

Optimización del uso de APRI Y FIB-4 para descartar cirrosis en pacientes con hepatitis crónica B

Raquel Rodríguez Rodríguez. Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro. Madrid.

PALABRAS CLAVE: Hepatitis B. Cirrosis. Índices no invasivos. APRI. FIB4.

KEYWORDS: *Hepatitis B. Cirrhosis. Noninvasive indices. APRI. FIB4.*

Especialidades: Digestivo, Infecciosas, Medicina General

Enlace revista original: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30975477>

ABSTRACT

Para el correcto manejo y seguimiento de pacientes con virus de la hepatitis B (VHB) es necesario conocer la existencia del grado de fibrosis y/o cirrosis hepática. El *gold standard* para el diagnóstico de cirrosis hepática sigue siendo la biopsia hepática, pero conlleva riesgos para el paciente, por lo que han proliferado otros métodos no cruentos. El uso de índices no invasivos ha aumentado por su sencillez y su uso en VHB está avalado por guías de práctica clínica a nivel mundial, a pesar de datos limitados en cuanto a exactitud diagnóstica en VHB, ya que inicialmente se confeccionaron para el virus de la hepatitis C (VHC). Los más conocidos son el APRI y el FIB-4.

It is necessary to know the degree of liver fibrosis and/or cirrhosis for the correct management and follow-up of patients with hepatitis B virus.

The gold standard for the diagnosis of liver cirrhosis is still liver biopsy, but it carries risks for the patient. For this reason other non-invasive methods have proliferated. The use of non invasive indices has increased due to its simplicity and its use in HBV is supported by clinical practice guidelines worldwide, despite limited data regarding diagnostic accuracy in HBV. The best known are the APRI and the FIB4.

ARTÍCULO

Se realizó un estudio a partir de una cohorte de 2926 pacientes reclutados a través de varios ensayos clínicos randomizados y protocolizados (cohorte SONIC-B) y en los que todos los pacientes tenían biopsia hepática basal. Estos resultados se compararon con otra cohorte de 1034 pacientes (usada como cohorte de validación externa) reclutados de la práctica clínica habitual de hospitales de Países Bajos y Canadá, que fueron sometidos a criterio médico a biopsias hepáticas. Para ambos grupos de pacientes se calcularon los índices APRI y FIB-4, que se basan en niveles de transaminasas y recuento plaquetario fundamentalmente.

El objetivo del estudio fue investigar el rendimiento diagnóstico de los índices no invasivos de cirrosis APRI y FIB-4 para descartar cirrosis, comparados con los resultados de las biopsias

hepáticas, teniendo en cuenta posibles factores de confusión y reconsiderando puntos de corte para ambos índices.

Los pacientes incluidos fueron aquellos para los que el punto de corte de los índices no invasivos pronosticaba cirrosis con los puntos de corte convencionales (APRI >2.00; FIB-4 >3.25). Para ambos índices existen zonas grises de fibrosis indeterminada o inclasificable: APRI 1.00–2.00 y FIB-4 1.45–3.25)¹.

De los 2926 pacientes provenientes de la cohorte SONIC-B, 340 (12%) tenían cirrosis, y 155 (15%) de los 1034 pacientes de la cohorte de validación externa.

Al calcular FIB-4 con los puntos de corte convencionales sobre la cohorte SONIC-B, de los 2926 pacientes se observó que 686 pacientes (23%) fueron indeterminados para fibrosis y de los 340 pacientes con cirrosis hepática 139 (41%) fueron clasificados erróneamente como no cirróticos. Para el índice APRI y para la otra cohorte se obtuvieron datos similares.

En vista de estos resultados, se buscaron nuevos puntos de corte. Se observó en la cohorte que únicamente un FIB-4 con un punto de corte de 0.7 o inferior tenía una sensibilidad superior al 90% y un valor predictivo negativo superior al 95% (objetivo de rendimiento diagnóstico de los nuevos puntos de corte) para excluir cirrosis hepática en pacientes mayores de 30 años.

La falta de rendimiento del FIB-4 en pacientes menores de 30 años, probablemente se deba al hecho de que FIB-4 se calibró originalmente en un grupo de pacientes coinfectados con VIH-VHC más añosos.

COMENTARIO

En diferentes estudios realizados se ha visto que la precisión en estos índices no es igual en VHB que en hepatitis C (que fueron para lo que inicialmente se desarrollaron)²⁻⁶.

La aplicación de estos índices en VHB han resultado en un infradiagnóstico de cirrosis como se confirma en este estudio.

Por este motivo los puntos de corte convencionalmente utilizados para el diagnóstico de cirrosis no deben ser utilizados en VHB por riesgo de infradiagnóstico.

Este estudio resume que la puntuación de FIB-4 de 0.7 o menos se puede usar para descartar cirrosis en pacientes con hepatitis B crónica mayores de 30 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Association for Study of Liver; Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado. EASL-ALEH clinical practice guidelines: non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis. *J Hepatol* 2015; 63: 237–64.
2. Xiao G, Yang J, Yan L. Comparison of diagnostic accuracy of aspartate aminotransferase to platelet ratio index and fibrosis-4 index for detecting liver fibrosis in adult patients with

- chronic hepatitis B virus infection: a systemic review and meta-analysis. *Hepatology* 2015; 61: 292–302.
3. Dong M, Wu J, Yu X, et al. Validation and comparison of seventeen noninvasive models for evaluating liver fibrosis in Chinese hepatitis B patients. *Liver Int* 2018; 38: 1562–70.
 4. Kim WR, Berg T, Asselah T, et al. Evaluation of APRI and FIB-4 scoring systems for non-invasive assessment of hepatic fibrosis in chronic hepatitis B patients. *J Hepatol* 2016; 64: 773–80.
 5. Tan YW, Zhou XB, Ye Y, He C, Ge GH. Diagnostic value of FIB-4, aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index and liver stiffness measurement in hepatitis B virus-infected patients with persistently normal alanine aminotransferase. *World J Gastroenterol* 2017; 23: 5746–54.
 6. Wu X, Cai B, Su Z, et al. Aspartate transaminase to platelet ratio index and gamma-glutamyl transpeptidase-to-platelet ratio outweigh fibrosis index based on four factors and red cell distribution width-platelet ratio in diagnosing liver fibrosis and inflammation in chronic hepatitis B. *J Clin Lab Anal* 2018; 32: e22341.