Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):1305

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-100 - HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

B. Vilaseca Arroyo[1], V. Prado González[2], F. Muñoz Rodríguez[1], M. Salvadó Soro[1], M. Plasín Rodríguez[1], P. Vázquez Bellis[1], E. Mauri Nicolás[1] y J. Tricas Leris[1]

[1]Medicina Interna, [2]Digestivo. Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes diagnosticados de hepatitis alcohólica aguda (HAA) en nuestro centro hospitalario de ámbito comarcal y su curso evolutivo, e identificar factores pronósticos asociados a la mortalidad en nuestra cohorte.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se seleccionaron los pacientes con el diagnóstico de HAA desde el año 2013 hasta la actualidad. Se revisaron las historias clínicas con recogida de variables demográficas, clínicas y analíticas en el momento del diagnóstico, índices pronósticos, así como el tratamiento administrado y su evolución. Para analizar los resultados se aplicó el programa estadístico SPSS 20.0 y STATA.

Resultados: Identificamos 29 casos de HAA. La mediana de edad fue de 55 (46-59) años con claro predominio en varones (79%). En el 59% de los pacientes se observaron signos de cirrosis. La forma de presentación clínica más frecuente fue la ictericia (79%), seguida de ascitis (41%) y encefalopatía (28%). En la analítica de ingreso se detectó bilirrubina 10,8 (5,3-17,7) mg/dl, ASAT 258 (162-356) U/L, ALAT 73 (49-244) U/L y TP 50,5 (39-65)%. Los pacientes con cirrosis concomitante presentaron una mayor prevalencia de ascitis (65 vs 8%; p = 0,002), de encefalopatía (47 vs 0%; p = 0,01), mayor hiperbilirrubinemia (14,2 vs 5,6 mg/dl; p = 0,02), menores niveles de ALAT (50 vs 134 U/L; p = 0,001) y menor TP (46 vs 70%; p = 0,002) respecto a los pacientes sin cirrosis. El 62% sufrió una HAA grave según el índice de Maddrey (≥ 32). Los pacientes con HAA grave tuvieron una estancia hospitalaria superior (12 vs 6 días, p = 0,0006), mayor proporción de lesión renal aguda (44% vs 9%, p = 0,05) y mayor mortalidad (44% vs 0%, p = 0,01). El 66% recibió tratamiento con corticoides. Se obtuvo una respuesta favorable a los mismos valorada por el índice de Lille a los 7 días en el 20%, significativamente superior en aquellos sin cirrosis asociada (60 vs 0%; p = 0,03). La mortalidad global fue del 28%, Los pacientes que fallecieron eran más mayores (59 vs 50 años; p = 0,04), con mayor hiperbilirrubinemia (18 vs 9 mg/dl; p = 0,002), menor tiempo de protrombina (39 vs 60%; p = 0,02) y tenían una mayor puntuación en el índice de Maddrey (77 vs 35; p = 0,009) y en el índice de ABIC (9,29 vs 7,29; p = 0,003). También observamos que la mortalidad fue significativamente superior entre los pacientes con ascitis (58% vs 6%; p = 0,003), encefalopatía (75% vs 10% p = 0,001) y los que presentaron una insuficiencia hepática aguda sobre crónica (100 vs 16%; p = 0,003).

Discusión: La HAA es una enfermedad con un espectro clínico que comprende desde formas

asintomática a formas graves con frecuencia asociadas a cirrosis. Se caracterizada por marcada ictericia, ascitis, encefalopatía y descenso de la tasa de protrombina. En las formas graves la mortalidad a los 3 meses oscila entre el 25 y el 50%. Los corticoides siguen siendo el tratamiento de primera línea en la HAA grave. En todos los casos la abstinencia de alcohol, el soporte nutricional y el tratamiento de las complicaciones son básicos para mejorar el pronóstico. Existen diversos índices pronósticos para valorar la gravedad de la HAA y la indicación de tratamiento específico. El más utilizado es el índice de Maddrey. El índice de ABIC, que incluye edad, bilirrubina, INR y creatinina, permite estratificar a los pacientes en 3 grupos de riesgo y predecir la mortalidad a los 3 meses y al año del diagnóstico. El índice de Lille, aplicado a los 7 días de iniciado el tratamiento esteroideo, permite identificar a los pacientes respondedores.

Conclusiones: 1. La HAA es una enfermedad grave frecuentemente asociada a la presencia de cirrosis. 2. El espectro clínico y analítico difiere según la presencia concomitante de cirrosis. 3. Su mortalidad es elevada y está condicionada por la gravedad en el momento de su presentación. 4. Los índices de Maddrey y ABIC son útiles para estratificar el riesgo de mortalidad de los pacientes.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.