. L. López-Rubio, M. S. González-Huezo, J. D. Prieto-Nava, J. A. Camacho-Escobedo, M. Morales-Ibarra, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La recompensación es un término novedoso que introdujo en fecha reciente el consenso de Baveno VII sobre la hipertensión portal y que exige la eliminación de la causa primaria de la cirrosis, la resolución de la ascitis sin diuréticos, la encefalopatía hepática (EH) sin lactulosa/rifaximina y la ausencia de hemorragia variceal (HV) durante el último año, con mejoría en las pruebas de función hepática. Sin embargo, no se ha estudiado el efecto de la recompensación en la resolución de la hipertensión portal clínicamente significativa (HP-CS) y su efecto clínico.

Objetivo: Evaluar la relación entre la recompensación y la resolución de la HP-CS en pacientes con cirrosis vinculada con el virus de la hepatitis C (VHC) y respuesta viral sostenida (RVS).

Material y métodos: Se trata de un estudio unicéntrico prospectivo de cohorte que incluyó a 57 pacientes con cirrosis por VHC que lograron recompensación de ésta de acuerdo con los criterios de BVII y que tuvieron RVS durante al menos un año después del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD). Los pacientes fueron seguidos como pacientes ambulatorios en esta institución en

Mexicali, México, desde enero de 2021 hasta noviembre de 2022. En el momento de la inclusión, todos los pacientes fueron objeto de pruebas de recuento total de plaquetas (Plt), pruebas de función hepática (PFH), rigidez hepática (RH) mediante elastografía transitoria controlada por vibración (ETCV) y ecografía hepática convencional (ECH). Se utilizaron pruebas no invasivas, de manera específica Plt > 150.000 y RH < 12 kPa, para determinar la HP-CS. Los pacientes se subdividieron según fuera su estado de HP-CS y se les realizaron nuevas pruebas a los 3, 6 y 12 meses. Los betabloqueadores no selectivos se suspendieron en los pacientes que lograron la recompensación. El desenlace primario fue determinar la prevalencia de HP-CS entre los pacientes recompensados. Los desenlaces secundarios incluyeron la mediana de la puntuación MELD-Na a los 6 y 12 meses, la aparición de carcinoma hepatocelular (CHC) y el desarrollo de redescompensación (RD), definida como un nuevo episodio de descompensación que ocurriera en los siguientes 12 meses después de lograr la recompensación. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: La cohorte consistió de 57 pacientes con recompensación después de la infección por VHC y RVS. Al final del estudio, 27 pacientes (47,3%) habían resuelto la HP-CS, mientras que 30 (53,6%) no lo habían logrado. Ambos grupos mostraban un predominio de hombres (58% vs. 61%) con una edad media similar (53 vs. 55). Se observaron 13 casos de RD y aquellos con HP-CS tenían un mayor riesgo de desarrollarlo (RR, 5,40; IC95%, 1,327, 21,980; $p < 0,05$; número necesario para dañar [NNH], 3,0). En cuanto a los tipos de RD, se registraron 5 episodios de HV, todos ellos en pacientes con HP-CS, 5 episodios de EH (3 en HP-CS vs. 2 en HP-CS resuelta), y 3 episodios de ascitis de grado 2 (todos en el grupo con HP-CS). El análisis de regresión multivariante mostró que una RH > 20 kPa por ETCV se relacionó con un mayor riesgo de RD entre los pacientes con HP-CS (RR, 1,07; IC95%, 1,03-1,11; $p = 0,001$). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: En pacientes con cirrosis relacionada con VHC y RVS que lograron la recompensación, el 47% resolvió la HP-CS. Estos

Tabla 1. Análisis de regresión multivariante del riesgo de redescompensación. Después del análisis multivariante, sólo la rigidez hepática medida por ETCV > 20 kPa se acompañó de un mayor riesgo de redescompensación entre los pacientes con HP-CS (RR, 1,07; IC95%, 1,03-1,11; p = 0,0010). (Mar251)

Parámetro	Riesgo relativo	Intervalo de confianza del 95%	Valor p multivariado
Suspensión de betabloqueador	1,65	0,55-4,91	0,3089
Diabetes	1,40	1,07-1,84	0,3690
Edad > 60 años	1,55	1,09-2,20	0,9540
Consumo de alcohol*	1,14	0,19-4,48	0,8552
MELD-Na	1,73	0,4-4,80	0,3089
TBIL	3,36	0,35-29,25	0,2724
Albúmina > 3.5 mg/dL	0,66	0,19-2,03	0,9561
< 150.000 plaquetas	1,16	1,04-1,64	0,0990
LS por VCTE > 20 kPa	1,07	1,03-1,11	0,0010
IMC > 25 < 30	5,60	1,19-26,00	0,9820

*Menos de 20 g/día para mujeres y 30 g/día para hombres.

pacientes tuvieron puntuaciones de MELD-Na más bajas y un riesgo significativamente menor de RD. Los pacientes recompensados con HP-CS y una RH > 20 kPa tuvieron el mayor riesgo de RD. Se necesitan más estudios para replicar estos hallazgos y evaluar la importancia clínica de esta nueva definición.

Financiamiento: Financiamiento con recursos propios.

Mar252

VOLUMEN Y PRESIÓN DE LLENADO DE AURÍCULA IZQUIERDA Y LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

L. A. Revuelta-Rodríguez, J. Gutiérrez-Ortiz, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los pacientes con cirrosis sufren un subtipo específico de miocardiopatía, caracterizada por una respuesta sistólica al estrés disminuida y alteración de la relajación diastólica, así como hipertrofia de cavidades, todas en ausencia de una causa cardíaca. En 2016, la *American Society of Echocardiography* definió los siguientes parámetros para el diagnóstico de disfunción diastólica: onda e' < 7 cm/s, lateral e' < 10 cm/s, E/e' > 14 y volumen de la aurícula izquierda (VAI) > 34 mL/m². Se ha comprobado que los pacientes con un índice E/e' ≥ 10 tienen mayor riesgo de desarrollar lesión renal aguda y que este valor de relación E/E' predecía de forma significativa la mortalidad a un año, al margen de la determinación del MELD (*Model for end-stage liver disease*). Sin embargo, hay pocos estudios que demuestren esta relación y no se ha investigado si la dilatación auricular podría correlacionarse de la misma forma.

Objetivo: Determinar la prevalencia de marcadores de disfunción diastólica (E/E' y VAI) en pacientes con cirrosis y su relación con lesión renal aguda en pacientes con cirrosis.

Material y métodos: Se realizó un estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional en el INCMNSZ con pacientes que tuvieran diagnóstico de cirrosis hepática y contaran con ecocardiograma transtorácico de la función diastólica (relación E/E' y VAI). Asimismo, los participantes debían tener estudios de laboratorio en los

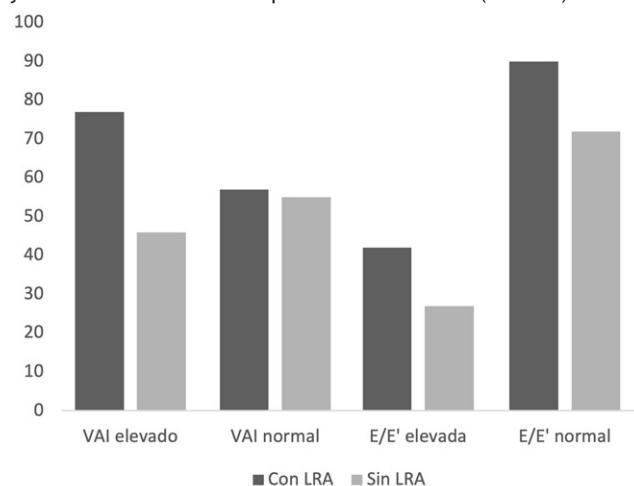
seis meses anteriores o posteriores al ecocardiograma para determinar si habían sufrido lesión renal aguda (LRA), definida como un incremento de la creatinina > 0,3 mg/dL con respecto a su basal. Se realizaron gráficas de barras para prevalencias y para comprobar la existencia posible de una correlación significativa entre E/E' ≥ 10 y VAI ≥ 34 cm³ y lesión renal. Se utilizó la prueba χ^2 para variables categóricas mediante el programa SPSS v25.

Resultados: Se analizó a un total de 235 pacientes con cirrosis (Child A, n = 47; Child B, n = 107; Child C, n = 81), de los cuales el 52,3% registró VAI elevado y el 29,8% E/E' elevado. De igual modo, 57% tenía LRA y, al realizar el análisis, de los pacientes con esta lesión, el 57,46% mostró VAI elevado contra 42,53% de los enfermos con VAI normal (p = 0,07); por su parte, de los pacientes sin LRA, el 45,54% registró VAI elevado y el 54,4% VAI normal. Entre los pacientes con LRA, el 31,81% tenía E/E' elevado contra 68,18% de los individuos con E/E' normal (p = 0,45), en tanto que en los pacientes sin LRA el 27,27% mostró E/E' elevado y el 72,7% E/E' normal (Fig. 1).

Conclusiones: En los pacientes con VAI elevado y E/E' elevada, que son marcadores de disfunción diastólica, se observa un mayor porcentaje de lesión renal aguda, aunque no se encontró significancia estadística con χ^2 ; al analizar con prueba exacta de Fisher se reconoció significancia estadística entre VAI elevado y lesión renal aguda (p = 0,47), por lo cual éste podría ser un predictor de lesión renal en pacientes con cirrosis hepática.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Figura 1. Porcentaje de pacientes con lesión renal aguda y sin ella y volumen de la aurícula izquierda e índice E/E'. (Mar252)



Mar253

MELD 3.0 ES EL MEJOR PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA

E. J. Medina-Avalos, S. Teutli-Carrión, M. Y. Carmona-Castillo, C. L. Dorantes-Nava, D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (FHAC) es un síndrome caracterizado por la falla de diferentes órganos por descompensación aguda en la hepatopatía crónica; su mortalidad a corto plazo es muy alta, por lo que se han diseñado escalas para predecir pronóstico y mortalidad temprana.

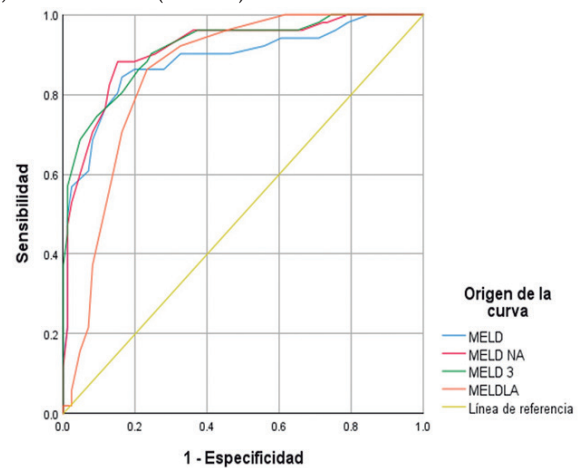
Objetivo: Evaluar las escalas MELD, MELD NA, MELD Lactato y MELD 3.0 para supervivencia y mortalidad en pacientes con FHAC.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó a pacientes hospitalizados en un periodo de tres años. Se calcularon escalas, se determinaron sensibilidad (S) y especificidad (E) y se tomó como referencia CLIF-C-ACLF mediante curvas ROC. Se establecieron puntos de corte al valor máximo de sensibilidad y especificidad y se calculó también el porcentaje acumulado de mortalidad con el instrumento de Kaplan-Meier y comparación de grados de FHAC con *long rank* y un valor de p significativo $< 0,05$.

Resultados: Se integró a 233 pacientes, con 165 (71%) hombres y edad de 52 años \pm 12,96. Hasta 158 (68%) mostró factores etiológicos por alcohol (por grado de FHAC, 1 el 37%, 2 el 41% y 3 el 22%). La puntuación MELD 3.0 tuvo el mayor poder discriminativo para FHAC de grado 3 y mortalidad, con AUC de 0,91 (IC95%, 0,86-0,96) y punto de corte de 34,5 puntos con sensibilidad de 86% y especificidad de 80% (Fig. 1). La tasa de mortalidad global a dos años fue de 123 pacientes (52%): 30 (35%), 51 (53%), 42 (82%) para los grados 1, 2 y 3, respectivamente. La prueba *log rank* fue significativa, con $\chi^2 = 34,99$ y $p < 0,001$. Las medias de supervivencia por grados de FHAC fueron de 17 meses (grado 1), de 13 (grado 2) y de 5 (grado 3).

Conclusiones: La escala MELD 3.0 mostró mejor desempeño como herramienta para evaluar la gravedad y predecir el riesgo de mortalidad a corto plazo en pacientes con FHAC. Se puede utilizar como

Figura 1. Curvas ROC y AUC. Análisis comparativo de diferentes escalas en la FHAC. FHAC, falla hepática aguda sobre crónica; MELD-LA, MELD Lactato. (Mar253)



herramienta útil para priorizar el tratamiento intrahospitalario y trasplante hepático.

Financiamiento: Sin financiamiento.