

Diagnóstico de fibrosis hepática en enfermedad hepática por alcohol mediante elastografía de transición

Raquel Rodríguez Rodríguez, Digestivo, Hospital Universitario Infanta Elena Valdemoro, Madrid

PALABRAS CLAVE: fibrosis hepática, elastografía de transición, enfermedad hepática por alcohol

KEYWORDS: liver fibrosis, transient elastography, alcohol liver disease

Especialidades: Digestivo, Medicina General, Medicina Preventiva

Enlace revista original: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29983372>

ABSTRACT

La elastografía de transición (ET) en enfermedades hepáticas por alcohol no está bien estandarizada como ocurre por ejemplo en el caso de la hepatitis C¹ y resulta una herramienta, no invasiva, muy útil para definir el grado de fibrosis hepática.

Actualmente en Europa el consumo abusivo de alcohol es la causa principal de hepatopatías crónicas y cirrosis². El diagnóstico precoz es fundamental para evitar dichas descompensaciones y para iniciar medidas preventivas primarias y secundarias.

Transient elastography for alcohol liver disease is not well standardized as, e.g., hepatitis C virus and it is a very useful non-invasive tool to define the degree of liver fibrosis.

Currently, the abusive consumption of alcohol in Europe is the main cause of chronic liver disease and cirrhosis. Early diagnosis is essential in order to avoid decompensations and to initiate primary and secondary preventive measures.

ARTÍCULO

Se ha realizado un metaanálisis de pacientes con enfermedades hepáticas por alcohol asintomáticos y de grado leve (sin cirrosis) a partir de estudios que incluían biopsia hepática, ET, valores de aspartato aminotransferasa (AST) y bilirrubina (Br).

El objetivo primario fue definir unos valores de corte elastográficos para determinar el grado de fibrosis en este contexto, y como objetivo secundario ver cómo influyen los niveles de AST, Br y alteraciones histológicas en estos puntos de corte.

Se seleccionaron 10 artículos, con un total de 1026 pacientes. La mediana de edad fue 54 años, mayoritariamente varones (77%), una media de elasticidad hepática de 21,2 Kpa. Los puntos de corte se definieron tras comparar los hallazgos histológicos y elastográficos; para fibrosis (F) grado 1 la media de elasticidad fue de 7 Kpa, para F2 9 Kpa, para F3 12,1 Kpa y para F4 18,6 Kpa. En el análisis multivariante los valores de AST, Br y actividad de protrombina fueron

factores independientes relacionados con la presencia de hepatitis alcohólica asintomática confirmada mediante biopsia hepática.

En la enfermedad hepática por alcohol existe una inflamación hepática y se relaciona con una elevación de AST y Br, afectando a la elasticidad hepática, lo que puede contribuir a una sobreestimación del grado de fibrosis que además aumenta bajo un consumo activo de alcohol. Por ejemplo: en pacientes con cirrosis (F4) en punto de corte fue de 13 Kpa para AST menor de 38,7 UI/L, 19,7 Kpa para 38,7-75 UI/L y 18,5 para más de 75 UI/L, algo parecido ocurre con la Br.

De la misma forma, la abstinencia alcohólica se traducían en una disminución de hasta 7 KPa en una semana y consecuentemente una disminución de los niveles de AST y Br.

Por este motivo los valores de AST y Br se tuvieron en cuenta para determinar los puntos de corte de elasticidad hepática ya que varían en función de estos niveles.

COMENTARIO

Este estudio incrementa el conocimiento sobre enfermedad hepática alcohólica y la medición de fibrosis mediante ET lo que permite evitar la realización de biopsia hepática y definir nuevos puntos de corte para diagnosticar de forma no invasiva el grado de fibrosis hepática en estos pacientes.

Los pacientes bajo esta condición tienen cierto grado de inflamación hepática que aumenta bajo un consumo activo de alcohol^{3,4,5,6} por lo que hay que tener en cuenta fundamentalmente los valores de AST y Br para ajustar los puntos de corte.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Association for Study of the Liver, Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado, Castera L, et al. EASL–ALEH clinical practice guidelines: non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis. *J Hepatol* 2015; 63: 237–64.
2. EASL. Clinical practical guidelines: management of alcoholic liver disease. European Association for the Study of Liver. *J Hepatol* 2012; 57: 399–420.
3. Nguyen-Khac E, Chatelain D, Tramier B, et al. Assessment of asymptomatic liver fibrosis in alcoholic patients using fibroscan: prospective comparison with seven non-invasive laboratory tests. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 28: 1188–98.
4. Nahon P, Kettaneh A, Tengher-Barna I, et al. Assessment of liver fibrosis using transient elastography in patients with alcoholic liver disease. *J Hepatol* 2008; 49: 1062–68.
5. Mueller S, Millonig G, Sarovska L, et al. Increased liver stiffness in alcoholic liver disease: differentiating fibrosis from steatohepatitis. *World J Gastroenterol* 2010; 16: 966–72.

6. Gelsi E, Dainese R, Truchi R, et al. Effect of detoxification on liver stiffness assessed by Fibroscan in alcoholic patients. *Alcohol Clin Exp Res* 2011; 35: 566–70.