



# Comunicaciones Orales

## XXII REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN CASTELLANO Y LEONESA DE HEPATOLOGÍA (ACYLHE).

4-5 MAYO DE 2012

1.

### **SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA CIRROSIS HEPÁTICA.**

Ramos-Rosario HA, Badía Aranda E, Pérez Álvarez, JC;  
Sáez-Royuela F.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. UNIDAD DE HEPATOLOGÍA.  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. BURGOS, ESPAÑA.

**INTRODUCCIÓN.** El sobrepeso y la obesidad son factores etiológicos bien conocidos del hígado graso no alcohólico. Aunque se conocen los efectos sinérgicos del síndrome metabólico y el alcohol sobre la enfermedad hepática, la contribución del sobrepeso y la obesidad al desarrollo o la evolución de la cirrosis hepática de cualquier etiología no está tan clara. Hemos querido ver si el sobrepeso y la obesidad aparecen en los pacientes cirróticos y si su prevalencia es diferente según la etiología.

**OBJETIVO.** Analizar la incidencia del sobrepeso y la obesidad, medidos mediante el índice de masa corporal (IMC), en una cohorte de pacientes cirróticos y determinar si los cirróticos de origen enólico, tienen mayor incidencia de sobrepeso u obesidad que los cirróticos de otra etiología.

**MÉTODO.** Estudio prospectivo descriptivo de todos los pacientes con cirrosis a los que se les realizó una ecografía de cribado de carcinoma hepatocelular en nuestra unidad desde 01/06/2011 a 31/12/2011. Los criterios para el diagnóstico de cirrosis fueron los habitualmente aceptados y se consideró una etiología alcohólica cuando el consumo de alcohol diario era mayor de 60 g en las mujeres y 80 g en los hombres. Para el diagnóstico de otras etiologías se utilizaron los criterios habituales. Se excluyeron a los pacientes con ascitis para no falsear el peso real.

**RESULTADOS.** Se estudiaron 128 pacientes con cirrosis hepática sin ascitis. La etiología más frecuente de la cirrosis fue el alcoholismo (53%), seguida de la infección por VHC (19,5%). La prevalencia de sobrepeso u obesidad (IMC > 25) fue del 74%. El sobrepeso se encontró en el 39% y la de obesidad en el 35%. Estas cifras son muy similares a las de la población española de similar rango de edad. En el análisis por etiologías el porcentaje de pacientes con sobrepeso u obesidad fue similar en los cirróticos alcohólicos que en otras etiologías (81% y 70% respectivamente) [p=0.1495]

**CONCLUSIONES.** Existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en nuestra cohorte, similar a la de la población española. No encontramos diferencias según la etiología de la cirrosis. En los pacientes con cirrosis hay que tener en cuenta el papel que el sobrepeso y la obesidad pueden jugar en la evolución y tratamiento de la enfermedad.

2.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO NO ALCHÓLICO EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA ¿ES UNA SUBPOBLACIÓN DIFERENTE?**

G. González Redondo, R. Aller de la Fuente, D. De Luis\*,  
Olazt Izaola\*, A. Macho Conesa, S. Gómez de la Cuesta,  
L. Fdez. Salazar, B. Velayos Jiménez, F. de la Calle, L. del Olmo,  
L. Ruiz Rebollo, T. Arranz, J.M. González Hernández.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.  
INSTITUTO DE ENDOCRINOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA,  
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID\*

**INTRODUCCIÓN.** La esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) es la enfermedad hepática crónica más prevalente en los países occidentales. Aunque la etiopatogenia no está del todo aclarada, parece que la resistencia a la insulina es un factor clave para su desarrollo, además de otros factores que actúan sobre individuos pre-dispuestos.

**OBJETIVO.** Comparar la gravedad de la afectación bioquímica e histológica de la EHNA en pacientes con obesidad mórbida (IMC  $\geq$  40) y pacientes con IMC <40.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se incluyeron 132 pacientes con EHNA diagnosticada mediante biopsia hepática. Tras excluir pacientes con ingesta de > 20 g de alcohol al día, serología VHC+, VHB+, VIH+, Hemocromatosis Déficit de A1-antitripsina, Autoanticuerpos +, Diabetes mellitus, Alteración TSH o Fármacos como causa de esteatosis hepática, se realizó determinación analítica (GOT, GPT, GGT, Glucosa, Insulina, resistencia a la insulina (HOMA), TNF-alfa, leptina, IL-6, adiponectina, resistina y osteocalcina. Se realizó una valoración antropométrica (peso, talla, IMC) y encuesta nutricional a 71 de los pacientes. Se realizó biopsia hepática al 100%, que se valoró según la clasificación histológica de Brunt. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

**RESULTADOS.** Se analizaron 132 pacientes con Edad media de 43,5 $\pm$ 11,5 años, de los cuales 73 (54,1%) eran varones y 62 (45,9%) mujeres. El IMC medio fue de 38,2 $\pm$ 10,6. Los datos bioquímicos del total de la muestra fueron: HOMA: 3,8 $\pm$ 2,7, AST (UI/L): 39,6 $\pm$ 25,9 ALT (UI/L): 63,3 $\pm$ 44,8 GGT (UI/L): 83,3 $\pm$ 71,5 FA (: 82,1 $\pm$ 33,9. En cuanto a la histología hepática, se observó esteatosis menor de 33% en 63 pacientes (47,8%), y mayor del 33% en 69 pacientes (52,2%), presencia de infiltración lobulillar en 93 pacientes (70,5%) presencia de infiltración portal en 93 pacientes (70,5%) y fibrosis en 56 pacientes (46,3%). El grado de Brunt fue leve ( $\leq$  4) en 59 pacientes (44,7%) y avanzado (>4) en 73 pacientes (55,3%). Al

comparar según el IMC, se observó un HOMA de 3,7 en los pacientes con IMC < 40 frente a 4,1 en los de IMC  $\geq$  40 ( $p < 0,05$ ). La bioquímica reveló una GPT de 81 UI/L y una GGT de 86 UI/L en pacientes con IMC < 40 frente a 44 UI/L y 75 UI/L respectivamente en pacientes con IMC  $\geq$  40 ( $p < 0,05$ ). En cuanto a las adipocinas, se observaron niveles de leptina de 28 ng/ml, IL-6 de 4 ng/ml y resistina de 3 ng/ml en pacientes con IMC < 40 frente a 80 ng/ml, 32 ng/ml y 6,1 ng/ml respectivamente en los de IMC  $\geq$  40 ( $p < 0,05$ ). Se observaron niveles de adiponectina de 29 UI/L y de osteocalcina de 10 UI/L en pacientes con IMC < 40 frente a 13 UI/L y 8,6 UI/L respectivamente en pacientes con IMC  $\geq$  40 ( $p < 0,05$ ). En cuanto a la biopsia hepática, en obesos mórbidos se observó una proporción mayor de esteatosis+inflamación+fibrosis (72,5 %) que en no mórbidos (27,5 %) ( $p < 0,05$ ). La proporción de inflamación portal fue mayor en pacientes con IMC  $\geq$  40 (51,8%), así como la presencia de fibrosis (52,9%) ( $p < 0,05$ ). Por último, en obesos mórbidos se observó una mayor proporción de grado severo de Brunt (>4) (54,4%) ( $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIONES.** En nuestra serie de pacientes se observa que el grupo con IMC  $\geq$  40 presenta mayor resistencia a la insulina, menor concentración de enzimas hepáticas (¿sesgo?), mayor concentración de citoquinas proinflamatorias y menor concentración de citoquinas protectoras. En cuanto a la biopsia, se observa mayor afectación histológica y mayor proporción de fibrosis.

### 3.

#### ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CIRRÓTICOS SEGÚN LA INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO.

A. Vargas García, S. Lorenzo Pelayo, MT Herranz Bachiller, I. Peñas Herrero, R. Ruiz-Zorrilla López, L. Sancho del Val, F. García Pajares, C. Almohalla Álvarez, I. Peñas Herrero, F. Santos Santa Marta, R. Sánchez-Ocaña, G. Sánchez Antolín

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. VALLADOLID.

**OBJETIVO.** Estudiar el estado nutricional de un grupo de pacientes candidatos a trasplante hepático y valorar si existen diferencias en el estado de nutrición entre los pacientes candidatos a trasplante por cirrosis hepática frente a los candidatos a trasplante por hepatocarcinoma (CHC)

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudiamos 112 pacientes en los que se pudo realizar durante el estudio pretrasplante estudio nutricional incluyendo antropometría, análisis por impedanciometría bioeléctrica y encuesta nutricional. Se excluyeron los pacientes en los que no se pudo realizar la valoración por su estado basal o la Urgencia del Trasplante. Se compararon los resultados entre el grupo de pacientes trasplantados por CHC y el grupo de pacientes trasplantados por cirrosis avanzada (CH).

**RESULTADOS.** El 74,9% de los pacientes estudiados fueron varones frente al 25,1% de mujeres. La edad media fue de 53,52 años (+/-10,04). La etiología de la cirrosis fue 45,7% enólica, en el 37% viral (VHB/VHC). Y la indicación de trasplante fue CH en el 64% y CHC en el 28,6%. Se compararon los parámetros nutricionales en ambos grupos. Hubo diferencias estadísticamente significativas en el pliegue tricipital (PT), la circunferencia braquial (CB), y la circunferencia muscular del brazo (CMB), mostrando los trasplantados por CH peores valores antropométricos que aquellos trasplantados por CHC. Se compararon además los resultados entre ambos sexos, observando que en mujeres, no hubo diferencias en los resultados de la impedanciometría entre las dos indicaciones, si bien existía una tendencia, pero sin significación estadística,

probablemente por el escaso número de mujeres. En el grupo de varones, se confirman los datos obtenidos en la población total ( $p < 0,05$ ). También hubo diferencias significativas en los parámetros analíticos ( $p < 0,05$ ). Al comparar la encuesta nutricional, encontramos tan sólo diferencias en la ingestión de proteínas ( $p < 0,02$ )

**CONCLUSIONES.** Tanto la valoración antropométrica como la bioquímica del estado nutricional en pacientes cuya indicación TOH fue CH fueron significativamente peor que la de aquellos trasplantados por Hepatocarcinoma. En lo que se refiere a la encuesta nutricional los pacientes con CH ingerían proteínas en cuantía significativamente menor a los pacientes con CHC. Por lo que respecta al grupo de CH, los parámetros nutricionales bajos podrían ser debidos a la menor producción de proteínas. Por ello el IMC e impedanciometría ayudan poco a establecer el estado nutricional, ya que pueden estar interferidos por las alteraciones de la composición corporal del cirrótico

### 4.

#### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN UN HOSPITAL DE CASTILLA Y LEÓN

Badía Aranda E, Ramos-Rosario HA, López Morante A, Sáez-Royuela F.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. BURGOS, ESPAÑA.

**INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS.** La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es un problema sanitario importante, por su alta prevalencia y su relación con la cirrosis hepática y la aparición de hepatocarcinoma. En los últimos años, la población inmigrante ha aumentado notablemente en España, procediendo en su mayor parte de países en vías de desarrollo, donde la prevalencia de la infección por el VHB, es mayor y las características de la enfermedad son diferentes.

Por estos motivos, hemos querido revisar las características epidemiológicas actuales de los pacientes con hepatitis crónica por VHB (hepatitis B) en nuestra población.

**MÉTODOS.** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de la prevalencia y las características epidemiológicas de los pacientes con hepatitis B revisados en el Servicio de Aparato Digestivo del Complejo Asistencial Universitario de Burgos durante el año 2011.

**RESULTADOS.** Se han estudiado 92 pacientes con hepatitis B, 61 hombres y 31 mujeres, encontrándose el 53% entre los 21 y 40 años. Entre los años 1980 y 1989 se diagnosticaron 12 pacientes; 23 entre 1990 y 1999 y 57 entre 2000 y 2011. Un 5% de los pacientes están coinfectados con el virus de la hepatitis C y el 2% con el virus de la hepatitis D. En el momento del diagnóstico, se consideró que el 62% de los pacientes se encontraban en fase de inmunotolerancia o portador inactivo, el 31% hepatitis crónica y el 7% tenían cirrosis hepática. El 14% de los casos tenían AgHBe positivo. El 24% tenían carga viral indetectable. Según el índice APRI el 57% presentaban F0-F1, el 33% F2 y el 10% F3-F4. En el 40% se había efectuado biopsia hepática. En el 8% se encontraron cambios mínimos, en el 87% hepatitis crónica y en el 5% cirrosis. Recibieron tratamiento 38 pacientes (41%). El tratamiento inicial fue INF estándar (8), Peg-IFN (5), Lamivudina (4), Adefovir (5), Entecavir (7), Tenofovir (9).

**CONCLUSIONES.** El número de pacientes diagnosticados de hepatitis B ha aumentado en la última década. Los pacientes coinfectados son minoría. Predominan los pacientes AgHBe negativo

y con carga viral detectable. Entre el 5 y 10% de nuestros pacientes con hepatitis B presentan una fibrosis avanzada.

## 5. ENCUESTA DE HáBITOS DE PROFILAXIS DE REACTIVACIÓN DE VHB EN NUESTRO MEDIO

Sara Lorenzo Pelayo<sup>(1)</sup>, Gloria Sánchez Antolín<sup>(1)</sup>, Félix García Pajares<sup>(1)</sup>, Carolina Almohalla Álvarez<sup>(1)</sup>, M. Teresa Herranz Bachiller<sup>(1)</sup>, Noelia Alcaide Suárez<sup>(1)</sup>, Rocío Castillo<sup>(2)</sup>, Isidro García<sup>(2)</sup>, Santiago Rodríguez Gómez<sup>(3)</sup>, Eva Martín Garrido<sup>(3)</sup>

<sup>1</sup> HOSPITAL RÍO HORTEGA DE VALLADOLID,

<sup>2</sup> HOSPITAL RÍO CARRIÓN DE PALENCIA,

<sup>3</sup> HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA DE ZAMORA.

**OBJETIVOS.** Dado el aumento progresivo de tratamientos inmunosupresores para diversas enfermedades tanto hematológicas, oncológicas, reumatológicas y en el trasplante de órganos, hemos asistido en los últimos años a un aumento en el número de reactivaciones de Hepatitis Crónicas VHB positivas, que ocasionalmente pueden producir una hepatitis grave con resultado de necesidad de trasplante hepático o la muerte del paciente. El mejor conocimiento de este proceso y de la profilaxis a llevar a cabo, puede evitar sus graves consecuencias.

El objetivo de este estudio fue conocer los hábitos de screening y tratamiento de hepatitis B en pacientes sometidos a tratamientos inmunosupresores en distintas especialidades médicas en distintos hospitales de Castilla y León.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se diseñó una encuesta de hábitos de profilaxis de VHB y se envió a los Servicios de Digestivo, Hepatología, Hematología, M. Interna, Oncología y Reumatología de los hospitales de Castilla y León. La encuesta, de carácter anónimo, consiste en un cuestionario sencillo de diez preguntas de elección predeterminada múltiple. Se recogen la edad del médico encuestado, especialidad, grado de conocimiento de las recomendaciones, experiencia directa en casos de reactivación, divulgación del tema en sesiones, frecuencia con que se solicita la batería de antígenos, anticuerpos y DNA, derivación o no del paciente tras el diagnóstico, tipo de tratamiento que se indicaría, modificación de la terapia en función de la terapia inmunosupresora.

**RESULTADOS.** Se cumplimentan 71 encuestas de 6 hospitales (Hospital General de Segovia 1.40%, H. Río Carrión 22.5%, Hospital de León 1.4%, Hospital Río Hortega 39.4%, Hospital Virgen de la Concha 33.8%, Hospital Clínico de Salamanca 1.4%). Del total de las encuestas 28 fueron cumplimentadas por mujeres y 43 por varones. La edad media de los médicos especialistas fue de 43.1 años. Analizando los datos por servicios el 26.76% de las encuestas fueron respondidas por especialistas en apto. Digestivo, 4.22% hepatólogos, 22.13% hematólogos, 15.5% oncólogos, 28.2% médicos internistas y 4.22% reumatólogos. El 70.42% del total de médicos encuestados conoce las recomendaciones sobre el manejo del riesgo de reactivación de VHB en pacientes que van a recibir terapia inmunosupresora, frente al 29.58% que refiere desconocerlas. El 35.21% del total de especialistas refleja un percepción personal de grado de conocimiento sobre el tema de un 25-50% frente al 36.62% que refleja en la encuesta un grado de conocimiento alto (75-100%). Si analizamos los datos en función de la especialidad, objetivamos que las desconocen el 10.5% de los digestólogos, 0% de los hepatólogos, el 20% de los hematólogos, 72.73% de los oncólogos, 35% de los médicos internistas y el 33.34% de los reumatólogos. El 64.79% de los médicos no habían tenido acceso en su centro de trabajo a una sesión clínica divulgativa sobre el tema, creyéndola necesaria e interesante todos ellos. En cuanto a la expe-

riencia en casos de reactivación de VHB en pacientes con terapia inmunosupresora, 47 profesionales no refieren experiencia frente a 23 que si han tenido contacto con casos. La mayoría de ellos con un único caso (11 especialistas), 9 especialistas han estado en contacto con dos casos, un único especialista con cuatro casos y 3 personas con más de 5 reactivaciones ligadas a la inmunosupresión.

**CONCLUSIONES.** Existe un porcentaje significativo de especialistas que manejan fármacos inmunosupresores que no conocen las recomendaciones ni realizan profilaxis de reactivación de VHB. Al menos la mitad de los especialistas encuestados han tenido experiencias de reactivación de VHB. El 100% de los médicos en los que no se ha realizado una sesión sobre profilaxis del VHB desearían que se realizara en su Hospital. Los especialistas de Aparato-Digestivo-Hepatología tienen un alto nivel de conocimiento de las recomendaciones de profilaxis de VHB y deberían contribuir a extender el conocimiento de este problema entre los especialistas menos habituados a tratar el VHB.

## 6. INFLUENCIA DEL POLIMORFISMO DE IL28B EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA C. ESTUDIO PRELIMINAR.

Gómez de la Cuesta S, Aller de la Fuente R, Ruiz Rebollo L, Bermejo J<sup>(1)</sup>, de la Calle Valverde F, del Olmo L, Fernández Salazar L, Velayos B, Macho Conesa A, González Redondo G, Muñoz M.F<sup>(2)</sup>, Arranz Santos T, González Hernández JM.

S. DE APARATO DIGESTIVO. <sup>(1)</sup> S. MICROBIOLOGÍA. <sup>(2)</sup> U. DE APOYO LA INVESTIGACIÓN. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN.** Entre agosto de 2009 y enero de 2010, cuatro grupos de investigación independientes han identificado mediante GWAS polimorfismos de un solo nucleótido cerca o dentro del gen de la IL28B en el cromosoma 19 que codifica el IFN lambda3, asociados con la respuesta al tratamiento con peg IFN y ribavirina, así como al aclaramiento espontáneo del virus entre individuos de raza europea, africana y asiática, infectados por el VHC (GWAS, estudios de asociación del genoma completo). Posteriormente numerosos estudios han demostrado esta asociación.

**OBJETIVO.** Evaluar la respuesta al tratamiento con peg IFN y ribavirina en función del polimorfismo rs 12979860 de la IL-28B en un grupo de 40 pacientes de nuestro hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudiamos retrospectivamente un grupo de 40 pacientes (edad media 47.05 años, 24 hombres y 16 mujeres, 28 con genotipo 1 y 12 con genotipo 3), recogiendo los siguientes parámetros: carga viral, GOT, GPT, GGT, FA, BT, ferritina, IST, TSH, hemoglobina, neutrófilos, plaquetas, grado de fibrosis, HOMA, BMI, RVR, RVP, RVS. Se determinó el polimorfismo rs 12979860 de IL 28B (CC, CT, TT) y se distribuyó la muestra según dichos polimorfismos.

**RESULTADOS.** El genotipo CC se distribuyó de manera similar entre hombres y entre mujeres. En el grupo de pacientes genotipo 1, el 25% fue CC, el 57.1% fue CT y el 17.9%, TT. Entre los CC, alcanzaron RVR el 57.1%, RVPc el 71.4% y RVS el 57.1%. Entre los CT, 18.8%, 50% y 31.3%, respectivamente y entre los TT, 0%, 20% y 25%, respectivamente. Siendo estadísticamente significativo para la RVR. En el grupo de pacientes genotipo 3, un 33.3% fue CC, un 58.3% CT y un 8.3% TT. Entre los CC, alcanzaron RVR el 100%, RVPc el 100%, y RVS el 66.7%. Entre los CT, 85.7%, 100% y 85.7% respectivamente. Entre los TT, el único paciente no alcanzó RVR, RVPc o RVS. Encontramos significación estadística para la RVPc. Analizamos también en el grupo total (n=40) la RVR como predictor de RVPc y de RVS, independientemente de los genotipos, sien-

do esta asociación estadísticamente significativa. También se observa que ninguno de los pacientes con RVR presentaba genotipo TT. En los pacientes con genotipo CC, existe una tendencia a presentar una cifra menor de GGT, y no se aprecian diferencias en cuanto a carga viral basal, fibrosis, HOMA, BMI o plaquetas.

**CONCLUSIONES.** Los pacientes con HCC genotipo 1 que presentan genotipo CC para rs 12979860 alcanzan mayores tasas de respuesta rápida, precoz y sostenida. También se observa esta tendencia en los pacientes G3. La RVR se muestra como el mayor predictor de RVPc y de RVS en el total de pacientes. En los pacientes con genotipo CC, existe una tendencia a presentar una cifra menor de GGT, y no se aprecian diferencias en cuanto a carga viral basal, fibrosis, HOMA, BMI o plaquetas.

7.

### EPIDEMIOLOGÍA DE LA CIRROSIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA DE VALLADOLID

*Peñas Herrero I, Herranz Bachiller MT, Vargas García AL, Lorenzo Pelayo S, Sancho del Val L, Ruiz-Zorrilla López R, Santos Santamanta F, Sánchez-Ocaña Hernández R, Sánchez Antolín G, Almohalla Álvarez C, García Pajares F.*

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA DE VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN.** La cirrosis es la etapa evolutiva final de muchas hepatopatías crónicas. En EEUU, la cirrosis constituye la décima causa de muerte desde hace dos décadas y la etiología más importante es la hepatitis vírica. En nuestro país, el 3.5% de los pacientes ingresados por enfermedades digestivas, padecen una hepatopatía crónica o cirrosis. En cuanto a la mortalidad, se considera que las hepatopatías crónicas son responsables de 11.68 muertes por cada 100000 habitantes. Los objetivos de nuestro trabajo fueron describir las características de la cirrosis hepática en nuestra población, conocer la etiología, evaluar las complicaciones ocurridas en la historia natural de la enfermedad y estimar la mortalidad y sus causas en este grupo de población.

**MÉTODOS.** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de periodo, entre septiembre de 2009 a febrero de 2010. Se incluyeron los pacientes cirróticos, sin límite de edad, con historia clínica disponible, hospitalizados o vistos en consultas externas de nuestro hospital. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v 15.0.

**RESULTADOS.** Se estudiaron 297 pacientes, un 67% fueron hombres, con una media de edad de 61.26 años. La etiología más frecuente fue la enólica en un 38% de los pacientes, seguida por la hepatitis C en un 23.5%, y la tercera causa de cirrosis fue la autoinmune en un 15%. En cuanto a los pacientes que presentaban etiología múltiple, lo más frecuente fue la enólica y hepatitis C, en un 7.7% de los pacientes. En cuanto a las complicaciones que presentaban los pacientes, la más frecuente fue la ascitis que presentaron el 40%, la segunda causa fue la hemorragia digestiva alta aunque hasta un 42.2% de los pacientes estudiados presentaban varices esofagogástricas. Otras complicaciones que se vieron en el estudio fueron la encefalopatía hepática (15.2%) y el hepatocarcinoma (12.8%). En el grupo estudiado, ocurrieron 10 fallecimientos (3.4%), el 40% a consecuencia de un hepatocarcinoma, y un 30% por sepsis. También hubo una muerte por hemorragia digestiva alta, una por neumonía y otra por insuficiencia renal aguda.

**CONCLUSIONES.** En nuestro hospital, la cirrosis es más frecuente en varones y presenta una media de edad algo más elevada que la descrita en el conjunto de España, y la causa más frecuente es la

alcohólica. La complicación más frecuente es la ascitis, y la causa de muerte más importante en nuestros pacientes es el hepatocarcinoma.

## SABADO 5 DE MAYO MESA DE COMUNICACIONES II (9.30-11h)

1.

### MORTALIDAD POSTRASPLANTE HEPÁTICO ASOCIADA A DISFUNCIÓN RENAL PRETRASPLANTE E IRA POSTRASPLANTE.

*María Teresa Herranz Bachiller, Sara Lorenzo Pelayo, Lorena Sancho del Val, Rafael Ruiz Zorrilla, Irene Peñas Herrero, Alba Luz Vargas, Félix García Pajares, Carolina Almohalla, Gloria Sánchez Antolín.*

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN.** La disfunción renal pretrasplante es uno de los factores más importantes que condicionan disfunción renal posttrasplante y es un factor de riesgo de mortalidad posttrasplante. Asimismo la Insuficiencia Renal Aguda posttrasplante se ha asociado a un aumento de la mortalidad posttrasplante hepático.

**OBJETIVOS.** Analizar retrospectivamente la incidencia de insuficiencia renal pretrasplante e insuficiencia renal aguda (IRA) posttrasplante hepático, y su asociación con la mortalidad posttrasplante.

**MATERIAL Y METODOS.** Estudiamos retrospectivamente los 100 pacientes trasplantados hepáticos en nuestro Centro desde Enero 2008 hasta Diciembre de 2010. De manera retrospectiva se recogieron Urea y creatinina pretrasplante, MELD pretrasplante, Urea y creatinina máximas posttrasplante inmediato y al tercer mes y mortalidad a los 6 y 12 meses. Todos los pacientes tenían al menos 1 año de seguimiento.

**RESULTADOS.** 75 pacientes fueron varones y 25 mujeres. La indicación de trasplante fue 39% Hepatocarcinoma (CHC), 46% cirrosis avanzada, 8% retrasplante (4 agudos y 4 crónicos) y 7% otros).

Dividimos a los pacientes en dos grupos. Y los analizamos por separado. Grupo 1: Pacientes con insuficiencia renal pretrasplante. Grupo 2: Pacientes con función renal normal previa al TOH.

**Grupo 1.** La tasa de disfunción renal preTOH (creat>1.5 mg/dL), fue del 7%. En el grupo con IR preTOH la indicación de trasplante fue el Retrasplante en el 42.8% y la IHAG en el 14.20%. La creatinina máxima en el grupo con DRPre fue de 2.92 frente a 1.60 en el grupo que sin IR preTOH (p<0.05). Asimismo la estancia en UCI fue significativamente superior en dicho grupo (16.4 /10.04 p<005). Precisarón terapia Renal Sustitutiva (TRS) el 11.8% en el grupo sin IR preTOH frente al 42.8% en el grupo con IR preTOH, siendo esta diferencia significativa Sin embargo ninguno de los pacientes con IR Pre TOH falleció en el seguimiento.

**Grupo 2.** La tasa de Insuficiencia Renal Aguda (IRA) posttrasplante (Creatinina>1.5) fue del 39.5% con una diferencia significativa en los valores medios de creatinina (2.52mg/dL frente a 0.97mg/dL) en el grupo sin IRA (p<0.01). La mortalidad en el grupo que no desarrollo IRA fue de 16.9% frente al 27.77% en el grupo con IRA posttrasplante (p<0.01). Tampoco hubo diferencias significativas en el uso de MMF o mTOR en la inmunosupresión al alta entre ambos grupos

**CONCLUSIONES.** La disfunción renal pretrasplante es como ya es sabido, el factor de riesgo más importante para el desarrollo de

disfunción renal postrasplante, sin embargo en nuestra serie no se asocio a una mayor mortalidad postrasplante.

La IRA postrasplante hepático tiene una incidencia del 39.5% en nuestra serie, su aparición se asocia a mayor tasa de mortalidad. En nuestra serie no hubo diferencias significativas en el uso de inmunosupresores no nefrotóxicos en ambos grupos.

## 2. TOXICIDAD HEPÁTICA FARMACOLÓGICA, UNA ENTIDAD FRECUENTE.

Guillermo González Redondo, M<sup>a</sup> Lourdes Ruiz Rebollo, Ana Macho Conesa, Luis Fernández Salazar, Benito Velayos Jiménez, Sara Miranda y José Manuel González Hernández.

SERVICIOS DE APARATO DIGESTIVO Y MEDINA INTERNA\* HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. VALLADOLID

**INTRODUCCIÓN.** La toxicidad hepática por fármacos es una entidad frecuente. Prácticamente todos los fármacos pueden estar implicados. Su diagnóstico supone un reto para el clínico dada la ausencia de marcadores diagnósticos. La escala CIOMS se utiliza para determinar causalidad

**OBJETIVO.** Analizar las características clínicas de los pacientes ingresados en nuestro hospital durante los años 2002-2011 afectos de toxicidad hepática por fármacos.

**MATERIAL Y PACIENTES.** Se identificaron los pacientes a través del código 573.3 de la ICD 9 de los informes de alta de los pacientes ingresados en el período 2002-2011. Se excluyeron los pacientes en los que se sospechó otra causa distinta de su hepatopatía. De los pacientes valorados se determinaron los siguientes parámetros: edad, sexo, comorbilidades asociadas, motivo de ingreso, fármaco supuestamente implicado, patrón bioquímico hepático, alteraciones de la coagulación, manifestaciones extrahepáticas, hallazgos en la ecografía hepática, resultados de biopsia hepática si fue realizada y evolución. En relación a la escala CIOMS se valoró si había otra ingesta farmacológica, la detección de serologías de virus hepatotropos y la cuantificación de anticuerpos no órgano-específicos (ANOES)

**RESULTADOS.** Estudiamos 63 pacientes afectos de toxicidad hepática farmacológica, 40 varones (63%) y 23 mujeres (37%), edad media de 57 años (máxima 92 y mínima 3). 5 pacientes eran positivos para el VHC y 5 para el VIH. Las 3/4 partes tenían comorbilidades asociadas. El motivo principal de ingreso fue la astenia (32%). La estancia media fue de 14 días si bien varios pacientes tuvieron estancias prolongadas por su enfermedad de base. Los fármacos implicados fueron casi en la mitad (44%) los antiinfecciosos, principalmente la asociación de amoxicilina-clavulánico (9 casos), junto con los fármacos cardiovasculares (11%), los antiinflamatorios no esteroideos (8%), la terapia antihormonal (8%) y los fármacos neuropsiquiátricos (8%). Analíticamente un 43% presentó patrón bioquímico de citolisis y un 41% un patrón colestásico., 13% un patrón mixto y 3% una elevación de la bilirrubina aislada. El INR estuvo alterado en 14 pacientes (22%). En el 100% de los pacientes teníamos serologías virales negativas, pero, sin embargo, en 25 pacientes no se realizaron las determinaciones de ANOES por lo que la escala CIOMS en estos casos pudiera no estar del todo correctamente aplicada. 6 pacientes presentaron manifestaciones extrahepáticas (2 erupción cutánea, 3 mialgias y 1 fiebre). Se realizó ecografía hepática en la mitad de los pacientes (52%) y en 18 de ellos se demostró una hepatomegalia difusa heterogénea. Se realizó biopsia hepática en 3 pacientes y se demostró cirrosis en 2 de ellos (ingesta de amoxicilina-clavulánico y antiandrogénos) y esteatosis de gota pequeña en otro (ingesta de

hipolipemiente). Ninguno paciente falleció. Un paciente, en tratamiento antiandrogénico había sufrido ya previamente otro episodio de hepatotoxicidad por el mismo fármaco 7 años antes. Un paciente que ingirió amoxicilina-clavulánico precisó traslado a centro de trasplante hepático (TOH) pero finalmente no lo precisó

**CONCLUSIONES. 1.-** Los fármacos son una causa frecuente de hepatotoxicidad. **2.-** En nuestra serie, la causa más frecuente fueron los antiinfecciosos. **3.-** No tuvimos desenlaces fatales y ninguno de nuestros pacientes precisó TOH. **4.-** Dado que no existen marcadores que lo diagnostiquen, se precisa una exhaustiva investigación del resto de las etiologías, no siempre llevadas a cabo en nuestros pacientes.

## 3. HEPATITIS AGUDA E. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Karina de Jesús Geneux, Sergio Maestro Antolín, Rocío Silvana Castillo Trujillo, Isidro García, Francisco Igea Arisqueta.

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL RÍO CARRIÓN, PALENCIA.

**INTRODUCCIÓN.** La hepatitis E es una infección viral con un patrón de transmisión entérica. Esta producida por el virus de la hepatitis E (VHE). Actualmente hay descritos 4 genotipos diferentes, de estos el 1 y 2 afectan principalmente a humanos y son propios de zonas endémicas donde generan brotes epidémicos, mientras que los genotipos 3 y 4 generan casos esporádicos en Europa y Norteamérica atribuidos a haber viajado previamente a las regiones endémicas y muestran gran similitud con las cepas que afectan a cerdos, gallinas y ovejas, habiéndose descrito casos de transmisión de animales a seres humanos, por lo que en la actualidad se considera que la hepatitis E es una zoonosis.

**CASO CLÍNICO.** Mujer de 53 años que ingresa en nuestro servicio por un cuadro de malestar general, astenia, epigastralgia, fiebre (38o C) y coluria. Sin antecedentes personales de interés, no consumo de hepatotóxicos, negando antecedentes de viajes, ni transfusiones sanguíneas previas. Afebril, ictericia mucocutánea, dolor a la palpación a nivel de hipocondrio derecho. En la analítica: Hiperbilirrubinemia directa, hipertransaminasemia sin alteraciones de coagulación. Ac IgM VHE y Ac IgG VHE positivo. Resto de serología para virus de la hepatitis A, B, C, Epstein Barr, Citomegalovirus y ANA, AMA, Anti-LKM fueron negativos. Ecografía abdominal: sin alteraciones.

A los 2 meses la paciente se encontraba asintomática y con normalización de los parámetros analíticos.

**DISCUSIÓN.** La infección por el VHE es probablemente la causa mas frecuente de hepatitis aguda a nivel mundial estimándose que un tercio de la población mundial ha sido infectada por este agente. En España, un estudio realizado por Echavarría et al en 17 comunidades autónomas, concluyó que un 11% 1 de las hepatitis aguda no filiadas en España podrían estar en relación con el VHE y un 8% 1 no estar relacionado con casos de viajes o inmigración

Hasta hace poco, se creía que el VHE, como el VHA, solo causaba infección hepática aguda autolimitada, no asociándose a procesos de cronicación. Recientemente se ha descrito la persistencia de la infección por VHE con enfermedad hepática crónica e incluso progreso a cirrosis, en pacientes inmunodeprimidos. En el 2011 González Tallón et al, publicaron un caso de hepatitis aguda por virus de hepatitis E en un paciente inmunocompetente que en menos de 6 meses evoluciona a fibrosis hepática II\IV.



4.

#### DESCOMPENSACIÓN HEPÁTICA SECUNDARIA A SOBREENFECCIÓN POR EL VHE. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN NUESTRO MEDIO.

Miguel, A; Linares, P; Fernández, I; Arias, L; Del Pozo, E; Vaquero, L; García, M; Álvarez, B; Pisabarro, C; Aparicio, M; Rodríguez, L; Vivas, S., Olcoz, JL

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

**INTRODUCCIÓN.** La hepatitis aguda por el Virus de la hepatitis E (VHE) en Occidente era habitualmente una enfermedad adquirida por personas que viajaban a zonas endémicas, fundamentalmente Asia y África. Actualmente se han descrito numerosos casos autóctonos en Europa y EEUU.

**OBJETIVO.** Analizar los casos diagnosticados de hepatitis aguda por VHE en nuestro medio, identificando las características clínico-epidemiológicas.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se recogieron los casos diagnosticados de hepatitis aguda por VHE (IgM anti VHE positiva y/o ARN VHE presente en suero) desde enero de 2008 a diciembre de 2011. Se analizaron diversas variables clínicas, epidemiológicas y la evolución posterior.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 13 pacientes (8 varones y 5 mujeres), con edad media de 63.53 años (rango 41 a 86). Los casos diagnosticados fueron: 1 en 2008, 2 en 2009, 4 en 2010 y 6 en 2011. El 100% eran naturales de España. La mayoría (61.5%) pertenecían al ámbito rural. El 30.8 % tenían animales domésticos, 15.4% consumían > 80 g alcohol/día y el 30.8% tenían antecedentes de hepatopatía crónica. Todos los casos tenían IgM anti-VHE positiva y en 5 casos había viremia del VHE. El 84.6% presentaban ictericia en el momento diagnóstico y marcada citolisis (AST 1051.46 U/l y ALT 1530.07 U/l). 12 casos fueron considerados autóctonos y uno había realizado un viaje a China 3 meses antes. El tiempo medio de resolución de la hepatitis fue de 7.91 semanas (2-20). No hubo ningún caso de cronicidad. En el 23.07% la sospecha fue de hepatitis medicamentosa, según los criterios de causalidad. En el subgrupo de pacientes con hepatopatía crónica (3 de origen enólico y 1 con cirrosis biliar primaria), en el 75% hubo una descompensación de la hepatopatía de base, presentaron cifras superiores de bilirrubina (18.40 mg/dl vs 12.55 mg/dl) ( $p < 0.01$ ), y mayor tiempo de resolución de la hepatitis (10.66 semanas vs 7) ( $p < 0.01$ ). Un paciente falleció por hepatitis fulminante sobre hepatitis crónica y otro fue transplantado.

#### CONCLUSIONES.

La hepatitis aguda por VHE en nuestro medio es una entidad autóctona, probablemente infradiagnosticada, que se manifiesta habitualmente con citolisis e ictericia. Es importante su reconocimiento para incluirla en el diagnóstico diferencial de las hepatitis agudas de causa desconocida o de origen medicamentoso. Los pacientes con enfermedades hepáticas crónicas o con consumo excesivo de alcohol van a presentar una peor evolución y mayor morbimortalidad.

5.

#### COMPARACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA B SEGÚN SU PROCEDENCIA ESPAÑOLA O INMIGRANTE.

Badía Aranda E, Ramos-Rosario HA, López Morante A, Sáez-Royuela F.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. UNIDAD DE HEPATOLOGÍA.  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. ESPAÑA.

**INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS.** La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es un problema sanitario importante, no solo porque afecta a 350 millones de personas, sino por el daño hepático producido, pudiendo aparecer una cirrosis o incluso un carcinoma hepatocelular. En los últimos años, la población inmigrante ha aumentado notablemente en España, procediendo la mayor parte de dicha población de países en vías de desarrollo, donde la prevalencia de enfermedades transmisibles, como la infección por el VHB, es mayor. Por este motivo, hemos querido estudiar si existen diferencias en nuestros pacientes en las características epidemiológicas y clínicas según su procedencia nacional o extranjera.

**MÉTODOS.** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de las características epidemiológicas de los pacientes con hepatitis crónica por VHB según su procedencia, española o inmigrante. La población estudiada fue constituida por 88 pacientes seguidos periódicamente en el Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Los marcadores indirectos de fibrosis hepática utilizados fueron los índices de APRI, FIB4 y FORNS.

**RESULTADOS.** Del total de pacientes con hepatitis crónica por el VHB seguidos en nuestras consultas, eran españoles 58 (64%) y extranjeros 30 (33%), éstos últimos procedentes de 15 países diferentes. En la década de los ochenta, solo dos de los pacientes diagnosticados de hepatitis B eran extranjeros, frente a 33 españoles. Desde el año 2.000 hasta el 2.011, el número se igualó con 28 inmigrantes y 29 españoles. La proporción de hombres y mujeres en el grupo de españoles y en el de inmigrantes era similar (67% y 70% de hombres respectivamente). La edad media al diagnóstico fue de  $39,2 \pm 15,3$  años en los españoles frente a  $29,4 \pm 10,3$  en los extranjeros ( $p = 0,003$ ). El tiempo desde el diagnóstico fue de 13 años en los pacientes españoles y 4 años en el grupo de inmigrantes. La tasa de pacientes AgHBe positivo fue similar en ambos grupos (18% españoles y 12% extranjeros), así como la replicación viral, estando presente en el 70% de los pacientes. La carga viral (CV) media fue de  $4.241.367 \pm 295.625$  UI/ml en los españoles y de  $7.608.340 \pm 1.251.809$  UI/ml en los inmigrantes ( $p = 0,044$ ), observando un 64% de pacientes españoles y un 60% de inmigrantes con CV  $< 2000$  UI/ml. La fibrosis hepática medida mediante marcadores indirectos fue similar en ambos grupos. Agrupando los resultados de los tres índices utilizados encontramos en españoles y extranjeros una fibrosis F0-F1 en 58% y 78% y una fibrosis significativa (F2-F3-F4) en 42% y 21% respectivamente ( $p = 0,0583$ ). Tan sólo uno de nuestros pacientes presentaba un carcinoma hepatocelular sobre un hígado cirrótico en el momento del diagnóstico y era de origen asiático. Fueron tratados el 50% de los pacientes del grupo de españoles y el 27% de los inmigrantes.

**CONCLUSIONES.** El número de pacientes diagnosticados de hepatitis B extranjeros ha aumentado de forma llamativa en la última década. Aunque muchas de sus características son similares, los pacientes inmigrantes son más jóvenes y tienen una carga viral mayor que los pacientes españoles. También puede existir una tendencia a tener un grado menor de fibrosis en el grupo de extranjeros, que puede relacionarse con su diagnóstico a edades más tempranas.

6.

### FACTORES ASOCIADOS A LA HISTOLOGÍA HEPÁTICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Álvarez Cuenllas B., Pisabarrros Blanco C., García Alvarado M., Vaquero Ayala L., Miguel Peña A., Del Pozo Maroto E., Díez Rodríguez R., Olcoz Goñi JL.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

**INTRODUCCIÓN.** La prevalencia de la obesidad está aumentando en los países occidentales y con ello la incidencia tanto de HGNA (enfermedad hepática grasa no alcohólica) como de EHNA (esteatohepatitis no alcohólica). Estudiar los factores asociados a HGNA en obesos mórbidos es importante para identificar aquellos con EHNA o con fibrosis.

**OBJETIVOS.** Estudiar las características de la histología hepática en obesos mórbidos. Analizar los factores antropométricos y analíticos relacionados con la histología hepática en estos pacientes.

**PACIENTES Y MÉTODO.** Se incluyeron de manera prospectiva los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital de León desde Junio de 2008 a Octubre de 2011. Se excluyeron aquellos pacientes con un consumo de alcohol superior a 20 gr/d u otras causas de hepatopatía (viral y autoinmune). Durante la cirugía se obtuvo una muestra de tejido hepático, siendo analizada por dos patólogos independientes.

Se analizó si la edad, sexo, IMC, perímetro de cintura, GOT, GPT, triglicéridos, HDL, colesterol total, vitamina D, glucosa, insulina o HOMA estaban asociados a presentar EHNA o esteato-sis grado 2-3 (frente 0-1).

**RESULTADOS.** Datos clínicos y analíticos: Se incluyeron un total de 89 pacientes con una edad media de 43.91 ± 10.71 años de los cuales el 73% fueron mujeres. Dentro de los datos antropométricos la media del IMC fue de 47.32 ± 6.64 kg/m<sup>2</sup> y la del perímetro abdominal de 132.31 ± 13.85 cm. La media del HOMA fue de 6.78 (Rango: 0.65-19.14), siendo el 14,6% diabéticos. Histología: 34 pacientes (34,2%) presentaban esteatosis grado 2-3, mientras que 16 (18%) pacientes fueron diagnosticados de HENA. 9 pacientes presentaron fibrosis grado 1 (10.1%) y 3 pacientes fibrosis grado 3 (3.4%).

Factores asociados con la presencia de HENA: GOT (20,9 vs 30,8 p: 0,04); GGT (31,7 vs 45,6, p:0,02); triglicéridos (128,4 vs 193,6, p:0,001); glucemia (103,9 vs 135,1 p:0,01); insulinemia (22,8 vs 35,1 p:0,01) y HOMA (5,9 vs 10,6 p:0,001).

Factores asociados con la presencia de esteatosis (grado 0-1 vs 2-3): el perímetro de cintura (129,3 vs 136,3, p:0,02); triglicéridos (122,7 vs 168,4 p: 0,001), HDL-c(53,9 vs 45,4 p:0,004), GOT (19,6 vs 27,9 p<0,001) GPT (19,6 vs 27,7 p<0,001), la insulinemia (20,5 vs 32,1 p<0,001), la glucemia (101,5 vs 122,4 p:0,05) el HOMA (5,2 vs 9,3 p<0,001).

**CONCLUSIÓN.** En obesos mórbidos la resistencia a insulina es un factor clave asociado a la presencia de esteatosis y de EHNA.

7.

### COLELITIASIS Y OBESIDAD. FACTORES DE RIESGO.

Vaquero L, García M, Álvarez B, Miguel A, Nuñez A, Martín L, Aparicio M, Díez R, Olcoz JL.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

**INTRODUCCIÓN.** La obesidad se considera actualmente un factor de riesgo para el desarrollo de colelitiasis. Su prevalencia en obesos mórbidos se estima entorno al 25%. Se ha demostrado que el factor de riesgo más importante en la aparición de colelitiasis es la resistencia a la insulina. Además estudios recientes describen que la resistencia a la insulina y la edad avanzada se consideran factores de riesgo para la aparición de colelitiasis.

**OBJETIVO.** Evaluar la prevalencia de la colelitiasis y los factores asociados en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

**PACIENTES Y MÉTODOS.** Se analizaron de manera retrospectiva 89 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro desde octubre del 2008 hasta junio 2011. El diagnóstico de colelitiasis o colecistectomía se baso en revisión de la historia y la ecografía previa a la cirugía. 18 pacientes fueron excluidos por no estar la ecografía disponible al ser pacientes remitidos desde otros centros. Se analizó si la composición corporal, HOMA (Homeostasis Model Assessment), Trasaminasas, GGT, hemoglobina, colesterol total o el nivel triglicéridos se encontraban asociados a presentar colelitiasis.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 71 pacientes (edad media 42 años, DS 13), el 49% mujeres. La edad media era similar en los pacientes con y sin litiasis biliar (45 vs 42; p=0,706). La prevalencia de colelitiasis fue del 23%(12 sujetos con colelitiasis y 5 colecistectomizados por colelitiasis). Las diferencias en el HOMA entre el grupo de colelitiasis y el grupo sin litiasis biliar, no resultaron estadísticamente significativas (5,2 vs 7,5; p=0,146). Los sujetos con colelitiasis tenían valores medios de IMC similares a los sujetos sin patología biliar (48 vs 46; p=0,197). Tampoco presentan diferencias entre ambos grupos respecto a los niveles de colesterol total (190,3 vs 195; p=0,501), ni triglicéridos (132 vs 149; p= 0,296) ni GGT (36 vs 33; p= 0,637).

**CONCLUSIONES.** En nuestra serie se observa una prevalencia de colelitiasis similar a la publicada en otros estudios. Pero al contrario que en otros trabajos, presentar colelitiasis no resultó asociado al IMC, HOMA ni a la edad. Es probable que otros factores como los antecedentes familiares o la pérdida de peso relativamente brusca puedan jugar un papel .

	Colelitiasis	No Colelitiasis	P Valor
N	12 +5	54	
Varones (%)	11,8	37,04	0,071
Edad	44,87 (8,43)	41,86 (14,04)	0,706
IMC	47,97 (4,4)	46,2 (5,62)	0,197
Cintura	133,8 (16,37)	129,7 (12,29)	0,272
Cadera	142,1 (8,35)	137,93 (12,23)	0,216
HOMA	5,19 (2,74)	7,46 (4,48)	0,146
GOT	23,4 (15,18)	23 (8,92)	0,240
GPT	34,7 (33,51)	31,56 (19,25)	0,562
GGT	35,7 (28,9)	32,5(17,94 )	0,637
Colesterol total	190,29 (35,99)	194,98 (34,5)	0,531
HDL	53,77 (12,29)	49,54 (12,99)	0,235
Triglicéridos	132,2 (52,4)	149,3 (68,03)	0,296
Ac úrico	5,68 (1,33)	5,99 (1,56)	0,315
Hemoglobina	13,47(1,2)	16,33(18,19)	0,257
Glucemia	96,41 (10,8)	111,81 (33,02)	0,173
Insulina	21,44(9,69)	26,5 (15,61)	0,14