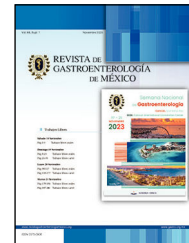




# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Lunes 20 de noviembre de 2023

### Esteatosis hepática metabólica Hígado II

Lun139

#### PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA (EHMet)

H. R. Ordaz-Álvarez, A. D. Cano-Contreras, B. A. Priego-Parra, G. P. Martínez-Pérez, S. A. Reyes-Díaz, P. Durán-Azamar, M. J. J. García-Carvajal, A. H. Díaz-Crespo, F. B. Roesch-Dietlen, M. R. Francisco, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La relación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la esteatosis hepática metabólica (EHMet) se ha comunicado en diversos estudios que informan la presencia predominante del trastorno por atracón.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de los TCA en sujetos con EHMet contra una población de individuos sanos.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico en el que se incluyó a pacientes que acudieron al servicio de gastroenterología y hepatología del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas durante enero-julio de 2023. Los participantes contestaron el cuestionario S-EDE-Q y HAD. Los sujetos con criterios para EHMet fueron objeto de Fibroscan®, mediciones somatométricas y estudios de laboratorio.

**Resultados:** Se incluyó a 90 pacientes, 45 con EHMet (edad 53 [45,5-59,5], 60% de mujeres) y 45 individuos sanos (edad 41 [33-53]), 60% de mujeres). Los pacientes con EHMet tuvieron mayor

puntuación de ansiedad (7 [4-9] vs. 5 [2-7],  $p = 0,005$ ) y depresión (5 [2-8] vs. 3 [2-5],  $p = 0,048$ ). La prevalencia de algún TCA en personas con EHMet fue de 8,9%. Además, tuvieron mayor prevalencia de trastorno por atracón (17,8% vs. 2,2%  $p = 0,014$ ) y mayores puntuaciones en la subescala de restricción alimentaria (1 [0,1-2,4] vs. 0 [0-1],  $p = 0,025$ ), preocupación por comer (0,2 [0,2-1,2] vs. 0 [0-1],  $p = 0,002$ ), preocupación por el peso (1,6 [0,5-2,7] vs. 1 [1-2],  $p = 0,040$ ) y puntuación global del cuestionario S-EDE-Q (1,04 [0,6-2,2] vs. 0,7 [0,3-1,6],  $p = 0,050$ ) al compararlos con sujetos sanos.

**Conclusiones:** La prevalencia de TCA, de forma específica el trastorno por atracón, fue mayor en individuos con EHMet respecto de la población general. Los sujetos con TCA y EHMet tuvieron mayor ansiedad y depresión, lo que respalda la necesidad de una atención multidisciplinaria e integral.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento ni patrocinio.

Lun140

#### UTILIDAD DEL PUNTAJE MAFLD-S PARA EL DIAGNÓSTICO DE MAFLD EN UN GRUPO DE ADULTOS MEXICANOS

J. A. Torres-Díaz, A. Olivas-García, L. C. Chávez-García, J. A. Ruiz-Manríquez, A. Kammar-García, L. F. Uscanga-Domínguez, G. Castro-Narro, S. E. Martínez-Vázquez, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Los métodos no invasivos para diagnosticar la enfermedad por hígado graso relacionada con disfunción metabólica (MAFLD) han ganado atención debido a su capacidad para diagnosticar a pacientes y reducir los costos de atención médica. Un avance reciente en el diagnóstico no invasivo es la puntuación MAFLD-S, que utiliza datos clínicos exclusivamente para predecir la probabilidad de desarrollar MAFLD.

**Objetivo:** Evaluar la capacidad de la puntuación MAFLD-S para determinar la probabilidad de tener MAFLD en una cohorte de personas aparentemente sanas.

**Material y métodos:** Estudio transversal en adultos mexicanos al parecer sanos. Se recogieron las características de la población como edad, sexo y comorbilidades, se realizaron mediciones antropométricas y se calculó la puntuación MAFLD-S para cada participante. Se consideró con esteatosis hepática (EH) todo participante con parámetro de atenuación controlada (CAP) > 248 dB/m medida mediante elastografía transitoria. Se evaluó el rendimiento diagnóstico de la puntuación MAFLD-S mediante curva ROC y su calibración al comparar la probabilidad predicha promedio y la probabilidad observada de la población dividida en deciles de la puntuación MAFLD-S. Se calcularon sensibilidad y especificidad para el punto de corte de 0,548 y además se determinó el punto de corte con mejor beneficio combinado de sensibilidad y especificidad para la población de estudio.

**Resultados:** Se incluyó a 523 participantes, de los cuales 61% correspondió a mujeres y la media de edad fue de 41 años. De acuerdo con su índice de masa corporal, 68% tenía IMC alto (42% sobrepeso y 27% obesidad). La prevalencia de MAFLD en la población de estudio fue de 42,4%. El área bajo la curva ROC fue de 0,846 (IC95%, 0,813-0,878; Fig. 1), con una sensibilidad y especificidad para el punto de corte de 0,548 de 63,5% y 81,7%, respectivamente. En esta población, el punto de corte con el mejor beneficio combinado de sensibilidad y especificidad fue de 0,433 con una sensibilidad de 78,4% y especificidad de 77,4%. La puntuación MAFLD-S proporciona una buena predicción de la probabilidad de tener MAFLD para individuos con una puntuación MAFLD-S muy baja (primeros dos deciles, correspondiente a una puntuación MAFLD-S < 0,04) o alta (últimos cuatro deciles, correspondiente a una MAFLD-S > 0,50), pero no para individuos con una puntuación MAFLD-S intermedia.

**Conclusiones:** En un grupo de adultos aparentemente sanos, la puntuación MAFLD-S mostró ser una buena herramienta para predecir la probabilidad de sufrir MAFLD en la población general. La implementación de esta puntuación puede ayudar a identificar a las personas con riesgo elevado y realizar una intervención temprana

para cambiar el curso clínico de la enfermedad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de la industria.

## Lun141

### ALTERACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN LEAN-NAFLD: ESTUDIO REALIZADO EN POBLACIÓN MEXICANA

A. M. Mijangos-Trejo, F. J. Valentín-Cortez, R. A. Gómez-Mendoza, V. M. Fernández-Garibay, N. Chávez-Tapia, Médica Sur

**Introducción:** La enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD) tiene una sólida relación con la obesidad y sus comorbilidades, pero también puede presentarse en pacientes sin sobrepeso. La prevalencia de NAFLD en pacientes delgados (lean-NAFLD) es de 10% a 20%. La prevalencia de dislipidemia en pacientes con lean-NAFLD es de 22%. Sin embargo, no existen estudios en la población mexicana que valoren el perfil lipídico de los pacientes con lean-NAFLD.

**Objetivo:** Determinar las alteraciones del perfil lipídico de la población mexicana con lean-NAFLD.

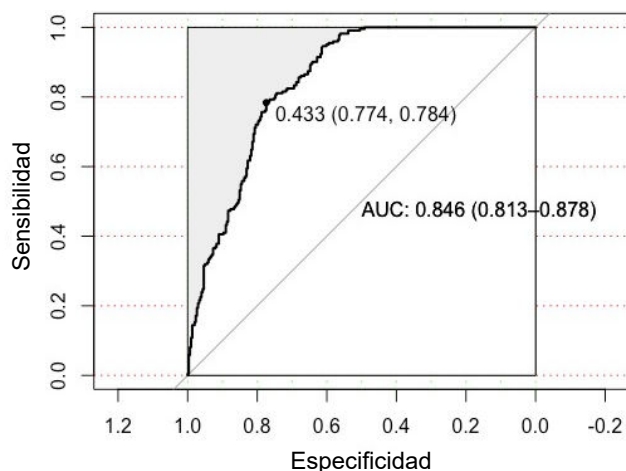
**Material y métodos:** Expedientes de pacientes que acudieron a revisión preventiva y que fueron objeto de elastografía hepática (Fibroscan®) en el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2020. Tipo de estudio: descriptivo y analítico, de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), grado de esteatosis y fibrosis por elastografía, valores séricos de transaminasas, bilirrubina total, colesterol total (CT), lipoproteína de baja densidad (LDL), lipoproteína de alta densidad (HDL) y triglicéridos (TG). Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar; así como t de Student para determinar la diferencia de las medias.

**Resultados:** De los pacientes que acudieron a revisión preventiva se excluyó a aquellos con datos incompletos en el expediente, con consumo de alcohol significativo y aquellos con IMC de 25; se incluyó en el análisis a 305 pacientes. La edad promedio fue de 49,2 años ( $\pm 7,87$ ), con 60% de hombres; el 37% tenía dislipidemia, 3,3% síndrome metabólico, 4,3% diabetes y 9,5% hipertensión arterial sistémica. El 22% refirió ser fumador, 80% realizaba actividad física y 5,9% consumía estatinas. En la Tabla 1 se muestra el perfil lipídico de la población de acuerdo con el grado de esteatosis hepática, así como los valores de transaminasas. La media de triglicéridos en pacientes con lean-NAFLD fue de  $126 \pm 114$  y en personas sin esteatosis de  $88,8 \pm 44,4$  ( $p < 0,001$ ); asimismo, se observaron cifras de HDL de  $50,3 \pm 15,5$  y  $56,1 \pm 13,8$  ( $p = 0,001$ ), respectivamente. La media de CT y LDL no mostró diferencia. Si se agrupa a los pacientes de acuerdo con el grado de esteatosis, no se observó nexo entre el perfil lipídico y la esteatosis de grado 1 (S1); en el grupo de esteatosis grado 2 (S2) se reconocieron valores significativamente más bajos de HDL en comparación con pacientes sin esteatosis ( $46,5 \pm 11,1$  vs.  $56,1 \pm 13,8$ ,  $p = 0,010$ ); y, por último, la esteatosis de grado 3 mostró cifras más elevadas de TG ( $184 \pm 108$  vs.  $88,8 \pm 44,4$ ) y menores de HDL ( $43,9 \pm 13,4$  vs.  $56,1 \pm 13,8$ ) en comparación con la población sin esteatosis ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con lean-NAFLD tuvieron valores significativamente más altos de triglicéridos y más bajos de HDL respecto de la población sin esteatosis. El CT y LDL no mostraron correlación. Lo anterior difiere de algunos estudios, en los que CT y LDL también se vincularon con lean-NAFLD.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Figura 1.** Estimación de curva ROC y cálculo de área bajo la curva del puntaje MAFLD-S en nuestra población. (Lun140)



**Tabla 1.** Perfil lipídico y transaminasas de acuerdo con la presencia y el grado de esteatosis hepática en pacientes con lean-NAFLD. (Lun141)

|                            | Número de<br>pacientes<br>(n = 305) | Edad en<br>años | IMC         | CT<br>(mg/dL) | LDL<br>(mg/dL) | HDL<br>(mg/dL) | TG (mg/dL)  | AST (U/L)   | ALT (U/L)   |
|----------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|----------------|----------------|-------------|-------------|-------------|
| General                    | 305                                 | 49,2 ± 7,87     | 22,4 ± 2,5  | 201 ± 38,3    | 126 ± 32,8     | 54,3 ± 14,6    | 100 ± 74,9  | 23,4 ± 9,23 | 24,5 ± 12,3 |
| Sin esteatosis             | 211 (69,18%)                        | 48,1 ± 7,4      | 22 ± 2,76   | 200 ± 37      | 126 ± 31,4     | 56,1 ± 13,8    | 88,8 ± 44,4 | 23,3 ± 10,3 | 23,5 ± 12,3 |
| Esteatosis                 | 94 (30,81%)                         | 51,5 ± 8,4      | 23,4 ± 1,56 | 198 ± 41      | 128 ± 35,9     | 50,3 ± 15,5    | 126 ± 114   | 23,6 ± 6,09 | 26,8 ± 11,9 |
| Esteatosis<br>grado 1 (S1) | 44 (14,42%)                         | 50,7 ± 8,71     | 22,9 ± 1,64 | 202 ± 35,7    | 126 ± 32,2     | 56,3 ± 16,5    | 94,6 ± 41,5 | 23,3 ± 5,16 | 24 ± 8,29   |
| Esteatosis<br>grado 2 (S2) | 22 (7,21%)                          | 51 ± 7,96       | 24,3 ± 1,16 | 199 ± 40,9    | 130 ± 32,2     | 46,5 ± 11,1    | 115 ± 39,4  | 22,6 ± 4,38 | 29,4 ± 15,3 |
| Esteatois<br>grado 3 (S3)  | 28 (9,18%)                          | 53,2 ± 8,36     | 23,9 ± 1,42 | 209 ± 49,1    | 131 ± 42,6     | 43,9 ± 13,4    | 184 ± 108   | 25 ± 8,21   | 29,1 ± 13,2 |

S1, 5% a 32% de las células hepáticas con contenido graso; S2, 33% a 65% de las células hepáticas con contenido graso; S3, > 65% de las células hepáticas con contenido graso; IMC, índice de masa corporal; CT, colesterol total; LDL, lipoproteína de baja densidad; HDL, lipoproteína de alta densidad; TG, triglicéridos; ALT, alanino aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa.