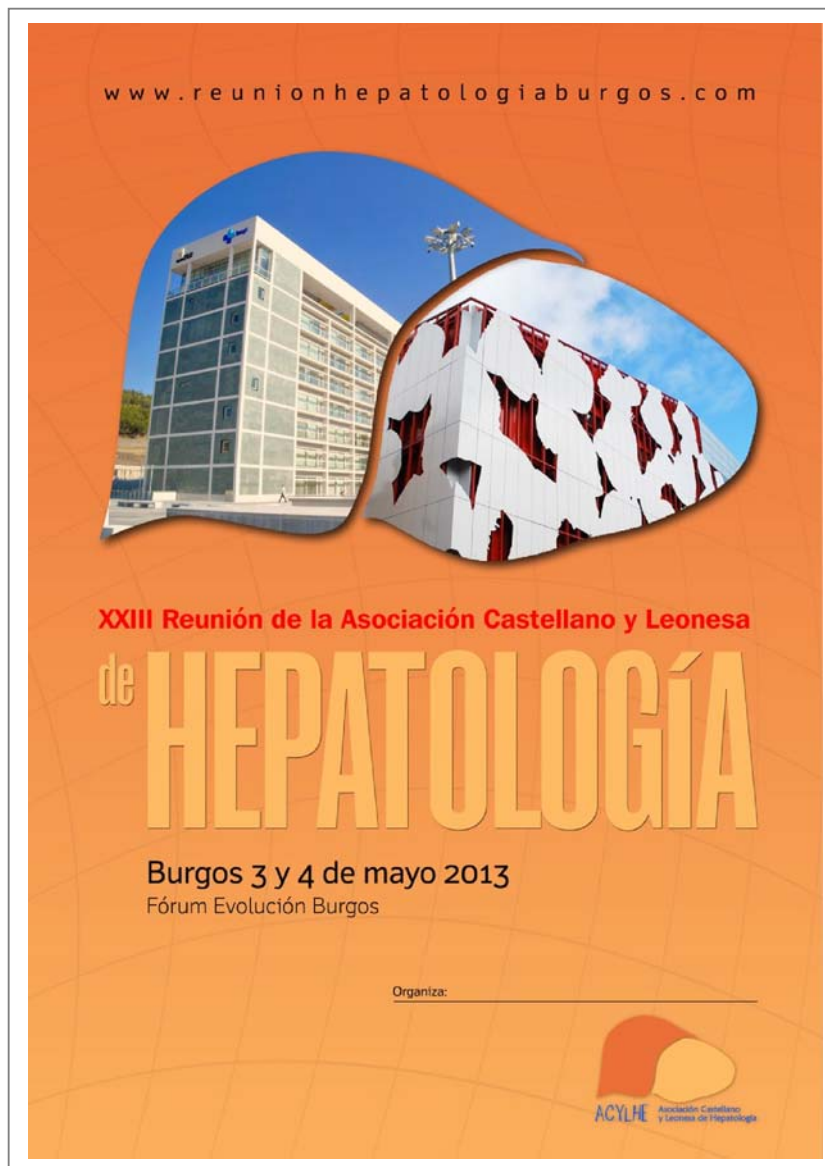




XXIII Reunión de la Asociación Castellano y Leonesa de Hepatología

Resumen de Comunicaciones



1.-**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA EN BURGOS**

Moncada Urdaneta AC, Cervera Caballero LA, Puebla Maestu A, Badía Aranda E, Fernández Marcos C, Ramos Rosario HA, Bernad Cabredo B, Sáez-Royuela F.

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU).

INTRODUCCIÓN: En España existen varios cientos de miles de personas con hepatitis C (HC). La epidemiología de esta enfermedad está cambiando: han desaparecido las transfusiones de sangre como vía de infección y aumentado los pacientes con HC procedentes de otros países. Por ello, pretendemos conocer las características actuales de los pacientes de nuestro entorno.

MÉTODOS: estudio descriptivo, transversal y prospectivo de las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con HC crónica estudiados en la consulta de Hepatología del HUBU, desde el 1 de Junio hasta el 29 de Diciembre de 2.012.

RESULTADOS: se han estudiado 126 pacientes con HC. 93 (74%) hombres; edad media $52,3 \pm 11,3$ años, 87% de raza caucásica, 80,2% procedía de áreas urbanas y 66% contaba con un nivel educativo básico. La infección ocurrió en el 89% de los pacientes hace más de 20 años, 5,5% entre 10-20 y 5,5 % menos de 10. El 41,3% fumaba y el 34,1% consumía alcohol. La vía de infección más frecuente fue el uso de drogas por vía parenteral (45,3 %), seguido de transfusiones (20,6%), otras (23,1%) y desconocida (10,3%). 19% tenía tatuajes.

El genotipo 1 estaba presente en 63,5 % de los pacientes, el 2 en 4%, el 3 en 11,9%, el 4 en 10,3%, el 5 en 0,8% (pendiente de filiar 9,5%). El subtipo 1b aparecía en 46,2%, el 1a en 27,5 % y no se pudo diferenciar en 26,3%. El polimorfismo de la IL28B se analizó en 58 pacientes (46% del total); CT: 51,9%, CC: 29,7% y TT: 18,4%. Se determinó la fibrosis hepática en 95 pacientes (21 biopsia hepática (Metavir) y 74 elastografía); F1: 34,7%, F2: 16,8%, F3: 11,6% y F4: 25,3%. De los restantes pacientes, 11 cumplen criterios ecográficos de cirrosis hepática. De los 35 pacientes cirróticos, 88,6 % eran Child A y 11,4 % Child B. 19 (54,3%) tenían hipertensión portal y 6 (17,1%) tenían CHC. Se encontraban en tratamiento 41 pacientes (32,5%).

CONCLUSIONES. La HC crónica predomina en hombres caucásicos en la 5ª década, con un nivel educativo básico. La principal vía de infección es el uso de drogas por vía parenteral, frecuentemente ocurrida décadas atrás. El genotipo 1 es el más frecuente. Predomina el polimorfismo IL28B CT. Una tercera parte tiene fibrosis mínima y una cuarta parte tiene cirrosis, la mitad con hipertensión portal.

2.-**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN FUNCIÓN DEL POLIMORFISMO DE LA INTERLEUCINA B 28.**

Pisabarro Blanco C⁽¹⁾, Álvarez Cuenillas B⁽¹⁾, Joao Matias D⁽¹⁾, Fernández Fernández N⁽¹⁾, Linares Torres P⁽¹⁾, Calleja Antolín S⁽²⁾, Jorquera Plaza F⁽¹⁾, Olcoz Goñi JL⁽¹⁾

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO⁽¹⁾ Y DE INMUNOLOGÍA⁽²⁾.
HOSPITAL DE LEÓN

INTRODUCCIÓN. El porcentaje de erradicación con interferón pegilado y ribavirina oscila en función del genotipo y la carga viral. Teniendo en cuenta su coste, la baja respuesta al genotipo 1

y los efectos adversos, la identificación de factores predictores como la interleucina B28 representan un factor a tener en cuenta.

Nuestro objetivo fue analizar las características en función del polimorfismo y determinar si existían o no diferencias entre ellos.

PACIENTES Y MÉTODOS. Realizamos un estudio descriptivo y transversal con 156 pacientes con hepatitis crónica C. Todos ellos tenían realizado dicho polimorfismo.

La respuesta al tratamiento se basaba en el último y el grado de fibrosis en función del fibroscan o biopsia. Se recogían variables como el sexo, edad al diagnóstico, genotipo o presencia de autoanticuerpos.

Las variables cuantitativas se expresaban en medias y desviación estándar y las cualitativas con porcentajes.

RESULTADOS. Los datos pertenecen a 156 pacientes con predominio de varones (72%), y edad media de diagnóstico de 35 años. El polimorfismo más frecuente fue el heterocigoto C/T (55%) seguido del C/C. Un 72 % de ellos presentaba un genotipo 1 y dentro de este, el 1b fue el más frecuente (42 %).

No encontramos diferencias en función del polimorfismo en cuanto a las variables respuesta previa, grado de fibrosis o genotipo aunque los pacientes con genotipo 1 presentaban cargas más elevadas ($p = 0,003$) que el resto de los grupos.

CONCLUSIONES. La distribución de la IL B28 es similar a otros estudios siendo la variante C/T la de mayor frecuencia.

Sigue predominando el sexo masculino en esta enfermedad.

A pesar de no encontrar diferencias parece existir una relación entre el polimorfismo y la respuesta viral.

Son necesarios más estudios prospectivos que puedan servir como guía para el algoritmo de tratamiento según la variante de polimorfismo y el genotipo que presente el paciente.

3.-**PERFIL CLÍNICO, RESPUESTA VIRAL RÁPIDA Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA, GENOTIPO 1, TRATADOS CON TELAPREVIR. ESTUDIO DESCRIPTIVO POST-AUTORIZACIÓN.**

Cervera Caballero LA, Badía Aranda E, Puebla Maestu A, Fernández Marcos C, Ramos Rosario HA, Moncada Urdaneta AC, Bernad Cabredo B, Sáez-Royuela F.

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. SERVICIO APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU).

INTRODUCCIÓN. La hepatitis C crónica (HCC) es un importante problema de salud. Los agentes antivirales directos aumentan la tasa de curación hasta el 75% en pacientes con genotipo 1 G1. Presentamos los datos de los pacientes con HCC G1 tratados con antivirales directos (Telaprevir) en el HUBU.

MÉTODOS. Se incluyeron los pacientes con HCC G1 que iniciaron tratamiento durante Octubre 2012 –Abril 2013 en el HUBU. De los 27 pacientes, 12 (52,2%) fueron sometidos a “lead-in” siguiendo los criterios de la AEMPS. Cuatro no pasaron el “lead-in” y se han excluido: los datos se refieren a los 23 que han iniciado efectivamente triple terapia. Variables estudiadas: características basales (edad, sexo, subtipo, IL28B, fibrosis, respuesta previa y parámetros bioquímicos), RNA-VHC en semana 4 (respuesta virológica rápida- RVR-), RNA-VHC en semana 12 (RVR extendida - RVRe -), efectos adversos y su manejo y descompensación de la hepatopatía.

RESULTADOS. Han iniciado triple terapia 23 pacientes. Características Basales: 17 varones (74%). Edad media: 48,5 ± 6,8 años. Subtipos: 1a: 8 (34,8%), 1b: 10 (43,5%), ND: 5 (21,7%). IL28B: CC: 9 (39,1%), CT: 11 (47,8%), TT: 2 (8,7%). Fibrosis: F0-F1: 1 (4,3%), F2: 0 (0%), F3: 10 (43,5%), F4: 12 (52,2%). Tratamiento previo: "naive": 8 (34,8%), recidivantes: 6 (26,1%), respondedores parciales: 2 (8,7%), respondedores nulos: 7 (30,4%). RVR: 19 de 20 (95%). RVRe: 9 de 9 (100%). Efectos adversos: anemia: 16 (69,5%), neutropenia: 3 (13%), trombopenia 8 (34,7%), exantema: 12 (52%): grado 1: 9 (75%), grado 2: 1 (8,3%), grado 3: 2 (16,7%), patología anal: 6 (26%), cefalea: 2 (8,7%). Infecciones: 2 (8,7%). Manejo de la anemia: reducción de Ribavirina: 11 (68,8%), darbopoetina alfa: 1 (6,2%), transfusiones: 2 (8,7%). Manejo del exantema: corticoides tópicos: 9 (83,3%), corticoides orales: 2 (16,7%). Descompensación de la hepatopatía: 0. Suspensión del IP: 1 (4,3%). Suspensión del tratamiento: 0.

CONCLUSIONES. Dos terceras partes de los pacientes habían fracasado a un tratamiento previo. Un 95% consiguió RVR esperando un alto porcentaje de respuesta viral sostenida. La anemia es el efecto adverso más frecuente: se controló mayoritariamente con descenso de ribavirina. Dos pacientes precisaron de corticoides sistémicos para el manejo del exantema. Se suspendió telaprevir en un paciente por cefalea. Ninguno de los pacientes sufrió una descompensación hepática a pesar del alto porcentaje de pacientes con fibrosis avanzada.

4.-

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE PROTEASA PARA EL TRATAMIENTO DEL VHC.

Álvarez Cuenllas¹, L Vaquero Ayala¹, I M Alonso Castañé², C Pisabarro Blanco¹, M Aparicio Cabezedo¹, L Rodríguez Martín¹, E Gutiérrez Gutiérrez², P Linares Torres¹, JL Olcoz Goñi¹, F Jorquera Plaza¹

¹ SERVICIO APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE FARMACIA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. Los inhibidores de la proteasa (IP) han constituido un cambio en el tratamiento de la hepatitis crónica por el VHC genotipo 1.

OBJETIVOS:

- Analizar la eficacia de estos fármacos a las 8, 12, 16 y 24 semanas de tratamiento.
- Valorar la aparición de efectos adversos derivados de su uso.
- Analizar cambios en la fibrosis hepática (mediante Fibroscan) en la semana 24 de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un estudio descriptivo seleccionando a pacientes con hepatopatía crónica por VHC tratados con IP durante el año 2012 que hayan cumplido, al menos, 24 semanas de tratamiento.

Se analizan características demográficas y clínicas así como la respuesta virológica a las 8, 12, 16 y 24 semanas y los efectos secundarios derivados de su uso. Se realiza nuevo Fibroscan a las 24 semanas de tratamiento.

RESULTADOS. Se recogen un total de 25 pacientes dentro de los cuales 13 reciben tratamiento con telaprevir y 12 con boceprevir con edades medias de 46,46±10,37 y 51,25±9,65 años respectivamente predominando el sexo masculino en ambos grupos.

Las tasas de negativización de la carga viral a las semanas 8, 12, 16 y 24 son de 75%, para boceprevir y 69,2%, para telaprevir respectivamente sin diferencias estadísticamente significativas.

A nivel hematológico se detectaron más casos de neutropenia en el grupo tratado con Boceprevir, (58,3% vs 0%; p 0,002). La anemia severa (Hb<8,5 mg/dl) fue más frecuente en los pacientes sometidos a triple terapia con Telaprevir (0% vs 30,8% p 0,008). No hubo diferencias en cuanto a la aparición de infecciones.

Se observa una mejoría de la fibrosis en la semana 24 de tratamiento en los pacientes que usaron boceprevir (4,2 vs -2,4 Kpa; p = 0,01)

CONCLUSIONES. Ambos tratamientos se muestran eficaces en la negativización de la carga viral a las 24 semanas (70-75%) sin diferencias significativas entre ambos grupos. A nivel hematológico, se detectó un mayor número de neutropenias para el grupo tratado con Boceprevir mientras que se registraron más casos de anemia severa en el grupo de Telaprevir. Se constató mejoría de la fibrosis mediante Fibroscan en el grupo que recibió Boceprevir.

5.-

TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C GENOTIPO 1 CON IP EN PACIENTES TRASPLANTADOS Y NO TRASPLANTADOS

Sánchez Ocaña R, Vargas A, Vallecillo Sande MA, Peñas Herrero I, Santos Santamarta F, Sancho del Val L, Ruiz-Zorrilla R, Almohalla Alvarez C, Garcia Pajares F, Sanchez-Antolin G

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. HOSPITAL RIO HORTEGA, VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN. El tratamiento de la Hepatitis C con los nuevos inhibidores de la Proteasa (IP), Boceprevir y Telaprevir han supuesto un cambio radical en el pronóstico de estos pacientes. El acceso a estos tratamientos se encuentra limitado por diversos motivos. Por otro lado su toxicidad y manejo también constituyen un nuevo reto para los hepatólogos

OBJETIVOS. Describir las características clínicas, virológicas y los efectos secundarios de los pacientes a los que se ha iniciado tratamiento con triple Terapia en nuestro Centro.

MÉTODOS. Se trata de un estudio observacional, descriptivo. Se recogieron datos de todos los pacientes VHC positivo, Genotipo 1, a los que se indico tratamiento con un IP en consultas externas desde Mayo 2012.

RESULTADOS. Se inicio tratamiento a 30 pacientes. De ellos 5 fueron pacientes trasplantados. 16 Telaprevir y 14 Boceprevir. Todos los pacientes trasplantados recibieron Boceprevir. La indicación en el grupo no trasplantado fue Naive 33%, Null Responder 24%, Relapser 33% y Respondedor Parcial 10%. El valor de Fibroscan medio fue 13.1 KPa (16.6 en el grupo Telaprevir y 12.6 en el grupo Boceprevir). No hubo diferencias en la PCR pretratamiento en ambos grupos de tratamiento. En el grupo Boceprevir 2 paciente sususpendieron el tratamiento por incumplimiento de la rega de parada y ninguno en el grupo de Telaprevir. La anemización fue similar en ambos grupos y no hubo diferencias en la leucopenia entre ambos grupos. La trombopenia media fue mayor en el grupo tratado con Telaprevir aunque la cifra de plaquetas previa también era inferior a los pacentes tratados con Boceprevir. Los efectos secundarios fueron significativamente menores en el grupo de Boceprevir frente a Telaprevir (80% 33.3%) con un caso de toxicidad dermatológica grave en el caso de Telaprevir al finalizar las doce semanas que obligo a retirar todo el tratamiento obteniéndose RVS con 16 semanas totales de tratamiento. En el grupo de pacientes trasplantados una paciente suspendio el tratamiento por descompensación de la cirrosis, otra paciente por No respuesta en semana 12 y los otros tres pacientes evolucionan favorablemente con PCR negativas durante el tratamiento y sin efectos secundarios llamativos

CONCLUSIONES. El tratamiento con IP parece seguro y eficaz en pacientes con VHC Genotipo 1. No obstante, existen complicaciones graves que a veces pueden poner en peligro la vida del paciente. Los fármacos de los que disponemos poseen diferente perfil de efectos secundarios. Tratamientos cortos pueden ser suficientes para alcanzar RVS. En el paciente trasplantado son una opción también eficaz y bien tolerada en estadios no cirróticos.

6.-

EFFECTOS ADVERSOS POCO FRECUENTES TRAS EL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS C

Pisabarrros Blanco C, Álvarez Cuenllas B, Rodríguez Martín L, Aparicio Cabezudo M, Linares Torres P, Jorquera Plaza F, Olcoz Goñi J L.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL DE LEÓN

INTRODUCCIÓN. La infección por el virus de la hepatitis C afecta a más de 170 millones de personas en el mundo. El efecto secundario más común con interferón es un cuadro pseudogripal. Sin embargo, existen otros menos frecuentes en relación con su carácter inmunomodulador.

PACIENTES Y MÉTODOS. Presentamos a continuación tras revisión retrospectiva los pacientes con infección crónica por el virus C de nuestra consulta que con interferón y ribavirina desarrollaron este efecto secundario.

RESULTADOS:

1.- Varón de 53 años que tras cinco meses comenzó con tos, dolor pleurítico y disnea. Las pruebas radiológicas evidenciaban un patrón intersticial retículo-micronodular bilateral con adenopatías hiliares. La biopsia transbronquial demostró presencia de granulomas no necrotizantes.

Tras el diagnóstico de reacción sarcoidea secundaria al interferón se retiró el tratamiento antiviral y comenzó con corticoides.

2.- Varón de 35 años que a los catorce meses de tratamiento presentó una lesión ulcerada en el labio inferior. Se suspendió la biterapia y la biopsia fue compatible con pioderma gangrenoso con cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* con respuesta a corticoides y antibióticos.

3.- Varón de 56 años que a los 5 meses comenzó con un cuadro de disnea, tos seca y fiebre. La placa de tórax mostraba un patrón alveolo-intersticial y el TACAR áreas en vidrio deslustrado sugestivas de alveolitis. Finalmente una biopsia pulmonar abierta sugería neumonitis intersticial obligando a la suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES.

La mitad de los pacientes tras INF α , presenta un cuadro pseudogripal. En un 0,2% pueden aparecer lesiones cutáneas y hasta un 0.1- 0,2 % desarrollar sarcoidosis.

Tras diversos estudios se ha concluido que la pegilación del interferón potencia más los efectos adversos y más aún si se asocia ribavirina.

En definitiva, con la mayor utilización de estos fármacos debemos de tener especial vigilancia para detectar efectos secundarios menos frecuentes como los descritos.

7.-

DESARROLLO DE CUADROS DEPRESIVOS EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON INTERFERÓN ALFA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C.

González Redondo, E Berroa de la Rosa, L Fernández Salazar, S Gómez de la Cuesta, R Aller, N Alcaide, L Ruiz Rebollo, A Macho Conesa, B Velayos, L del Olmo, F Uribe Ladrón de Cegama. J. M. González Hernández G.*

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. *SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN. Los pacientes infectados con VHC que son tratados con interferón alfa (INF- α) presentan un riesgo significativo de desarrollar depresión (incidencia entre 20-30%) y otros efectos secundarios neuropsiquiátricos. Estos efectos pueden afectar a la adherencia al tratamiento, en ocasiones requieren reducción de dosis y a veces es necesario interrumpir completamente el tratamiento (5,6% en estudio de Lorenzo y cols, 6% en estudio de Maryam Alavi⁴). Siempre afectan a la calidad de vida del paciente. Estos datos han llevado a que algunos autores² defiendan la necesidad de evaluación psiquiátrica antes de comenzar estos tratamientos suponiendo que de una detección y terapéuticas tempranas de los cuadros depresivos pueda seguirse una mejor adherencia y una menor suspensión de tratamientos.

Presentamos 25 casos de pacientes con VHC de nuestro servicio que se derivan a Psiquiatría para valoración previa al tratamiento con INF- α y posteriores controles periódicos en dicho Servicio.

OBJETIVO. Identificar la incidencia de trastornos psiquiátricos previos al tratamiento con IFN, los atribuibles a dicha terapéutica y valorar la eficiencia de la consulta psiquiátrica pretratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se estudian de forma retrospectiva 25 pacientes diagnosticados de HC por VHC y que habían sido remitidos a la consulta de Psiquiatría para valoración previa al tratamiento con INF- α (doble o triple terapia). Se recogieron datos demográficos, antecedentes psiquiátricos y sus tratamientos si los hubiera habido. Así mismo se registraron los genotipos del VHC y el tratamiento recomendado. Los enfermos fueron estudiados por un mismo psiquiatra antes del comienzo del tratamiento para el cribado de patología depresiva mediante el "Score del inventario para la depresión de Beck" (BDI score) y posterior tratamiento si se consideraba necesario. Dicho test permite evaluar de forma rápida rasgos depresivos. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple; cada una de las respuestas se valora en función de una escala de puntos. La suma total de puntos se interpreta según el siguiente baremo: De 0 a 10: leves altibajos de ánimo. Normal. De 11 a 16: leve perturbación del estado de ánimo. De 17 a 20: estados de depresión intermitentes. De 21 a 30: Depresión moderada. De 31 a 40: depresión grave. De 40 a 63: depresión extrema. (Interpretación del IDB. Modificado de Sanz, Jesús y Vázquez, Carmelo. "Validez y datos normativos del inventario para depresión de Beck" Vol. 10, Número 2, 1999)

La puntuación final del test más la evaluación clínica del psiquiatra, determinaban el diagnóstico de cuadro depresivo y consecuentemente la recomendación de tratamiento médico.

RESULTADOS. Se analizaron 25 pacientes, 18 (72%) hombres y 7 (28%) mujeres con una mediana de edad de 46 años (35-60) que referían los siguientes antecedentes psiquiátricos: 11 sujetos (44%), historia de abuso de drogas por vía parenteral (ADVP), de ellos en 3 casos la drogadicción había estado asociada a alcoholismo y en un caso a historia de síndrome depresivo; 2 enfermos (8%) referían episodios depresivos previos resueltos y sin tratamiento actual;

un paciente (4%) historia de abuso exclusivo de alcohol y en 5 casos (20%) referían haber tenido otras alteraciones psiquiátricas (trastornos del sueño o ansiedad). Siete pacientes (28%) no presentaban ningún antecedente psiquiátrico. Del total de enfermos estudiados 21 pacientes (84%) referían no beber ni haber bebido o hacerlo de forma muy ocasional.

Los genotipos de los enfermos y las recomendaciones terapéuticas se indican en el siguiente cuadro:

Genotipo VHC	n 25 (%)	Tratamiento prescrito	n 25 (%)
1a	4 (16)		
1b	12 (48)	Triple terapia	9 (36%)
1a/1b	2 (8)		
3	7 (28)	Doble terapia	16 (64%)

Del total de pacientes y a lo largo del tratamiento, 7 (28%) de ellos (4 varones) fueron diagnosticados de síndrome depresivo y 2 (8%) de trastorno de la personalidad. Los pacientes que desarrollaron SD presentaban un BDI con una mediana de 17 puntos (9-37), 2 de ellos eran ex-ADVP y 1 paciente refería episodios depresivos previos, otro era adicto al alcohol, uno con otros trastornos psiquiátricos previos y en 2 casos no existía ningún antecedente psiquiátrico anterior. Todos los sujetos diagnosticados de síndrome depresivo (resultado BDI más consulta de psiquiatría) fueron tratados con psicofármacos (mirtazapina, paroxetina y sertralina) obteniendo muy buena respuesta clínica dado que en ningún caso fue suspendido el tratamiento antiviral. No se registró intento autolítico en ningún paciente. En el cuadro se especifica de forma agrupada la puntuación Beck de todos los pacientes:

Puntuación	n	% tratados
de 0 a 10	17	2
de 11 a 16	1	1
de 17 a 20	2	1
de 21 a 30	3	2
de 31 a 40	1	1
de 40 a 63	0	

De los enfermos tratados con triple terapia (9 casos) sólo 1 (11%) desarrolló trastornos depresivos frente a 6 (37,5%) de los 16 tratados con doble terapia.

La mediana de puntuación del IDB de los enfermos que no presentaron Síndrome depresivo fue de (2-24).

CONCLUSIONES.

En nuestro estudio, el 28% de los pacientes sometidos a tratamiento del VHC desarrollan síntomas depresivos. Estos síntomas son objetivables con BDI pero que no siempre tienen criterios clínicos de síndrome depresivo por lo que es necesario el concurso de un especialista en psiquiatría.

El tratamiento psiquiátrico precoz parece eficaz dado que en ningún caso fue necesaria la retirada del tratamiento antiviral en contraste con los resultados de la literatura en los que se suspende el tratamiento por motivos psiquiátricos en torno al 5%.

La triple terapia frente al VHC (con seguimiento de unos 5 meses de tratamiento) no parece aumentar la incidencia de trastornos psiquiátricos.

Harían falta estudios controlados con un mayor número de pacientes para poder estudiar la posible relación entre antecedentes psiquiátricos y desarrollar un cuadro depresivo con el tratamiento contra el virus C.

8.-

EL LEAD-IN EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA VHC CON TRIPLE TERAPIA

L Vaquero Ayala¹, B Álvarez Cuenllas¹, I M Alonso Castañé², C Pisabarras Blanco¹, M Aparicio Cabezudo¹, L Rodríguez Martín¹, E Gutierrez Gutierrez², P Linares Torres¹, JL Olcoz Goñi¹, F Jorquera Plaza¹

¹ SERVICIO APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE FARMACIA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

El lead-in es una estrategia de tratamiento en pacientes con hepatitis C sometidos a triple terapia con Boceprevir aunque en nuestra comunidad autónoma se utiliza tanto en los pacientes tratados con Boceprevir como en los tratados con Telaprevir. Las directrices de nuestra comunidad marcan que si no hay una caída ≥ 1 log en la carga viral VHC a la semana 4 de biterapia estándar deba de suspenderse el tratamiento dado las pocas posibilidades de éxito.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: analizar las características de los pacientes que no han superado la etapa de Lead-in

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un estudio descriptivo seleccionando a pacientes con hepatopatía crónica por VHC que inician Lead-in con intención de ser tratados con IP durante el año 2012.

RESULTADOS: 26 pacientes iniciaron Lead-in y de ellos durante el Lead-in 12 pacientes no consiguieron descender 1 log la carga viral y en otro hubo de suspenderse antes de la semana 4 por efectos adversos. La edad media era de 49 años y el 92% eran varones. Un 38% habían tenido una respuesta parcial a tratamientos previos y en un 23% se desconocía la respuesta previa. El 100% de los pacientes eran F4. El valor medio de descenso de la carga viral fue de 0,4 log. Los 13 pacientes que superaron el Lead-in tenían una edad de 53 años y el 70% eran varones, 38% con respuesta parcial a tratamientos previos y 38% con respuesta nula.

CONCLUSIONES.

El no sobrepasar el periodo de Lead-in es frecuente en el tipo de pacientes que estamos tratando en la actualidad

La gran mayoría de los casos en que no se supera el periodo Lead-in se debe a fracaso virológico

El perfil del paciente que fracasa es ser varón, F4, con polimorfismo CT y en el que la carga viral a la semana 4 cae por debajo de 0,5 log

9.-

EVALUACIÓN MEDIANTE ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN DE LOS PORTADORES INACTIVOS DE LA HEPATITIS CRÓNICA B

Badia Aranda E, Cervera Caballero LA, Fernández Marcos C, Ramos Rosario HA, Moncada Urdaneta AC, Bernad Cabredo B, Puebla Maestu A, Sáez-Royuela F.

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. S. APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU).

INTRODUCCIÓN. Según las guías clínicas recientes, se debe considerar el tratamiento de los pacientes con hepatitis crónica B (HCB) si tienen carga viral (CV) >2.000 UI/ml y/o alanina aminotransferasa (ALT) elevada y al menos fibrosis significativa (F \geq 2).

Los pacientes con HCB en estado de portador inactivo (PI) tienen HBeAg negativo, anti-HBe positivo, CV <2.000 UI/ml y ALT normal, no requiriendo tratamiento.

Recientemente, se ha visto que puede existir un número relevante de PI que tienen daño hepático significativo o incluso avanzado, medido por biopsia hepática o elastografía de transición (ET), lo que puede tener implicaciones importantes a la hora de decidir su tratamiento.

OBJETIVOS. Determinar si los PI de la HCB de nuestra población presentan daño medido hepático medido por ET y si esto haría modificar nuestra actitud terapéutica.

MÉTODOS. Estudio descriptivo y transversal de los PI, seleccionados entre los 112 pacientes con HCB revisados en el HUBU. Se excluyeron los pacientes coinfectados con otros virus de la hepatitis o con neoplasias.

Se realizó ET (Fibroscan®, EchoSens, París, Francia) para determinar el grado de fibrosis. Un valor de ET $\geq 13,1$ KPa es diagnóstico de cirrosis hepática; $\geq 9,4$ KPa es diagnóstico de fibrosis significativa, $\leq 6,2$ KPa la excluye y entre $>6,2$ KPa y $<9,4$ KPa forman parte del grupo denominado "zona gris".

RESULTADOS: 29 (26%) de los pacientes con HCB eran PI. El 55% eran hombres, con una edad media de $39 \pm 15,1$ años.

La ALT era $23 \pm 9,3$ UI/l y la carga viral de $313,4 \pm 429,1$ UI/ml.

26 (90%) tenían ET $<6,2$ KPa. Dos pacientes (7%) (uno con CV indetectable y otro 110 UI/ml), presentaban ET dentro de la "zona gris" y un tercero (3%), con CV 1.284 UI/ml tenía fibrosis significativa (12 KPa).

CONCLUSIONES.

El estudio mediante ET de nuestros pacientes PI de la HCB encuentra que la mayor parte no presenta fibrosis hepática. Sin embargo, se detectan algunos con daño hepático significativo, independientemente de los valores de CV y ALT, en los que se puede considerar el tratamiento.

10.-

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA B NAIVE: UTILIDAD DEL FIBROSCAN

Vaquero L, Alvarez-Cuenllas B, Joao D, García-Alvarado M, Aparicio M, Rodríguez L, Gutiérrez E, Alonso-Castañé MD, Fernández N, Linares P, Jorquera F, Olcoz JL.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. Los pacientes con hepatitis crónica B (HCB) reciben tratamiento según las guías clínicas cuando presentan una ALT elevada, una carga viral > 2000 UI/ml y presencia de una lesión hepática evaluada mediante biopsia hepática. Recientemente el fibroscan ha sido validado para determinar la lesión hepática.

OBJETIVOS. Evaluar las características de los pacientes con HCB naive. Determinar el perfil bioquímico y virológico de los individuos que presentan un fibroscan patológico.

PACIENTES Y MÉTODOS. Se analizaron de manera retrospectiva los pacientes con HCB que no habían recibido tratamiento previamente, en nuestra área (350000 habitantes). Evaluamos la edad, sexo, raza, situación laboral, consumo de alcohol, transaminasas, GGT, carga viral, cuantificación del HBsAg y el resultado del fibroscan.

RESULTADOS. Fueron incluidos 40 pacientes (edad media $44,9 \pm 15,1$ años), 55% varones. El 77,5% era caucásico. El 50% tenía trabajo activo, un 25% estaba en paro y el 9,4% jubilado. El 63,6% no consumía habitualmente alcohol, el resto reconoció una ingesta inferior a 50g/día. No se detectó alteraciones elastográficas en

el 60% de los individuos, sin embargo el 17,5% presentaron fibrosis ($>9,4$ kp). El resto tenían un resultado en la elastografía situado en la zona gris.

Una mayor lesión en el fibroscan se asoció con un incremento de la carga viral (281.783 vs $18.890.637$ vs $48.572.298$; $p=0,013$). Los niveles de transaminasas aumentaban conforme se agravaba la lesión hepática, alcanzando significación estadística. Los enfermos con HCB sin fibrosis tenían una GGT de 19,9 UI/l, mientras que en los que presentaban resultados situados en la zona gris o fibrosis ya marcada eran de 27 UI/l y 53,3 UI/l respectivamente ($p=0,005$). El tiempo conocido de evolución de la enfermedad de los sujetos con fibrosis era superior que en los sujetos sin lesión elastográfica (6 vs 3,9 años; $p=0,79$). Después de la realización del fibroscan 10/40 pacientes iniciaron tratamiento con análogos de nucleótidos.

CONCLUSIONES.

El fibroscan puede permitir la identificación de un porcentaje significativo de pacientes con HCB que pueden beneficiarse de tratamiento. Los individuos con mayor lesión hepática tienen niveles de transaminasas, GGT y carga viral más elevados. El tiempo de evolución de la enfermedad favorece el daño hepático.

11.-

TENOFOVIR Y ENTECAVIR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS B

Calderón Begazo R, Martín Arribas MI, Mora Soler AM, Piñero Pérez MC, González San Martín F, Jiménez Vicente F, Martínez Moreno J, Acosta Materán R, Jamanca Poma Y, Umaña Mejía J, Rodríguez Pérez A.

SERVICIO DE A181PARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

INTRODUCCIÓN: tenofovir (TDF) y entecavir (ETV) son antivirales potentes y con alta barrera genética eficaces frente al virus B. Objetivo: analizar las características de pacientes con infección por virus B tratados con estos fármacos.

MÉTODOS: estudio retrospectivo en 46 pacientes tratados TDF o ETV en monoterapia en el Hospital Universitario de Salamanca.

RESULTADOS: 7 (15,2%) pacientes eran AgHBe positivos y 37 (80,4%) negativos, 2 carecían de este dato. 33 (71,7%) eran naives y 13 (28,3%) habían recibido uno o más tratamientos antivirales previos.

Se trataron con ETV 15 pacientes (60% hombres) y con TDF 31 (52% hombres). Indicaciones de ETV: hepatitis crónica (60%), cirrosis compensada (13,3%), reactivación espontánea (6,7%), reactivación por inmunosupresión (6,7%), profilaxis pre-tratamiento inmunosupresor (13,3%). Indicaciones de TDF: hepatitis crónica (64%), cirrosis descompensada (6,4%), hepatitis aguda (3,2%), reactivación por inmunosupresión (9,7%), profilaxis post-TOH (3,2%), profilaxis pre-tratamiento inmunosupresor (12,9%).

Las transaminasas estaban elevadas en 23 (50%) pacientes, normalizándose con el tratamiento en 17 (73,9%). El ADN-VHB se negativizó en todos los pacientes, excepto uno (falleció a los 4 meses de iniciar tratamiento). Presentaron seroconversión 3/7 (42,8%): 1 con ETV y 2 con TDV. El AgHBe se negativizó en 2 (4,3%): 1 con ETV y 1 con TDV. Fallecieron 4 (8,7%), 3 con neoplasias hematológicas y 1 con un tumor germinal metastásico. No hubo efectos adversos significativos.

CONCLUSIONES: la principal indicación del tratamiento fue hepatitis crónica. Casi todos los pacientes negativizaron el ADN.

Menos de la mitad de los AgHBe positivos presentaron seroconversión. Solo el 4,3% negatizaron el AgHBs.

12.-

HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS E TRATADA CON RIBAVIRINA

Calderón Begazo R, Mora Soler A, Martínez Moreno J, Martín Arribas MI, Jamanca Poma Y, Umaña Mejía J, Acosta Materán R, Rodríguez Pérez A.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

INTRODUCCIÓN. La infección por virus de la hepatitis E (VHE) suele ser aguda y autolimitada. Recientemente se han descrito casos de infección crónica, especialmente en inmunodeprimidos.

OBJETIVO. presentar un caso de hepatitis crónica por VHE, en una paciente inmunodeprimida, que fue tratada con ribavirina.

CASO CLÍNICO. Mujer de 61 años remitida desde Hematología por hipertransaminasemia (AST=227, ALT=331) de un año de evolución. Diagnosticada de linfoma no Hodgkin folicular 9 años antes, tratada con inmunosupresores, incluido Rituximab, sin tratamiento en el último año. Presentaba hipogammaglobulinemia como secuela del tratamiento. El estudio para identificar la causa de la hepatopatía, incluyendo serologías de VHA, VHB, VHC, EBV, CMV y Herpes simple, fue negativo. Se retiraron medicamentos hepatotóxicos. Una biopsia hepática mostró hepatitis crónica con signos de actividad, sin infiltración neoplásica. Se consideró como etiología más probable hepatitis autoinmune desencadenada por fármacos, iniciándose tratamiento con metilprednisolona. Tres meses después ingresó por descompensación edematoascítica. Se realizaron: ecografía (ascitis), gastroscopia (no varices), analítica (AST=267, ALT=332 y CGT=779, hipogammaglobulinemia), y ARN-VHE en suero y heces que fue positivo. Se suspendió metilprednisolona. Se indicó ribavirina (400 mg/12 horas) que se mantuvo un año. El ARN-VHE al mes y al año de tratamiento fue negativo, mejorando notablemente el perfil hepático.

DISCUSIÓN. El tratamiento de la hepatopatía crónica por VHE no está establecido. Los tratamientos utilizados son: disminución o suspensión de inmunosupresores o terapia con peginterferon o ribavirina, con dosis y duración variables según los estudios. En nuestro caso se demuestra la eficacia de la ribavirina en monoterapia.

13.-

IMPORTANCIA DE LA HEPATOLOGÍA EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

López Ramos C, Conde Gacho P, Martín Garrido E, Ochoa Sangrador C, Bailador Andrés C, Pérez Marte A, Julián Gómez L, Fuentes Coronel A, Fradejas Salazar P, Pérez Villoria A, Rodríguez Gómez S

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA).

INTRODUCCIÓN. Nuestro objetivo es conocer el impacto que las enfermedades hepáticas tienen sobre la actividad asistencial desarrollada en un hospital de segundo nivel.

MÉTODOS. Se ha procedido al análisis de los datos de los ingresos del Hospital Virgen de la Concha en el año 2012, y se han calculado ciertos indicadores, como el porcentaje de ingresos por

enfermedades hepáticas y sus complicaciones en el servicio de aparato digestivo.

RESULTADOS. Las enfermedades hepáticas representan el 7,3% de las altas producidas en nuestro servicio. Las causas más frecuentes de ingreso son la descompensación hidrópica y la encefalopatía hepática (40,9 y 22,7% respectivamente). La etiología más frecuente de enfermedad hepática es la hepatopatía crónica etilíca seguida por el VHC. La edad media de los pacientes hepatópatas es de 63,6 años y la estancia media de 10,3 días. La tasa de reingresos en 2 meses es más frecuente en estos pacientes (30,3% frente a 13,5% en no hepatópatas), así como la mortalidad (10,8% vs 1,6%).

CONCLUSIONES.

Las enfermedades hepáticas siguen constituyendo una causa fundamental de ingresos hospitalarios recurrentes. Los pacientes hepatópatas que ingresan se encuentran en una fase avanzada de su enfermedad, con tasas de reingreso y mortalidad elevadas, siendo el pronóstico de estos pacientes mucho más grave.

14.-

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS DE ORIGEN AUTOINMUNE. SERVICIO DIGESTIVO. HOSPITAL RIO CARRION. PERIODO ENERO 2005-DIC 2012.

De Jesús, K. Castillo, T. Germade, A. Maestro, S. García, I.

HOSPITAL RÍO CARRIÓN DE PALENCIA.

Las enfermedades hepáticas de origen autoinmune son enfermedades necroinflamatorias crónicas que provocan daño en el hepatocito, los pequeños conductos biliares y al sistema biliar; a través del sistema inmunológico, de etiología desconocida.

Desde el punto de vista clínico se pueden distinguir tres entidades: hepatitis autoinmune (HAI), cirrosis biliar primaria (CBP), y la colangitis esclerosante primaria (CEP). Estos no sólo son diferentes en cuanto a su perfil clínico, bioquímico y evolutivo, también difieren en la estrategia de diagnóstico, régimen terapéutico, así como su asociación con otras enfermedades autoinmunes y el desarrollo de cáncer.

OBJETIVO. Describir las características clínicas de los pacientes con hepatopatía de origen autoinmune en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se estudiaron retrospectivamente los pacientes con diagnóstico de HAI, CEP y CBP en el servicio de Digestivo. Se revisaron las fichas clínicas registrándose las características clínicas, alteraciones de laboratorio, enfermedades asociadas, estudio de imágenes y tratamiento. Se analizaron los datos a través del sistema estadístico EPI INFO.

RESULTADOS. Se incluyeron 58 pacientes en total. La edad media de nuestra población fue en el intervalo de 51-60 años. De los pacientes con CBP se incluyeron 28 pacientes siendo el 93% mujeres. El 82% de los pacientes se encontraban asintomáticos al momento del diagnóstico. Alrededor del 45% presentaba una enfermedad autoinmune concomitante. En relación con los pacientes con HAI se incluyeron 24 pacientes siendo el 50% hombres. La forma de presentación fue 55% hepatitis aguda. Un 12% de los pacientes presentaba cirrosis. El tratamiento médico se indicó en el 100% de los casos, de los cuales tuvieron respuesta parcial o completa en el 74%. Los pacientes con CEP se incluyeron 6 pacientes de los cuales el 67% correspondía al sexo masculino, el 50% tenía antecedente de colitis ulcerosa. Un paciente desarrollo adenocarcinoma de la vía biliar.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico y el inicio de tratamiento precoz de los pacientes con enfermedades progresivas como son las hepatopatías autoinmunes ayudaría a reducir las incidencias de complicaciones.
- La mayoría de los casos con HAI son tipo I, la forma de presentación más frecuente fue la hepatitis aguda y La terapéutica inmunosupresora es efectiva en la mayoría de los pacientes
- La CEP es una causa poco frecuente de enfermedad hepática crónica en adultos en nuestro medio.

15.-

VALORACIÓN PROSPECTIVA DE LA UTILIDAD DE LA SONDA XL FRENTE A LA M, EN LA MEDICIÓN DE LA RIGIDEZ HEPÁTICA

Vargas A, Vallecillo Sande MA, Peñas Herrero I, Sánchez Ocaña R, Santos Santamarta F, Sancho del Val L, Ruiz-Zorrilla R, Fernandez Orcajo P, Almohalla Alvarez C, García Pajares F, Sanchez-Antolin G, Caro-Patón A

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. HOSPITAL RIO HORTEGA, VALLADOLID.

La Elastografía Hepática Transitoria (FibroScan), es un método simple, no invasivo para evaluar la fibrosis hepática. Un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 25 se asocia con menor tasa de éxito en la prueba. Una nueva Sonda (XL) ha sido diseñada específicamente para pacientes con sobrepeso y obesos.

OBJETIVOS. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la medición de la rigidez hepática cuando se utiliza la sonda XL en pacientes con IMC superior a 25 Kg/m², en comparación con la sonda M.

MÉTODOS. Estudiamos prospectivamente 37 pacientes, a los que se realizó simultáneamente FibroScan con la sonda M y XL. La localización hepática y la distancia piel-cápsula hepática fueron evaluados antes de cada examen utilizando un Ecógrafo. Además se recogieron el IMC, las circunferencias torácica y de cintura, el sexo y la edad de los pacientes. El análisis estadístico se realizó mediante prueba t pareada para variables cuantitativas y el test de Chi-cuadrado para las variables categóricas.

RESULTADOS. Se incluyeron 37 pacientes (20 hombres y 15 mujeres), edad media 52,08 años, e IMC 32,41+/-5,78. La tasa de éxito media fue 56,75% con la sonda M frente a 91,8% con la sonda XL respectivamente (P<0.001). Se consiguió resultado válido con la sonda XL, en el 81,2% de los pacientes en los que la sonda M no lo consiguió. La duración de la prueba fue superior con la sonda M que con la XL (p<0,001). El índice de correlación de rigidez entre ambas sondas (M y XL) en el mismo paciente fue 0,98. La tasa de éxito con ambas sondas se asoció con la circunferencia torácica y de cintura, y con la distancia piel-cápsula (P<0.05).

CONCLUSIONES.

EL FibroScan mide la rigidez hepática con éxito en un porcentaje alto de pacientes. La Sonda XL aumenta significativamente la tasa de éxito sobre la sonda M, en pacientes con sobrepeso y obesos. La rigidez hepática tiene una buena correlación entre ambas sondas. El fallo del test con la sonda M se asoció a la circunferencia torácica, de cintura y la distancia piel-cápsula hepática. La sonda XL mejora la tasa de éxito del FibroScan en pacientes con elevado IMC

16.-

MEDIDA DE LA FIBROSIS HEPÁTICA MEDIANTE ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA EN PACIENTES REUMÁTICOS TRATADOS CON METOTREXATE

Aparicio M, Fernández N, Vaquero L, Vitoviz C.A, Rodríguez L, Álvarez Cuenllas B, Pisabarro C, García Alvarado M, Joao D, Linares P.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

INTRODUCCIÓN. El Metotrexate (MTX) es un inmunosupresor utilizado en el tratamiento de enfermedades reumatológicas. La administración prolongada de altas dosis de este fármaco ha sido asociada clásicamente con la fibrosis hepática (FH). Actualmente, es posible evaluar la fibrosis mediante técnicas no invasivas como la elastografía de transición (FibroScan®)

El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar el grado FH en enfermos reumatológicos tratados con MTX, su relación con la duración del tratamiento y la dosis acumulada.

MATERIAL Y MÉTODOS. Desde Enero a Abril de 2013 se incluyeron todos los pacientes que acudieron de forma consecutiva a la consulta de reumatología y que tomaban metotrexate en ese momento. El grado de FH fue determinado mediante el Fibroscan®. Se evaluó el tiempo y dosis acumulada de MTX, tipo de enfermedad reumatológica, uso de Leflunomida, consumo de alcohol, presencia de hepatopatía previa o de síndrome metabólico, alteración de transaminasas y consumo de otros fármacos.

RESULTADOS. Se incluyeron 48 pacientes (edad media de 56.83 años), 60% mujeres. Presentaban artritis reumatoide 23 (47.9%), artritis psoriásica 13 (27,1%), artritis seronegativas 7 (14.6%), artropatía asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal 4 (8.3%) y lupus eritematoso sistémico 1 (2.1%). El tiempo de evolución medio de la enfermedad de base fueron 9,7años, y la dosis media acumulada de MTX de 3391,7mg. Al evaluar la FH se observó que el 93,6% presentaba un estadio menor de F2. Once pacientes tomaron en algún momento Leflunomida. Ningún paciente tenía una hepatopatía asociada y 17 sujetos tenían síndrome metabólico asociado.

Los sujetos que recibieron dosis superiores a 3000 mg no demostraron un mayor daño hepático. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de FH según la enfermedad reumática de base, la presencia de síndrome metabólico, la toma de leflunomida o la duración del tratamiento con MTX.

CONCLUSIÓN.

El MTX parece ser un fármaco seguro, incluso siendo utilizado durante años. La elastografía de transición (FibroScan®), puede ser un método útil para valorar la FH y su seguimiento en este grupo de pacientes.

17.-

COMPOSICIÓN CORPORAL, RESISTENCIA A LA INSULINA E HÍGADO GRASO EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA.

Rodríguez Martín L, Aparicio Cabezudo M, García Alvarado M., Vaquero Ayala L, Pisabarro Blanco C, Álvarez Cuenllas B, García Fernández N, Joao Matas D, Díez Rodríguez R, Olcoz Goñi JL

HOSPITAL DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. La densitometría (DXA) se ha utilizado para relacionar la composición corporal con el riesgo cardiovascular

pero no existen estudios que evalúen su relación con la hepatopatía grasa.

OBJETIVOS. Evaluar la relación entre la resistencia a la insulina en pacientes obesos con la distribución corporal y la histología hepática.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se incluyeron 137 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital de León desde Junio 2008 hasta Julio de 2012. Se excluyeron aquellos que no pudieron realizarse la DXA (el modelo lunar tiene un límite de peso 150kg). Se evaluaron parámetros asociados con esteatosis hepática y presencia de EHNA (distribución corporal, cintura y HOMA). Se estratificó el análisis según el sexo.

RESULTADOS. Se incluyeron un total de 102 pacientes, 77,5% mujeres. La edad media fue de 45,06 años (DS 9,5) y el IMC de 46,4 (DS 5,92). El HOMA resultó de 6,2 (DS 4,12) y el perímetro abdominal de 130 cm (DS 12,16). Un 45,1%, 25,5 % y 13,7% mostraron grado 1, 2 y 3 de esteatosis respectivamente. Un 14,7% de los pacientes presentaron EHNA.

El HOMA se asoció con mayor esteatosis (8,01 en esteatosis grado 1-2 vs 5,09 en esteatosis grado 0-1 $p<0,01$) y con la esteatohepatitis (136,9 vs 128,8 $p=0,05$). Lo mismo ocurrió con el perímetro abdominal (132,7cm vs 128,3cm $p=0,05$ y 136,9cm vs 128,8cm $p=0,05$ respectivamente).

Los pacientes con resistencia a la insulina resultaron tener menor masa y grasa en la región ginoide (15,9 kg vs 17,1 kg y 8,1 kg vs 9,2 kg; $p=0,05$ y $p<0,01$ respectivamente). Un mayor grado de esteatosis se asoció con presentar más masa en la región androide ($p=0,02$) y menos masa y grasa en la región ginoide ($p=0,05$ y 0,04 respectivamente). En el análisis por sexos ninguno de los parámetros del DXA resultó asociado a padecer EHNA.

CONCLUSIONES

1.- La resistencia a la insulina se asocia a la presencia de esteatosis hepática y de EHNA.

2.- La distribución ginoide o androide de la grasa corporal parece ser factor protector o de riesgo para el desarrollo de esteatosis hepática e insulinorresistencia.

18.-

IMPORTANCIA PRONÓSTICA DEL VEGF EN LA CIRROSIS Y EL HEPATOCARCINOMA

Peñas Herrero I, García Pajares F, Vargas A, Sanchez Ocaña R, Santos Santamarta F, Sancho del Val L, Ruiz-Zorrilla R, Vallecillo Sande MA, Almohalla Alvarez C, Sanchez-Antolin G, Caro-Patón A

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. HOSPITAL RIO HORTEGA, VALLADOLID.

OBJETIVO. Investigar el nivel de expresión en suero del factor de crecimiento endotelial vascular(VEGF) en pacientes con carcinoma de carcinoma hepatocelular(CHC) según el tamaño tumoral y comparándola con la expresión en pacientes cirróticos sin hepatocarcinoma(CH).

MÉTODOS. Los Niveles VEGF en suero fueron medidos usando enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) en 40 pacientes con CH y en 48 pacientes cirróticos con CHC. Se recogieron retrospectivamente datos clínicos de todos los pacientes: etiología de la cirrosis, número y tamaño de las lesiones, alfafetoproteína y VEGF. Se compararon los resultados obtenidos en los pacientes con tamaño tumoral inferior a 5 cm frente a aquellos igual o mayores de 5 cm.

RESULTADOS. La edad media de ambos grupos fue 59.5 (+/- 11.9) en CH y 66.6 (+/-9.6) en CHC respectivamente. La causa más frecuente de cirrosis en el grupo CH fue el alcohol (57.5%) frente al Virus de la Hepatitis C (47.8%) en el grupo de pacientes con CHC. En el grupo de CHC el 58.7% tenían 1 LOE, el 21.7% 2, el 2.17% 3 y el 17.4% 4 o más lesiones. El tamaño medio fue de 4.27+/-2.20 cm. El nivel de suero medio de VEGF en los pacientes CHC fue 212,4 pg/ml, significativamente mayor que el de pacientes CH ($P= 0.001$) Tabla 1. Los niveles séricos de VEGF no se correlacionaron con los niveles de alfafetoproteína. Por otro lado VEGF fue significativamente menor en CHC <5 cm respecto a los tumores mayor o igual a 5 cm (Tabla 2). La mortalidad a los 5 años también fue significativamente superior en el grupo de pacientes con VEGF>220 pg/mL $p>0.001$ Pacientes con VEGF sérico >220 pg/ml tuvieron peor supervivencia en comparación con aquellos con nivel VEGF inferior($P= 0.002$). Mediante el análisis multivariante, el nivel VEGF de suero fue un factor pronóstico importante.

CONCLUSIONES

Los niveles de VEGF son significativamente mayores en pacientes cirróticos con CHC. Sin embargo no se correlacionan con los niveles de alfafetoproteína. Como en estudios previos, los biomarcadores tumorales pueden ser un marcador diagnóstico precoz serológico de HCC.

TABLA 1.- Media VEGF y Mediana Alfafetoproteína en CH y CHC

	CIRRÓTICOS	CHC	P
ALFAFETO (ng/mL)	2.8	32.25	<0.001
VEGF (pg/mL)	157,6	212,4	<0.001

TABLA 2.- VEGF según tamaño tumoral (pg/mL)

VEGF<5cm	160,88
VEGF>=5cm	277,4789474