

Ajuste de prevalencia de esteatosis hepática metabólica (MASLD) en una población mexicana



Adjusted prevalence of metabolic-associated steatotic liver disease (MASLD) in a Mexican

Estimados editores de la Revista de Gastroenterología de México:

La enfermedad del hígado graso cobró identidad propia hace más de 50 años ¹, desde entonces se le ha denominado de muy diversas maneras y ha sido una enfermedad en busca de un nombre propio; esto no es casual, los nombres se han ido sucediendo a la vez que sus secretos se van develando.

El nombre hasta ahora vigente es esteatosis hepática metabólica (MASLD) ², que enfatiza la importancia de la disfunción metabólica en su fisiopatología.

En esta nueva denominación se han reconsiderado los criterios diagnósticos para hacerlos menos restrictivos, ahora además de la esteatosis hepática se incluyen factores de riesgo cardio-metabólico como manifestaciones concurrentes de disfunción metabólica y ya no se excluyen pacientes con consumo de alcohol significativo u otras hepatopatías crónicas; es por eso que, a partir de estos cambios conceptuales, algunas grandes series han reajustado sus cifras originales de prevalencia, las cuales habían sido descritas con criterios diagnósticos de denominaciones anteriores ^{3,4}.

En el año 2020 nuestro grupo realizó en Veracruz un estudio epidemiológico en 585 voluntarios de población abierta ⁵; utilizamos los criterios diagnósticos de la nomenclatura vigente en ese momento que era *Metabolic dysfunction-Associated Fatty Liver Disease* (MAFLD) y encontramos una prevalencia de 41.3%, por cierto, una de las más altas reportadas a nivel mundial. Ahora bien, cuando aplicamos a la muestra los nuevos criterios diagnósticos de MASLD obtuvimos un aumento discreto que llegó a 42.5%, los resultados generales se muestran en la [tabla 1](#).

Como se observa las prevalencias reportadas mostraron un incremento mínimo de 1.2%, tanto en hombres como en mujeres; de manera muy similar a lo reportado en otras series ^{6,7}.

Es importante destacar que, de acuerdo a los criterios de MAFLD, en la muestra no consideramos daño dual, pues excluimos a voluntarios con un consumo de alcohol significativo (> 30 g/día en hombres y > 20 g/día en mujeres) y tampoco incluimos voluntarios con otras hepatopatías crónicas conocidas; por lo tanto, es probable que al incorporar estos grupos excluidos la prevalencia sea aún mayor.

Nuestros hallazgos son consistentes con los reportes de otros análisis similares; se hace evidente que independientemente de los criterios diagnósticos utilizados, la prevalencia de NAFLD (*Nonalcoholic Fatty Liver Disease*), MAFLD y MASLD es muy similar ^{6,7}.

Financiación

Esta investigación se realizó con el apoyo financiero del Fondo para la Investigación del Comité de Investigación de la Asociación Mexicana de Gastroenterología.

Tabla 1 Comparativo de prevalencias de MAFLD y MASLD en la muestra

	Total n (%)	Prevalencia		Diferencia
		MAFLD n (%)	MASLD n (%)	
MUJERES	585 (100%)	242 (41.36%)	249 (42.56%)	+ 1.2%
HOMBRES	418 (71.5%)	158 (37.79%)	163 (38.99%)	+ 1.2%
	167 (28.5%)	84 (50.29%)	86 (51.49%)	+ 1.2%

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés respecto de este trabajo.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las autoridades y al personal del Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana, su apoyo logístico para la realización de esta investigación.

Referencias

1. Ludwig J, Viggiano TR, McGill DB, et al. Nonalcoholic steatohepatitis Mayo Clinic experience with a hitherto unnamed disease. *Mayo Clin Proc.* 1980;55:434–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmxe.2022.04.001>.
2. Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, et al. A multi-society Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Hepatology.* 2023;78:1966–86, <http://dx.doi.org/10.1097/HEP.0000000000000520>.
3. Lee BP, Dodge JL, Terraul NA. National prevalence estimates for steatotic liver disease and subclassifications using consensus nomenclature. *Hepatology.* 2024;79:666–73, <http://dx.doi.org/10.1097/HEP.0000000000000604>.
4. Kalligeros M, Vassilopoulos A, Vassilopoulos S, et al. Prevalence of Steatotic Liver Disease (MASLD, MetALD, and ALD) in the United States: NHANES 2017–2020. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2024;22:1330–2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2023.11.003>.
5. Bernal-Reyes R, Icaza-Chávez ME, Chi-Cervera LA, et al. Prevalence and clinical-epidemiologic characteristics of a Mexican population with metabolic (dysfunction) associated fatty liver disease: An open population study. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed).* 2023;88:199–207, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmxe.2022.04.001>.
6. Perazzo H, Pacheco AG, Griep RH. Collaborators. Changing from NAFLD through MAFLD to MASLD: Similar prevalence and risk factors in a large Brazilian cohort. *J Hepatol.* 2024;80:e72–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2023.08.025>.
7. Hagström H, Vessby J, Ekstedt M, et al. 99% of patients with NAFLD meet MASLD criteria and natural history is therefore identical. *J Hepatol.* 2024;80:e76–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2023.08.026>.

R. Bernal-Reyes R^{a,*}, B.A. Priego-Parra^{b,c}, M.E. Icaza-Chávez^d y J.M. Remes-Troche^b

^a *Sociedad Española de Beneficencia, Pachuca, Hidalgo*

^b *Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México*

^c *Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, México*

^d *Departamento de Gastroenterología, Hospital Star Médica de Mérida, Mérida, Yucatán, México*

* Autor para correspondencia. Justo Sierra 116, Col. Periodistas Pachuca, Hgo. CP 42060.

Correo electrónico: raulber@yahoo.com (R. Bernal-Reyes R).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmxe.2025.07.010>

0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La importancia de un adecuado reporte de la dieta en estudios de epidemiología nutricional



The importance of adequate dietary reporting in nutritional epidemiologic studies

A los Editores,

Hemos leído con interés el artículo «Características de la alimentación de los pacientes mexicanos con síndrome de intestino irritable. ¿Se distingue de la población general?» de Amieva-Balmori et al.¹, el cual aborda un tema relevante, pero consideramos pertinente hacer algunas observaciones para enriquecer la discusión metodológica y conceptual del estudio.

En el estudio no se especifica el momento clínico en el que se evaluaron a los pacientes, ni bajo qué criterios se confirmó el estado de salud de los controles. Para los controles, es necesario manifestar que la ausencia de enfermedad no es sinónimo de salud (sano); los autores hubieran aclarado como aseguraron que dichos controles no tuvieron otras enfermedades. Para los enfermos, lo deseable era describir las «enfermedades graves que pudieran afectar a la ingesta de nutrientes». Queremos destacar sobre

el análisis de nutrimentos que denominan «características de la dieta», este apelativo es incorrecto ya que las características de la dieta son todas aquellas que indican qué y cómo lo comemos; en ese sentido, los autores no describen la ingestión de ingredientes específicos, patrones dietéticos, calidad de la dieta, tipos de azúcares y alimentos gatillo. Evaluar únicamente el perfil de nutrimentos limita la posibilidad de identificar los factores alimentarios que desencadenan síntomas en el síndrome de intestino irritable (SII).

También quisiéramos externar otras dudas metodológicas, la primera es la descripción del proceso de selección por «invitación voluntaria», el cual no es claro y podría generar dudas sobre la aleatoriedad del muestreo e incluso malinterpretarse como coerción en el reclutamiento. En segundo lugar, los autores realizaron un análisis de FODMAP que se limita a una categorización cualitativa lo que limita la capacidad de inferir diferencias relevantes entre grupos que darían mayor aporte y beneficio para los lectores². Por último, ciertos aspectos que los autores de artículos sobre epidemiología nutricional deben considerar, como las diferencias clínicas entre los grupos que debieron controlarse desde el diseño, por lo que las disparidades en edad e índice de masa corporal (IMC) pueden ser sesgos importantes; de igual manera, la forma en la que reportaron datos usando el término «vegetales» independiente de frutas,