



**ENFERMEDADES HEPÁTICAS:**  
UNA REVISIÓN **OP**ORTUNA

# HEPATITIS ALCOHÓLICA

Mónica Barreales Valbuena



SERVICIO APARATO DIGESTIVO  
Hospital Universitario  
12 de Octubre



```
graph LR; A[DEFINICIÓN] --> B[HISTOLOGÍA]; B --> C[FISIOPATOLOGÍA]; C --> D[DIAGNÓSTICO]; D --> E[TRATAMIENTO]
```

DEFINICIÓN

HISTOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO



- “Es un síndrome clínico caracterizado por inflamación, daño hepatocelular y fibrosis en el contexto de un consumo excesivo y prolongado de alcohol”.
- Ictericia +/- otros signos de descompensación hepática en un paciente que mantiene abuso de alcohol.
- Agudización de una enfermedad hepática crónica subyacente.

DEFINICIÓN

HISTOLOGÍA

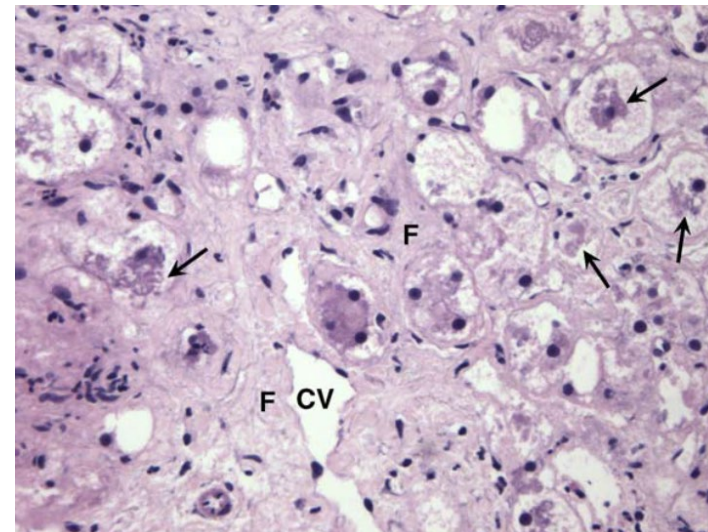
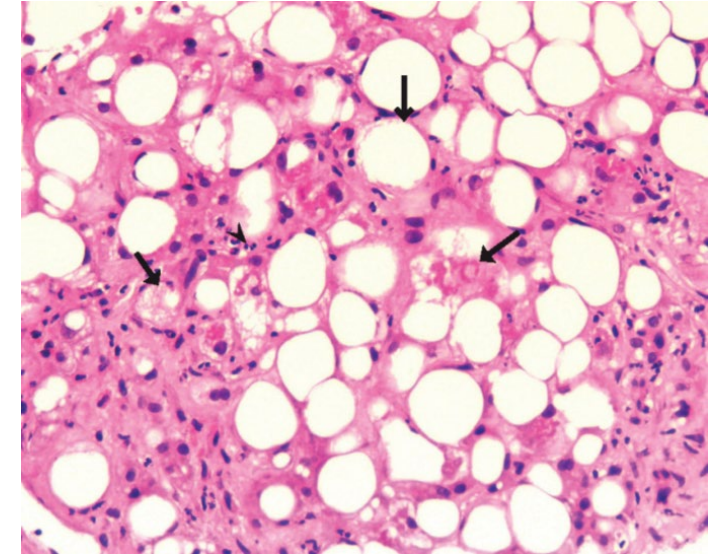
FISIOPATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

# ESTEATOHEPATITIS

- Esteatosis macrovesicular.
- Infiltrado neutrofílico.
- Balonización de hepatocitos.
- Cuerpos de Mallory-Denk.
- Fibrosis pericelular.





DEFINICIÓN

HISTOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

## CRITERIOS CLÍNICOS

### CONSUMO IMPORTANTE DE ALCOHOL

- Generalmente >80g OH/día.
  - **NO** existe límite establecido.
  - Mínimo: **40g/día mujeres** y **50-60g/día hombres**.
- **>6 meses** (típico >5 años).
- Puede haber **cese del consumo** últimos días o semanas, pero la abstinencia debe ser < 60 días.

### INICIO RECIENTE (<1 MES) ICTERICIA

- **Hiperbilirrubinemia  $\geq 3$ .**
- **Hipertransaminasemia moderada.**
  - Elevación **GOT 50-400**.
  - GOT > GPT → **GOT/GPT ratio > 1,5**.

- Síntomas inespecíficos: fiebre, anorexia, dolor abdominal.
- Hepatomegalia, desnutrición, signos de descompensación.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Toxicidad.
- Patología biliar.
- Isquemia.
- Virus.
- Sepsis.
- Autoinmunidad.

## CRITERIOS HISTOLÓGICOS



## ¿Papel de la biopsia hepática?

### A FAVOR:

- **Diagnóstico definitivo.**
- Diagnóstico de etiologías concomitantes.
- Valor pronóstico.

### EN CONTRA:

- **Método invasivo – pacientes con alto riesgo.**
- Baja disponibilidad de BHTY.
- Ausencia de escalas pronósticas histológicas validadas.

### Mala concordancia clínico-histológica

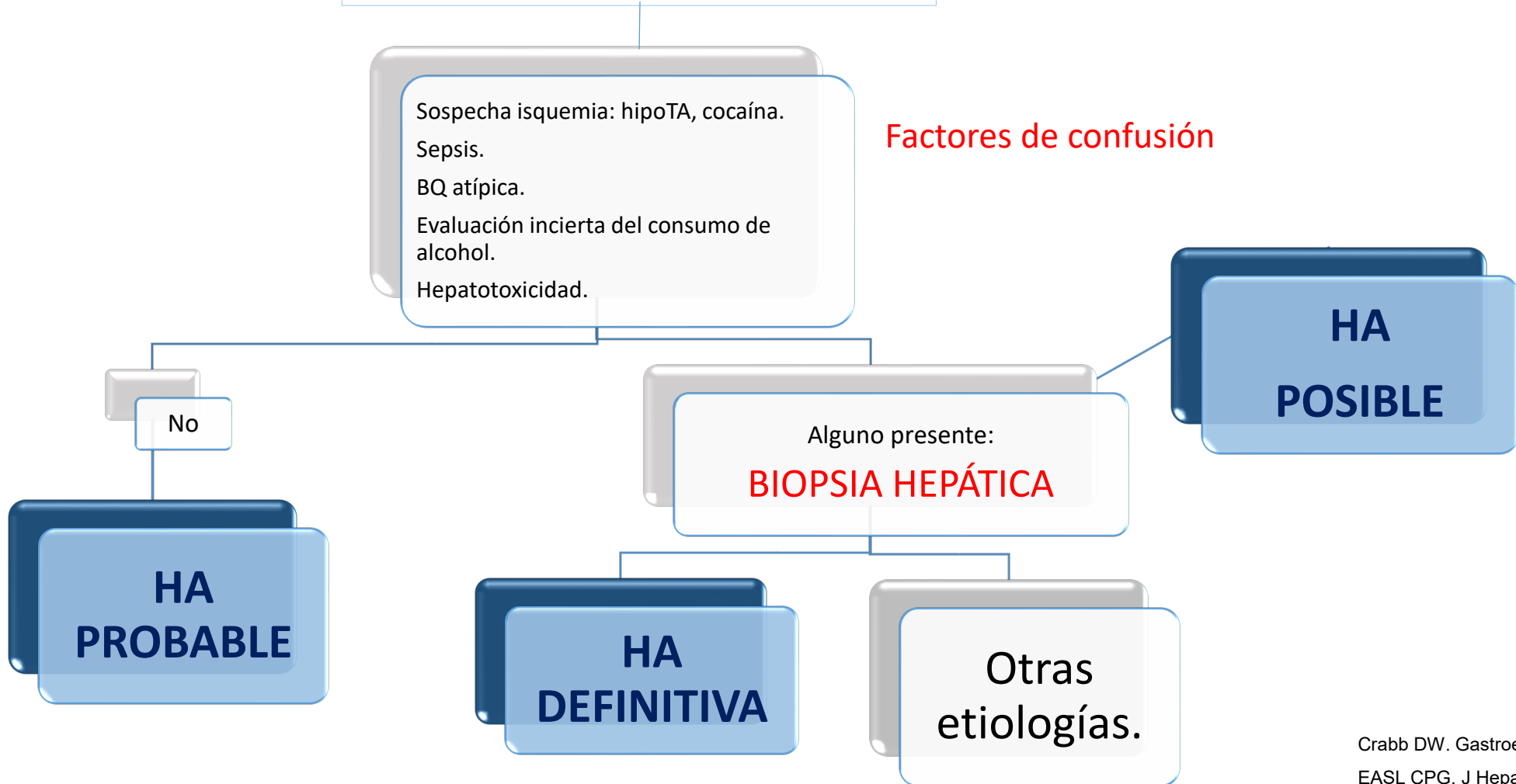
10-20% de sospecha HA clínica **no** se confirma en la biopsia o se encuentra otra etiología concomitante.



Existen pacientes con *esteatohepatitis alcohólica* histológica sin HA clínica.



## CRITERIOS CLÍNICOS DE HA





DEFINICIÓN

HISTOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

## EVALUAR LA GRAVEDAD

### CRITERIOS CLÍNICOS

- **SRIS** (con o sin infección) → FMO.
- **Infecciones.**
- Fallo renal agudo: **SHR.**
- Encefalopatía hepática.
- HDA variceal.
- Malnutrición.

### ÍNDICES PRONÓSTICOS

- Establecer pronóstico a corto plazo (6 m).
- Selección de pacientes candidatos a tratamiento específico.

CONSUMO PERSISTENTE  
ALCOHOL

Marca el px a largo plazo.



Scoring systems for assessment of severity of acute AH						
Scoring System	Parameters	Formula	Severe Disease			
DFI	SB and PT	$4.6 \times (\text{patient's PT} - \text{control PT in seconds}) + \text{SB}$	$\geq 32$			
CPT	SB, PT, serum albumin, ascites, and PSE	1	2	3	$\geq 7$	
		SB	<2	2-3		>3
		PT ↑	<4	4-6		>6
		Albumin	>3.5	2.8-3.5		<2.8
		Ascites	Absent	Slight		Tense
		PSE	None	Grade I-II		Grade III-IV
MELD score	Age, SB, INR, and SC	$9.57 \log_e (\text{SC}) + 3.78 \log_e (\text{SB}) + 11.2 \log_e (\text{INR}) + 6.43$ Available at: <a href="http://www.mayoclinic.org/meld/mayomodel7.html">www.mayoclinic.org/meld/mayomodel7.html</a>	$\geq 21$			
GAHS	Age, BUN, WBC, SB, and INR	1	2	3	$\geq 9$	
		Age	<50	$\geq 50$		—
		WBC	<15	$\geq 15$		—
		BUN	<14	$\geq 14$		—
		SB	<7.3	7.3-14.6		>14.6
		Tc>INR	<1.5	1.5-2.0		>2.0
Lille score	Age, labs at day 0 (SB, albumin, and PT), and change in SB at day 7	$3.19 - 0.101 \times \text{age in yrs} + 0.147 \times \text{albumin (g/L) on day 0} + 0.0165 \times \text{change in SB } (\mu\text{mol/L}) - 0.206 \times \text{RI (0 if absent and 1 if present)} - 0.0065 \times \text{SB on day 0 } (\mu\text{mol/L}) - 0.0096 \times \text{PT (in seconds)}$	$\geq 0.45$			
ABIC score	Age, bilirubin, INR, and creatinine	$(\text{age} \times 0.1) + (\text{SB} \times 0.08) + (\text{SC} \times 0.3) + (\text{INR} \times 0.8)$	$\geq 9$			

ÍNDICES PRONÓSTICOS

- Único dinámico.
- Parar tratamiento.
- ¿4 días?



DEFINICIÓN

HISTOLOGÍA

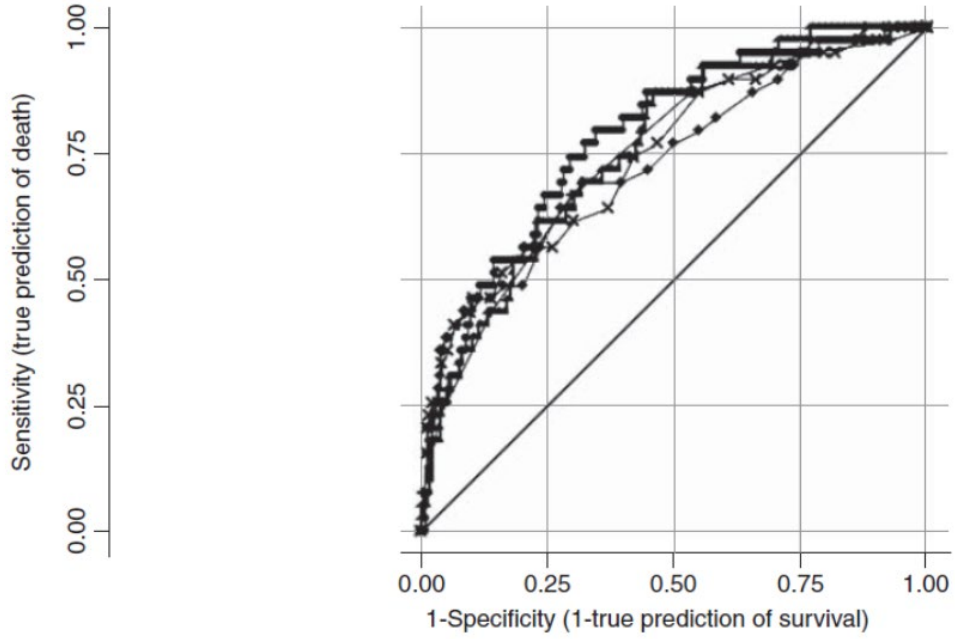
FISIOPATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

## ÍNDICES PRONÓSTICOS

	PUNTO CORTE	USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
mDF	≥32	Inicio CCs	Experiencia	Sobret ratamiento (F+)
MELD	≥21	Px	Experiencia	No claro pto corte
ABIC	>6.7	Px	Estratificación	No claro pto corte No validado fuera España
GAHS	≥9	Inicio CCs	Aumenta E en mDF≥32	No validado fuera RU
Lille	≥0.45	Stop CCs	Valorar fin precoz tratamiento	Dudas en respondedores parciales (0.46-0.56)



—●— Lille ROC area: 0.78	—▲— ABIC ROC area: 0.76
—×— MeldNa ROC area: 0.74	—◆— MELD ROC area: 0.74
—◆— GAHS ROC area: 0.75	

MEJOR PREDICTOR MORTALIDAD:  
combinación de *score* estático + *score* dinámico:  
**MELD + Lille.**

EASL 2018	AEEH 2019	AASLD 2019
mDF / GAHS Lille 7 d	MELD / ABIC Lille 7 d	mDF / MELD Lille 7 d

DEFINICIÓN

HISTOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

## MEDIDAS GENERALES

### FRACASO RENAL:

- Marcador pronóstico.
- Vigilar y tratar precozmente: albúmina y vasoconstrictores.
- Prevenir:
  - ✓ Evitar nefrotróxicos: AINEs, aminoglucósidos, contrastes yodados.
  - ✓ ⚠ Diuréticos, betabloqueantes.

### INFECCIONES:

- 12-26% al ingreso.
- 50% durante CCs.
- SRIS-Pronóstico.
- Vigilar y tratar precozmente.

### OTRAS:

- VITAMINAS grupo B.
- Tratar descompensaciones asociadas: EH, ascitis.

**ABSTINENCIA DE ALCOHOL**

DEFINICIÓN

HISTOLOGÍA

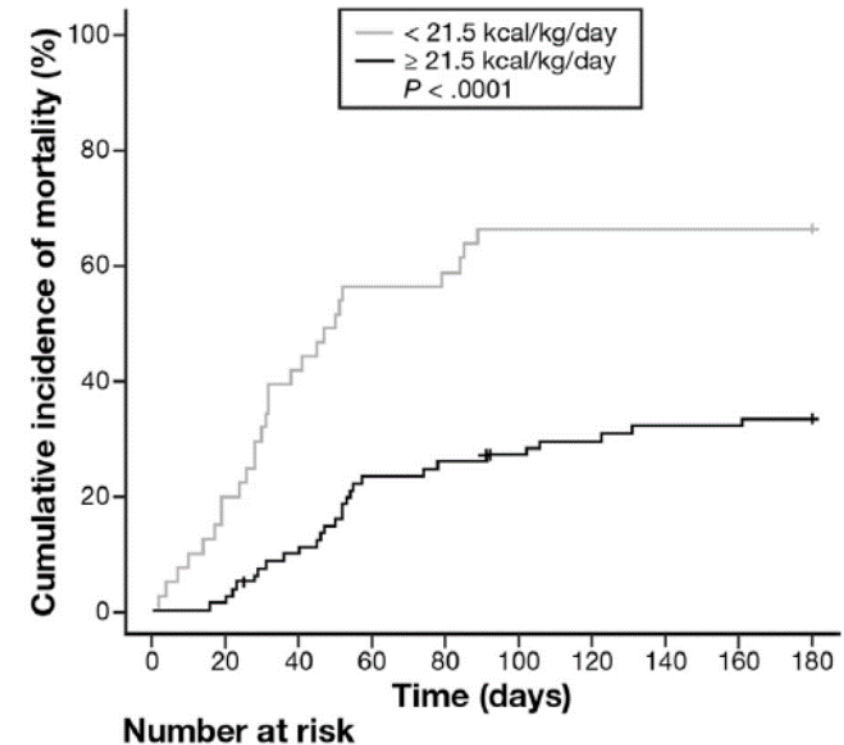
FISIOPATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

## NUTRICIÓN

- Malnutrición frecuente.
- EASL-ESPEN: ingesta de energía 30-40kcal/kg/día y proteínas 1,2-1,5 g/kg/día.
- Difícil de lograr: ¿SNG?----mala tolerancia.
- AASLD: ingesta energía  $\geq 21,5$  Kcal/Kg/día.



DEFINICIÓN

HISTOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

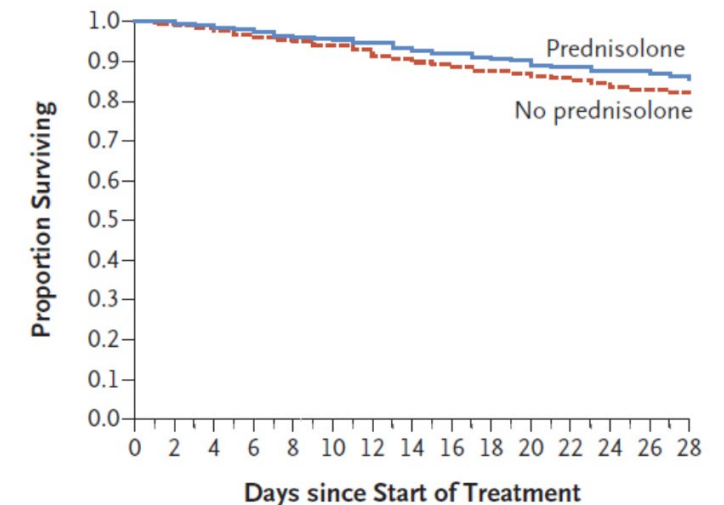
DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

## CORTICOIDES

- Ampliamente utilizados (todas las GPC, >20 RCT, varios metaanálisis).
- Reducción en la mortalidad a los 28 días: ↓ R 36%.
- Prednisolona 40 mg/día ó Metilprednisolona 32 mg/día x 4 semanas.
- ¿Retirada? → brusca o progresiva (1-3 semanas).

Prednisolone vs. No Prednisolone



DEFINICIÓN

HISTOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

## CORTICOIDES

- **CONTRAINDICACIONES:**

- **INFECCIONES:**

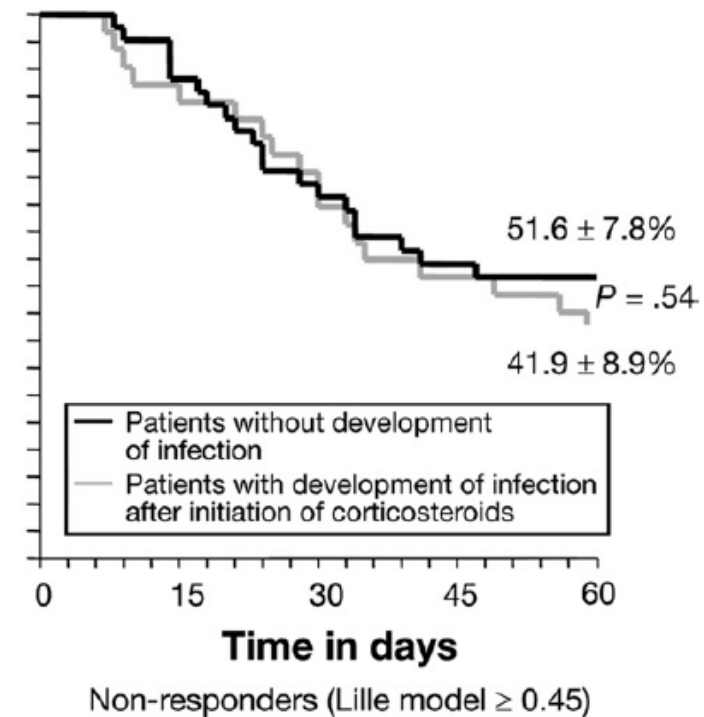
- Frecuentes (PBE, neumonía, celulitis, ITU).
- Solapamiento.
- Cribado: paracentesis, cultivos, RxTx.
- Evolución-tiempo.
- Tratamiento AB e iniciar una vez controlada la infección.
- ¿AB empírico?

- AKI.

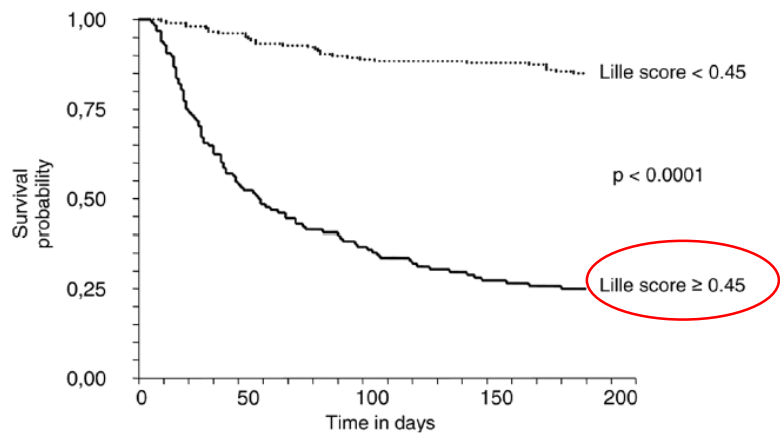
- HDA.

➔ Valorar si control.

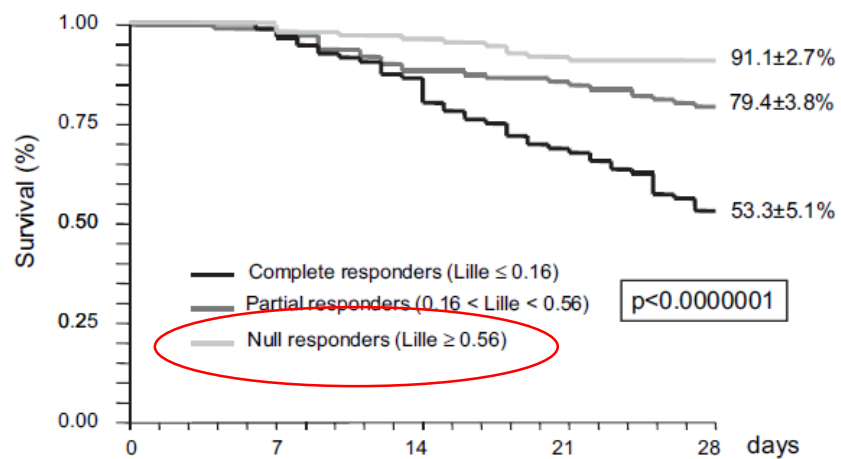
*El pronóstico lo marca la “no respuesta a CCs” y no la presencia de infección.*







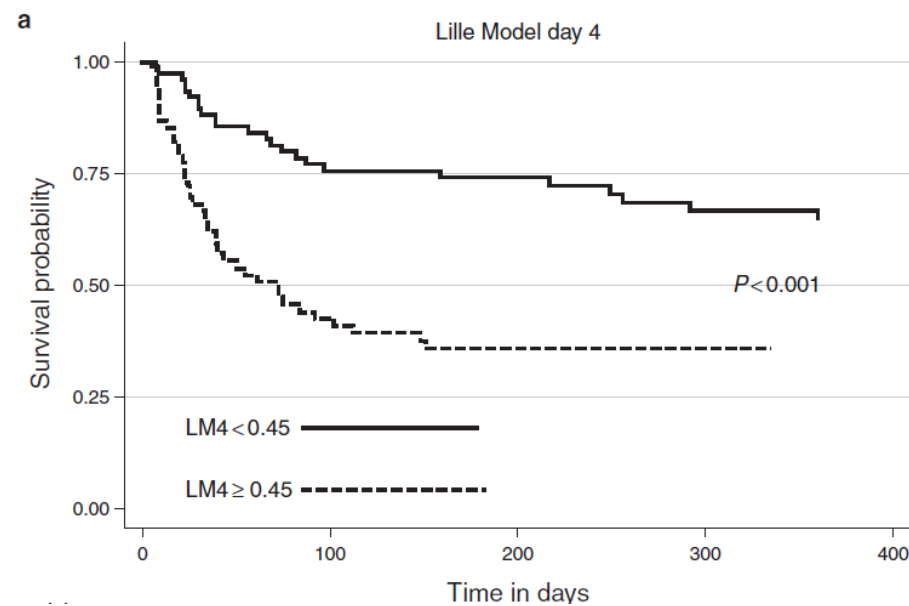
Louvet A. Hepatology 2007; 45



Mathurin P. Gut 2011; 60

**Table 3.** Accuracy of severity scores to predict 28- and 90-day mortality

Variable	28-Day mortality			90-Day mortality		
	AUROC	95% CI	P value <sup>a</sup>	AUROC	95% CI	P value <sup>a</sup>
Lille Model 4	0.77	0.66–0.88	0.406	0.77	0.69–0.84	0.706
Lille Model 7	0.74	0.63–0.85		0.75	0.67–0.84	



DEFINICIÓN

HISTOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

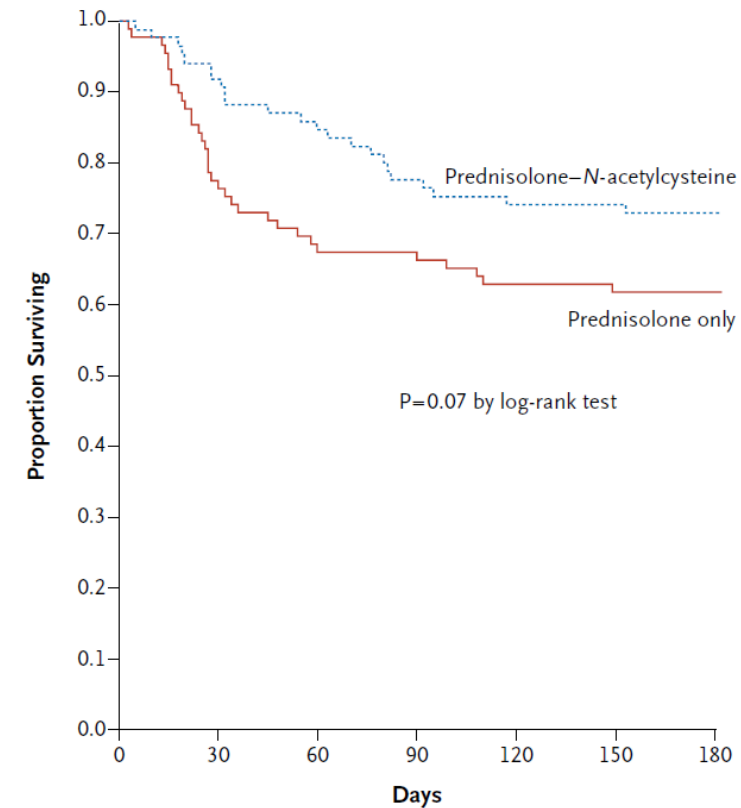
DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

## OTROS TRATAMIENTOS

### N-ACETILCISTEÍNA

- ✓ No aumenta la Spv comparado con terapia estándar.
- ✓ Ensayo combinada con CCs:
  - Menor mortalidad al mes.
  - Reduce incidencia de SHR.
  - Reduce incidencia de infecciones.



DEFINICIÓN

HISTOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

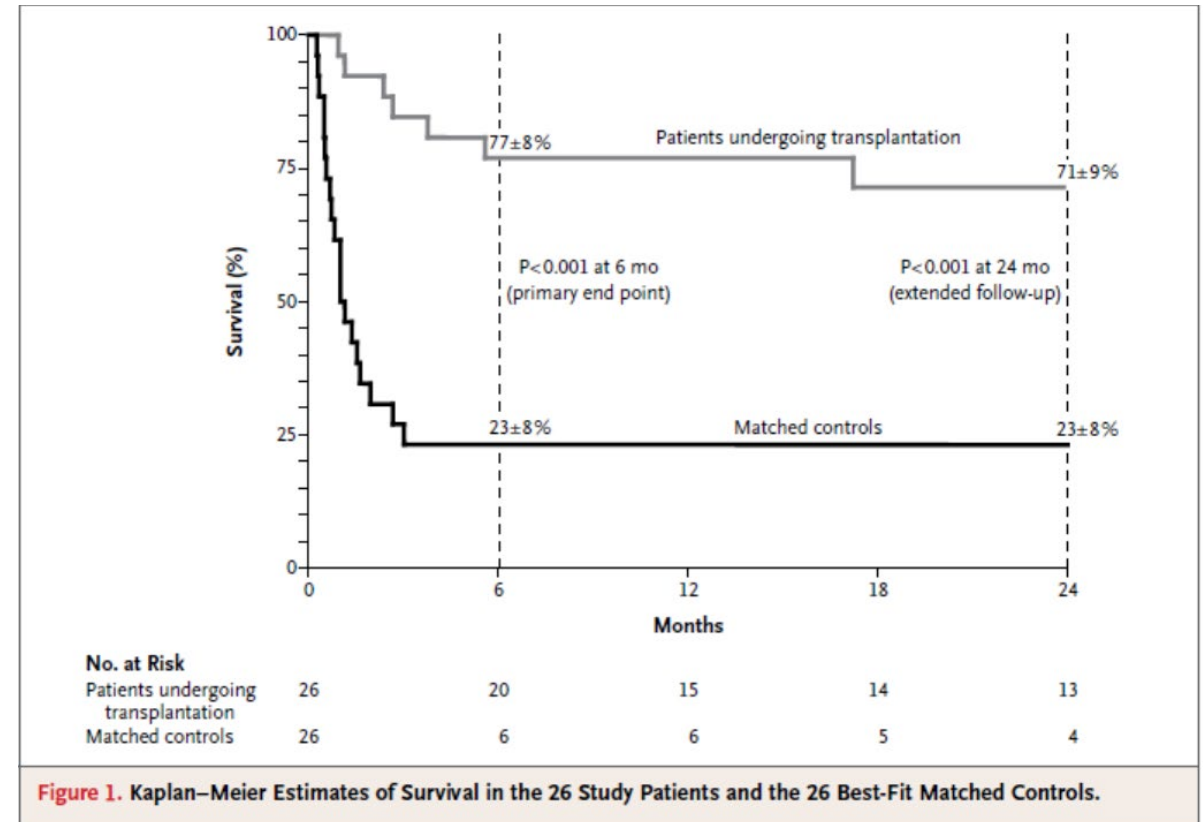
# TRASPLANTE HEPÁTICO

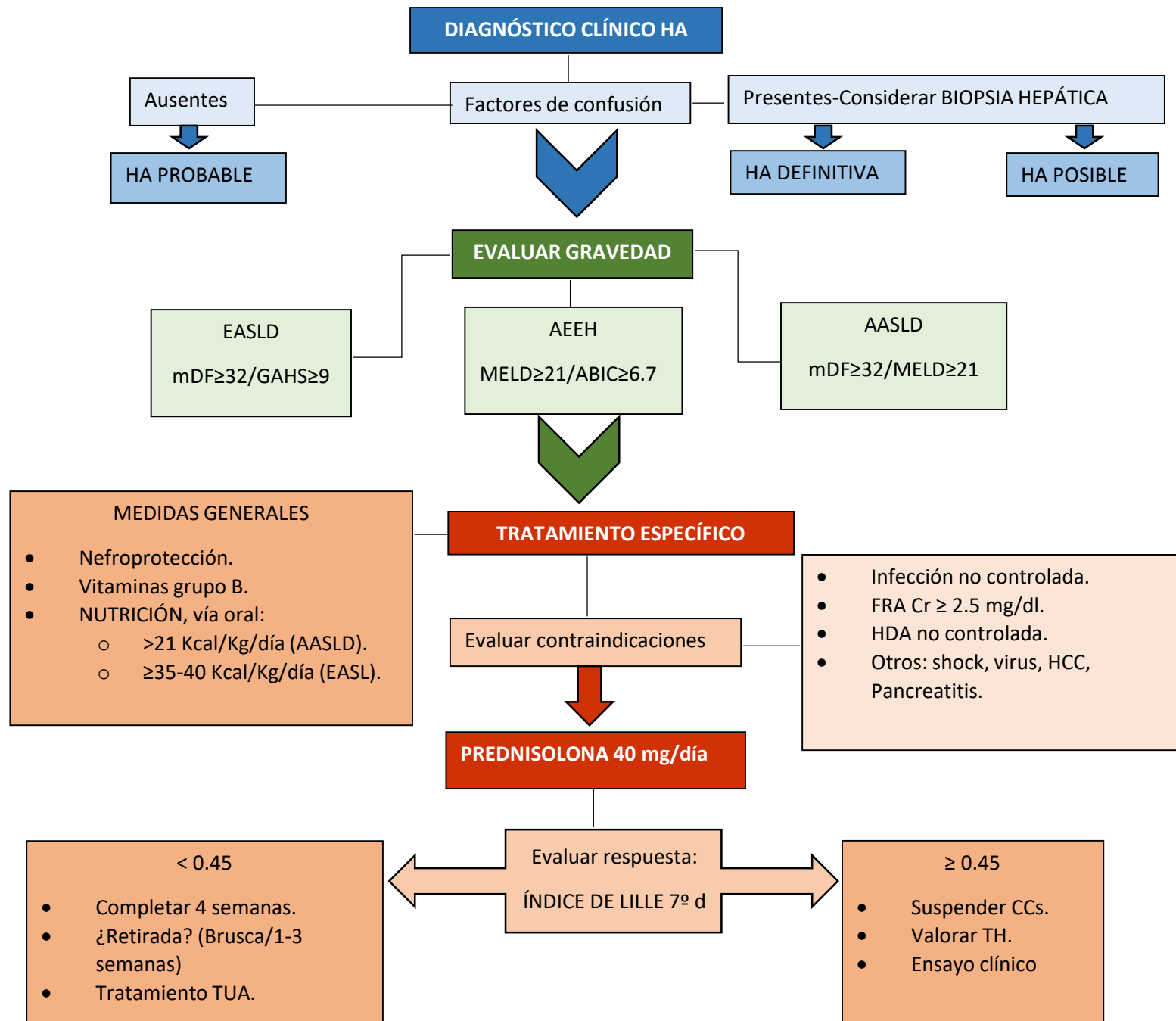
## A FAVOR

- CCs eficacia limitada.
- Alta mortalidad.
- Buenos resultados del TH en varios ensayos.
- ¿Regla de los 6 meses?


## EN CONTRA

- Dificultad en la selección de pacientes.
- Riesgo de recurrencia.
- Impacto en la lista de espera.
- Futilidad terapéutica.





# Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases

David W. Crabb,<sup>1</sup> Gene Y. Im ,<sup>2</sup> Gyongyi Szabo,<sup>3</sup> Jessica L. Mellinger,<sup>4</sup> and Michael R. Lucey<sup>5</sup>

Gastroenterol Hepatol. 2019;42(10):657–676



Gastroenterología y Hepatología

[www.elsevier.es/gastroenterologia](http://www.elsevier.es/gastroenterologia)

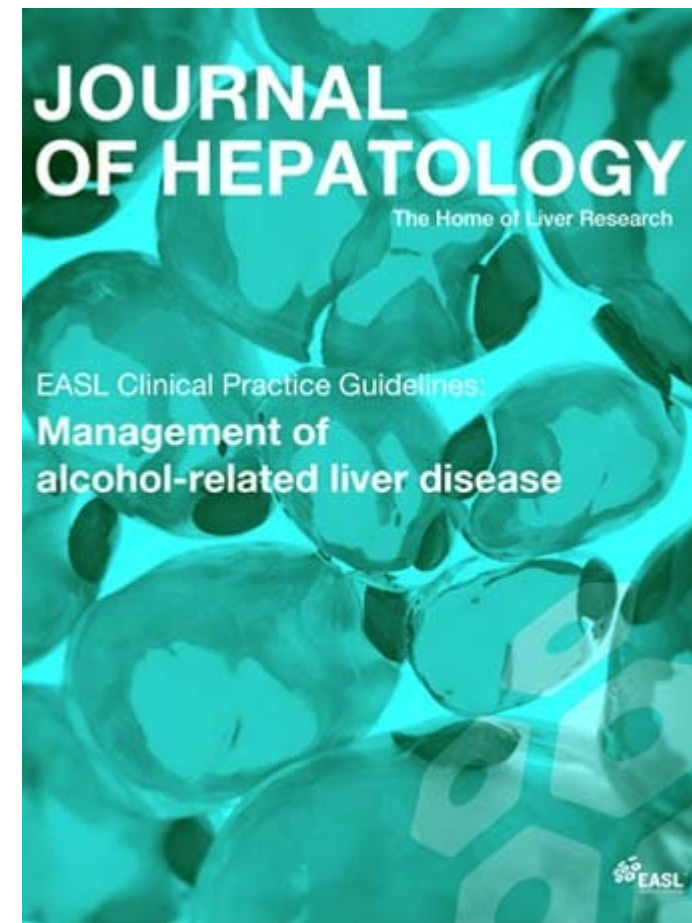


GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Enfermedad hepática por alcohol. Guías de práctica clínica. Documento de consenso auspiciado por la AEEH**



Ramón Bataller<sup>a,\*</sup>, Joaquín Cabezas<sup>b,f</sup>, Rocío Aller<sup>c,d,e</sup>, Meritxell Ventura-Cots<sup>a,f</sup>, Javier Abad<sup>g</sup>, Agustín Albillos<sup>f,h</sup>, José Altamirano<sup>i</sup>, María Teresa Arias-Loste<sup>b,f</sup>, Rafael Bañares<sup>f,j</sup>, Juan Caballería<sup>f,k</sup>, Llorenç Caballería<sup>l</sup>, José Antonio Carrión<sup>m</sup>, Moisés Diago<sup>n</sup>, Conrado Fernández Rodríguez<sup>o</sup>, Rocío Gallego<sup>f,p</sup>, Miren García-Cortés<sup>q</sup>, Carmelo García-Monzón<sup>r</sup>, Joan Genescà<sup>f,s</sup>, Pere Ginés<sup>f,l</sup>, Manuel Hernández-Guerra<sup>t</sup>, Francisco Jorquera<sup>f,u</sup>, Anna Lligoña<sup>v</sup>, Esther Molina<sup>w</sup>, María Jesús Pareja<sup>x</sup>, Ramón Planas<sup>f,y</sup>, Santiago Tomé<sup>z</sup>, Javier Salmerón<sup>aa</sup> y Manuel Romero-Gómez<sup>f,p</sup>



MUCHAS GRACIAS