

Estudio descriptivo de pacientes con cirrosis hepática de etiología viral, en la provincia de Matanzas

Descriptive study of patients with viral-etiology liver cirrhosis in the province of Matanzas

Dra. Sahilí Corrales Alonso^{1*},**  <https://orcid.org/0000-0002-1127-3114>

Dr. Ricardo Hernández Hernández¹,***  <https://orcid.org/0000-0002-5357-8899>

Dra. Anyela González Báez¹,****  <https://orcid.org/0000-0002-0352-6046>

Dr. Miguel Vanterpool Héctor¹,****  <https://orcid.org/0000-0001-7674-2906>

Dra. Evelyn Rangel Lorenzo¹,****  <https://orcid.org/0000-0003-4904-8323>

Lic. Dayron Villar Ortiz¹,****  <https://orcid.org/0000-0002-2573-441X>

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

* Autor para la correspondencia: sahili.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la cirrosis hepática de etiología viral representa un impactante problema de salud a nivel mundial, no solo por su elevada tasa de prevalencia, sino por los costos generados en la atención médica.

Objetivos: determinar el comportamiento de los pacientes cirróticos, de etiología viral, en la provincia de Matanzas.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo en 47 pacientes con cirrosis hepática de etiología viral, atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, de Matanzas, de enero de 2016 a enero de 2018. Los resultados de las variables analizadas se expusieron en tablas de doble entrada.

Resultados: el 68,1 % de los pacientes correspondió a cirrosis por virus C. Predominaron los mayores de 50 años, con carga viral entre 4-6,9 log₁₀, y atendidos en régimen ambulatorio. En el 57,4 % se detectaron signos endoscópicos de hipertensión portal, que se corroboraron en el doppler hepático. La ascitis asociada a diferentes sepsis fueron las complicaciones más registradas. El 55,4 % fue clasificado como Child-Pugh A, y el 76,6 % en etapa clínica compensada.

Conclusiones: el diagnóstico y seguimiento de la cirrosis hepática viral sigue siendo un verdadero reto para la comunidad médica. De ahí los esfuerzos que han de realizarse para su control desde las fases compensadas, para retardar la aparición de complicaciones.

Palabras clave: cirrosis por virus B y C; complicaciones; Baveno VI; Child-Pugh.

ABSTRACT

Introduction: viral etiology liver cirrhosis is an impacting health problem around the world, not only because of its high prevalence rate but also because of the costs generated by its medical care.

Objective: to determine the behavior of the patients with viral etiology liver cirrhosis in the province of Matanzas.

Materials and methods: a descriptive-retrospective study was carried out in 47 patients with viral etiology liver cirrhosis treated in the service of Gastroenterology of the Hospital "Comandante Faustino Perez" of Matanzas, from January 2016 to January 2018. The results of the analyzed variables were shown in double-entry tables.

Results: 68.1% of the patients presented cirrhosis caused by C virus, Patients elder 50 years old predominated, with 4–6.9 log₁₀, treated in ambulatory regimen. Endoscopic signs of portal hypertension were found in 57.4%. It was corroborated with liver Doppler. Ascites associated to different sepsis were the most frequently registered complications. 55.4% were classified as Child-Pugh A, and 76.6% were in compensated clinical stage.

Conclusions: viral liver cirrhosis diagnosis and follow-up is still a true challenge for the medical community, and hence the efforts that should be made to control it from the compensated stages to delay the appearance of complications.

Key words: cirrhosis by B and C viruses; complications; Baveno VI; Child-Pugh.

Recibido: 31/07/2020.

Aceptado: 22/12/2020.

INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es un estadio avanzado de la evolución de un conjunto de enfermedades crónicas que afectan al hígado, a la que se llega si el agente responsable de la injuria persiste en su acción necro-inflamatoria. A nivel de la glándula hepática se produce distorsión de su arquitectura normal, con la consecuente aparición de fibrosis y nódulos de regeneración. Estos cambios anatomopatológicos condicionan una alteración vascular intrahepática y reducción de la masa funcional de dicho tejido, lo que trae consigo un incremento en la morbilidad, el desarrollo de complicaciones potencialmente mortales y una disminución en la calidad de vida de los pacientes que la padecen.^(1,2) Es considerada un proceso dinámico y complejo, pero aun así, se aboga en la actualidad por la posible remisión de la fibrosis si se logra eliminar el agente primario responsable de su aparición.⁽³⁾

La cirrosis representa un importante problema de salud a nivel mundial, si se tiene en cuenta la elevada carga asistencial que genera, el elevado número de ingresos hospitalarios, las consultas médicas ambulatorias, los recursos humanos y materiales destinados a su atención, y la repercusión económica y social para las familias que poseen enfermos con esta condición.⁽¹⁻³⁾

Según datos estadísticos, ha sido de las enfermedades con tendencia al aumento en su tasa de mortalidad en los últimos años.^(2,4) Cuba no escapa de esta realidad, al ser la décima causa de muerte, y la segunda dentro de las patologías digestivas, superada por el cáncer de colon. De ahí la importancia de redoblar esfuerzos no solo en el diagnóstico precoz, sino en su adecuado control, aun desde las fases compensadas, para retardar así la aparición de complicaciones, muchas de las cuales resultan difíciles de revertir.^(1,5)

Las hepatitis crónicas virales, y dentro entre ellas las originadas por los virus B y C, tributan dentro de sus etiologías más frecuentes en todas las latitudes del planeta.^(1,6,7) Se estima que más de 350 millones de personas en el mundo son portadores crónicos del antígeno de superficie del virus B, de ellos entre el 15-30 % pueden desarrollar en su evolución cirrosis, insuficiencia hepática y carcinoma hepatocelular.

En Cuba, con su efectivo programa de vacunación para esta enfermedad, se han mostrado resultados alentadores, sobre todo en la población menor de 30 años, donde existe un número para nada despreciable de enfermos en estadio de cirrosis.⁽¹⁾ Por su parte, el panorama mundial es más complejo para el virus C, si se toma en cuenta la alarmante cifra de más de 180 millones de infectados —alrededor del 3 % de la población mundial—, el número elevado de enfermos que se diagnostican en estadio de cirrosis —más del doble en los últimos 10 años—, así como los diagnosticados con

hepatocarcinoma, cifras que han aumentado tres veces con respecto a décadas anteriores.^(3,8,9)

Según reportes recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este virus es responsable de más de un millón de defunciones anuales, la mayoría de ellas secundarias a complicaciones derivadas de la cirrosis y el hepatocarcinoma. La historia natural de la hepatitis C es casi siempre con una evolución silente a la cronicidad. La gran heterogenicidad del virus, la ausencia de una vacuna preventiva y los elevados costos de fármacos con probada efectividad, son tan solo algunos de los factores que han incidido en el elevado número de casos que se diagnostican a diario en este estadio, por lo que sigue siendo un problema serio, aún no resuelto y de extrema preocupación para la comunidad científica internacional.^(1,2,10)

Matanzas cuenta con una consulta provincial para el diagnóstico, atención y seguimiento de pacientes con esta condición clínica. Existen pocas publicaciones en el territorio sobre esta enfermedad, que cada día es más frecuente y desafortunadamente no siempre bien atendida. Esta es la causa que, a criterio de los autores, justificó la realización de la presente investigación, diseñada con el objetivo de determinar el comportamiento de los pacientes matanceros diagnosticados con cirrosis hepática de etiología viral, y cuyos resultados son la expresión del trabajo continuo de un colectivo multidisciplinario que dedica todo su empeño a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo-retrospectivo, que incluyó un total de 47 pacientes, mayores de 18 años de edad, atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, de la provincia de Matanzas, con diagnóstico confirmado de cirrosis hepática de etiología viral, en el período comprendido de enero de 2016 a enero de 2018. Los pacientes dieron su consentimiento para participar de forma voluntaria en dicha investigación y someterse a todos los estudios complementarios que formaron parte de ella. Quedaron excluidos quienes no cumplieron con esos criterios, así como aquellos que por voluntad propia decidieron abandonar el estudio en alguna de sus etapas o no llevaron seguimiento en la consulta provincial durante al menos dos años.

La captación de los pacientes se realizó según el tipo de atención recibida —electiva o urgente. En el primer grupo, los casos atendidos en régimen ambulatorio en la Consulta Provincial de Hepatología, y en el segundo, los que acudieron a los cuerpos de guardia, con posterior ingreso hospitalario, ante la evidencia de signos de descompensación o debut de la enfermedad.

A cada paciente se le realizó una evaluación clínica integral inicial, que incluyó interrogatorio exhaustivo, examen físico y resultados de estudios complementarios, información que fue incorporada a una planilla de recolección de datos, confeccionada por los autores. De igual manera, fueron revisadas las historias clínicas ambulatorias u hospitalarias de cada caso, para el completamiento de la información requerida. La totalidad de los pacientes fue seguida por un período no menor de dos años y al menos

cada cuatro meses, tiempo que se acortó en algunos casos dependiendo de su condición médica.

Al momento de la inclusión en el estudio, se tuvieron en cuenta las siguientes variables: sexo (femenino, masculino), edad (en años cumplidos), tipo de hepatitis (B o C), carga viral (en expresión logarítmica), enfermedades asociadas (alcoholismo, enfermedad hepática por depósito de grasa no alcohólica, EHDGNA), enfermedad de Wilson, tipo de asistencia recibida (ambulatoria u hospitalaria), así como motivo de atención. Para los casos asintomáticos se consideró la presencia de marcadores virales positivos, la hipertransaminasemia, las alteraciones ecográficas o el diagnóstico transoperatorio. Entre los sintomáticos, se incluyeron los que expresaron síntomas o signos inespecíficos o los que manifestaron elementos clínicos relacionados con insuficiencia hepática y/o hipertensión portal (HTP).

La determinación de carga viral se realizó en el laboratorio de Biología Molecular del hospital, siguiendo los protocolos establecidos para la extracción y conservación de las muestras de plasma. Estas fueron procesadas con reactivos de la marca Roche en los equipos COBAS AmpliPrep y COBAS TaqMan 48, versión 2.0, para la extracción completa automatizada de ácidos nucleicos y la amplificación y detección en tiempo real respectivamente, mediante la técnica de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR), con un límite inferior de detección de 1,4 Log₁₀ IU/ml y rango dinámico de cuantificación entre 1,4–8,5 Log₁₀ IU/ml para el virus C, y de 1,7 Log₁₀ IU/ml y rango dinámico de cuantificación de 1,7–8,7 Log₁₀ IU/ml para el virus B.

El doppler hepático se realizó en el departamento de imagenología del centro, con el equipo de ecografía doppler color y espectral modo 2D, operado por dos especialistas entrenados para su realización e interpretación. Fueron evaluados los siguientes parámetros: tamaño del hígado (normal, aumentado o disminuido), diámetro de la porta (normal, aumentado), tipo de flujo (hepatoductal, hepatofugo), velocidad portal (normal, disminuida) y tamaño del bazo (normal, aumentado). Se consideró normal un diámetro de la porta en espiración menor a 13 mm y menor a 16 mm en inspiración, y la velocidad de la porta entre 13-23 cm/seg.

La endoscopia digestiva superior (EDS) fue realizada en el Departamento de Gastroenterología del hospital. Se utilizó un videoendoscopio marca Olympus Lucera, serie 360, con aplicación de lidocaína en spray al 1 % al paciente para la sedación de la orofaringe. Se consideraron, entre otros diagnósticos, la existencia o no de signos de HTP (várices, gastropatía hipertensiva o ambas) así como la evidencia de hemorragia digestiva alta (HDA), dependiente o no de HTP.

Los pacientes fueron evolucionados durante dos años, y en este período se presentaron complicaciones en algunos de ellos. Otra de las variables consideradas en el estudio fueron: la sepsis —incluyendo la peritonitis bacteriana espontánea (PBE)—, la HDA, la encefalopatía hepática (EH), el síndrome hepatorenal (SHR) o la combinación de algunas de ellas.

La evaluación del índice pronóstico según el modelo Child-Pugh (grados A, B o C) y la clasificación en etapas clínicas, compensadas (etapas 0, 1 y 2) o descompensadas (etapas 3, 4, 5 o 6), según consenso de Baveno VI, se realizó teniendo en cuenta los parámetros establecidos para ello en la evaluación final de cada paciente, la cual tuvo lugar al cierre del estudio.

A los pacientes con ausencia de várices esofágicas, les fue realizada la elastografía hepática, proceder que se efectuó en el Departamento de Imagenología del Instituto Nacional de Gastroenterología, de La Habana, por especialistas calificados, utilizando el equipo Fibroscan 402, con el objetivo de poder distinguir, según el valor de rigidez hepática, la etapa clínica 1 de la 2. Valores por encima de 14 Kpa fueron sugestivos de la enfermedad.

Toda la información obtenida fue ingresada en una base de datos diseñada para ese fin, y posteriormente procesada en el paquete automatizado Microsoft 2010. Para su correcta interpretación, la misma fue expuesta en tablas de doble entrada, en las cuales se presentaron las distribuciones de frecuencia y los porcentos de las variables estudiadas. Se determinó la media del grupo para la variable edad.

RESULTADOS

De los 47 pacientes incluidos en el estudio, el 68,1 % fueron diagnosticados con hepatitis C y el resto con B. Se observó un discreto predominio del sexo femenino (53,2 %), y la edad media del grupo fue de 54,8 años, tal como se expresa en la [tabla 1](#). El 48,8 % del total de estudiados presentaron carga viral entre 4 y 6,9 log₁₀. Fue este rango el que predominó en el grupo con hepatitis C, a diferencia de los incluidos con virus B, cuya moda fue entre 1 y 3,9 log₁₀. El alcoholismo, con un 21,3 % de incidencia, fue la enfermedad más asociada en esta serie.

Tabla 1. Distribución de según características generales. N=47

Características generales	Tipo de hepatitis					
	Hepatitis B N= 15 (31,9 %)		Hepatitis C N= 32 (68,1 %)		Total N= 47 (100 %)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sexo						
Masculino	9	19,1	13	27,7	22	46,8
Femenino	6	12,8	19	40,4	25	53,2
Edad media	51,2		58,4		54,8	
Carga viral (log10)						
No detectable	2	4,3	2	4,3	4	8,6
1-3,9	9	19,1	9	19,1	18	38,2
4-6,9	3	6,4	19	40,4	22	48,8
7 o más	1	2,1	2	4,3	3	6,4
Enfermedades asociadas						
Alcoholismo	4	8,6	6	12,7	10	21,3
EHDGNA	2	4,3	5	10,6	7	14,9
Enfermedad de Wilson	1	2,1	0	0	1	2,1

En la [tabla 2](#) se muestra la distribución de los pacientes según el tipo de asistencia médica, en correspondencia con el motivo de la misma. La mayoría fue atendida en régimen ambulatorio (59,6 %). Entre ella predominaron los asintomáticos, con un total de 20 de los 28 casos incluidos en este grupo; de los atendidos en régimen hospitalario, el mayor por ciento estuvo representado por casos sintomáticos, sobre todo en el curso de síntomas o complicaciones dependientes de la propia enfermedad.

Tabla 2. Distribución según motivo y tipo de asistencia médica. N= 47

Motivo de asistencia médica	Tipo de asistencia			
	Ambulatoria N= 28 (59,6 %)		Hospitalaria N= 19 (40,4 %)	
Asintomáticos	No.	%	No.	%
Marcadores virales positivos	12	25,6	2	4,3
Hipertransaminasemia	5	10,6	3	6,4
Ecografía hepática alterada	2	4,3	1	2,1
Diagnóstico transoperatorio	1	2,1	1	2,1
Sintomáticos				
Síntomas o signos inespecíficos	5	10,6	1	2,1
Síntomas o complicaciones dependientes de insuficiencia hepática y/o HTP	3	6,4	11	23,4

En la [tabla 3](#) se hicieron corresponder los resultados de la EDS con el del doppler hepático. El 42,6 % estuvo representado por los pacientes sin signos endoscópicos de HTP. Entre ellos predominaron aquellos con flujo hepatoductal, tamaño normal del hígado y el bazo, y sin alteraciones en el diámetro ni la velocidad portal. El segundo lugar lo ocupó el grupo de pacientes con signos endoscópicos de HTP, pero sin evidencia de HDA por esta causa. La mayoría presentó diámetro aumentado de la porta, flujo hepatofugo, velocidad portal disminuida y esplenomegalia. La menor representación la tuvo el grupo con evidencia de HDA secundaria a HTP, todos con aumento del diámetro portal, flujo hepatofugo y velocidad disminuida del flujo portal.

Tabla 3. Distribución según resultados del ecodoppler hepático y EDS. N= 47

Resultados del ecodoppler hepático	Resultados de la EDS					
	Sin evidencia de signos de HTP N= 20 (42,6 %)		Con signos de HTP sin HDA N= 16 (34,0 %)		HDA por HTP N=11 (23,4%)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tamaño del hígado						
Aumentado	9	19,2	3	6,3	0	0
Normal	11	23,4	9	19,2	2	4,2
Disminuido	0	0	4	8,5	9	19,2
Diámetro de la porta						
Normal	20	42,6	1	2,1	0	0
Aumentado	0	0	15	31,9	11	23,4
Tipo de flujo						
Hepatoductal	18	38,4	3	6,4	2	4,2
Hepatofugo	2	4,2	13	27,6	9	19,2
Velocidad flujo portal						
Normal	17	36,2	2	4,2	0	0
Disminuida	3	6,4	14	29,8	11	23,4
Tamaño del bazo						
Normal	19	40,5	3	6,4	0	0
Aumentado	1	2,1	13	27,6	11	23,4

Entre los casos que evidenciaron alguna complicación durante los dos años de seguimiento, predominaron aquellos con sepsis respiratoria o urinaria asociada a ascitis, quienes representaron, cada grupo, el 14,5 %, seguido de los diagnosticados con HDA secundaria a HTP. Se presentaron 8 pacientes con asociación de tres o más complicaciones, información que se expuso en la [tabla 4](#).

Tabla 4. Distribución según complicaciones presentadas

Tipos de complicaciones	Frecuencia	%
Sepsis respiratorias + ascitis	6	14,5
Sepsis urinaria + ascitis	6	14,5
HDA por HTP	5	10,6
PBE+ ascitis	5	10,6
HDA por HTP+ ascitis + EH	4	8,5
PBE+ ascitis + EH+ SHR	2	4,2
HDA por HTP+ ascitis + EH+ SHR	2	4,2
Hepatocarcinoma injertado	1	2,1

En la evaluación individual final pudo determinarse, según consta en la [tabla 5](#), que la mayoría de los casos (76,6 %) se encontraba en alguna de las etapas clínicas compensadas, resultando la fase 2 la más representativa. Entre los descompensados, la mayor parte de los casos quedó incluida en la fase 3. Al correlacionar esta variable con el índice pronóstico por el modelo Child-Pugh, el mayor por ciento estuvo representado por el A, con un total de 26 pacientes (55,4 %), todos clasificados como compensados clínicamente. Le siguieron, en orden de frecuencia, los evaluados con Child-Pugh B, que representaron el 34 %. De los 16 incluidos en este grupo, 6 se encontraban en fase descompensada; el 10,6 % restante fueron clasificados como Child-Pugh C, todos incluidos en algunas de las fases consideradas como descompensadas.

Tabla 5. Distribución según etapas clínicas y Child-Pugh. N=47

Etapas clínicas (Baveno VI)	Índice pronóstico Child-Pugh					
	A N= 26 (55,4 %)		B N= 16 (34,0 %)		C N= 5 (10,6 %)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Compensadas N= 36 (76,6 %)						
0 N= 7 (14,9 %)	6	12,8	1	2,1	0	0
1 N=13 (27,7 %)	11	23,4	2	4,3	0	0
2 N=16 (34,0 %)	9	19,2	7	14,9	0	0
Descompensada N= 11 (23,4 %)						
3 N= 7 (14,9 %)	0	0	5	10,6	2	4,3
4 N= 2 (4,3 %)	0	0	1	2,1	1	2,1
5 N= 1 (2,1 %)	0	0	0	0	1	2,1
6 N= 1 (2,1 %)	0	0	0	0	1	2,1

DISCUSIÓN

La cirrosis de etiología viral es de las enfermedades que demanda mayor atención, sea ambulatoria u hospitalaria, en los servicios de Gastroenterología de cualquier parte del mundo. La necesidad de un equipo multidisciplinario entrenado es esencial para el

éxito en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes que padecen esta condición.^(1,5,11) No basta la presencia del hepatólogo; se requiere de imagenólogos, microbiólogos, internistas, incluso intensivistas, sobre todo para los casos más complejos, tal y como quedó demostrado en el curso de la presente investigación.

La prevalencia de uno u otro virus difiere en las distintas regiones del planeta. Si bien la distribución geográfica mundial del virus B es mayor en las zonas orientales, y el C en el hemisferio occidental, cada país tiene su propio comportamiento por razones multifactoriales.^(2,7) Las acciones específicas que cada sistema de salud haga en el control viral, en la identificación de factores de riesgo relacionados con sus conocidas vías de transmisión, en la búsqueda de casos susceptibles, en el diagnóstico precoz desde los estadios tempranos, así como en la disponibilidad de recursos humanos y materiales destinados a su diagnóstico, seguimiento y tratamiento, son determinantes en el número de casos que se reportan a diario.^(2,6)

Cuba es reconocida a nivel mundial por sus resultados en el control del virus B, luego de la introducción exitosa de su programa de vacunación. Esto ha hecho posible reducir los índices de incidencia de hepatitis aguda en la infancia. Como indica su historia natural, cuando este virus se adquiere en edades tempranas de la vida, es mayor la probabilidad de desarrollar hepatitis crónica y cirrosis. Sin embargo, en la etapa adulta es más frecuente la forma de presentación aguda —más fácil de diagnosticar, evolucionar y evitar su progresión a formas complicadas. Estos argumentos sugieren que en la actualidad y en el futuro se prevé una reducción de casos diagnosticados con cirrosis por virus B, si lo comparamos con años anteriores, donde la mayoría de los niños con este virus se infectaban a partir de progenitores enfermos, muchos de los cuales ni siquiera sabían de la existencia del mismo, por no contarse con los medios para su diagnóstico.^(1,10,12)

Los resultados del presente estudio muestran un menor número de pacientes cirróticos por virus B que por C, lo cual coincide con lo reportado en estudios como el de Yepes y colaboradores.⁽¹²⁾ La mayoría de los investigadores sobre el tema coincide en que cada día son diagnosticados más pacientes con cirrosis hepática por virus C, si para ello se considera que en la historia natural de esta enfermedad más del 80 % de los casos evolucionan de forma silente, lenta y progresiva a la cronicidad, muchas veces sin experimentar señales de aviso, por lo que no es infrecuente diagnosticarla precisamente en etapas de cirrosis.^(1,13,14)

Artículos publicados sobre cirrosis señalan que esta enfermedad es más frecuente en los hombres, si para ello se toma en cuenta que en gran parte del mundo el alcohol es una de sus etiologías más frecuentes; sin embargo, cuando de etiología viral se trata, las diferencias reportadas entre uno u otro sexo no suelen ser estadísticamente significativas, tal y como sucedió en el presente trabajo, coincidiendo con lo registrado en la literatura.^(1,7,15) Es importante considerar que existen factores de riesgo reconocidos internacionalmente para ambos tipos de infecciones virales, relacionados directamente con sus dos vías principales de transmisión: la parenteral y la sexual. De manera que cualquier persona, en mayor o menor medida, es susceptible a contagiarse por una u otra vía, al estar expuesta, indistintamente de su condición genérica, a alguno de estos factores.^(12,16)

La edad de presentación de esta enfermedad es habitualmente después de la cuarta o quinta década de la vida, así lo reportan investigaciones nacionales e internacionales.^(1,4,9,11) En esta serie la edad media del grupo fue menor para los

infectados por virus B. La explicación a este comportamiento se debe a que la mayoría de los pacientes que adquieren el virus en edades tempranas, evolucionan a la cirrosis en un período de al menos 15 años. Por su parte, los factores de riesgo más asociados a los infectados con virus C se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia, o incluso en la propia adultez, por lo que el riesgo de tener este padecimiento, si para ello igual se necesita de al menos 10 a 15 años, es mucho mayor después de los 50 o 55 años.^(14,15)

La coexistencia de varias enfermedades hepáticas en un mismo individuo es de por sí un factor adicional para la progresión de las mismas a la cronicidad y a la aparición de complicaciones a largo plazo, como la cirrosis y el hepatocarcinoma.^(1,3,8) En la presente serie fueron identificados algunos pacientes que, además de portar alguno de los virus antes mencionados, eran alcohólicos, padecían de enfermedad hepática por depósito de grasa no alcohólica secundaria a síndrome metabólico, o tenían una patología hepática metabólica como la enfermedad de Wilson. Se ha demostrado, y así lo mencionan estudios actuales, que estos pacientes experimentan, además de lo anterior, menores tasas de respuesta al tratamiento antiviral.^(12,17)

Los enfermos de hepatitis B o C en estadio de cirrosis pueden ser diagnosticados de diferentes formas: bien casualmente, a partir del estudio de manifestaciones inespecíficas, o como parte de síntomas y signos clínicos relacionados con insuficiencia hepática o HTP. Su condición clínica determinará el escenario de atención: ambulatorio u hospitalario.^(1,7,15) En el presente trabajo, el mayor por ciento estuvo representado por los atendidos ambulatoriamente, resultados que no coincidieron con otros estudios, como los de Pérez Lorenzo⁽¹⁰⁾ y Ruiz,⁽¹³⁾ cuya mayoría estuvo representada por pacientes hospitalizados. Según publicaciones sobre el tema, gran parte de los atendidos en la consulta de hepatología son diagnosticados de forma fortuita, ya sea por tener positivo alguno de los marcadores virales correspondientes, experimentar alteraciones en exámenes bioquímicos que miden función hepática, por estudios imagenológico-patológicos, o simplemente ser un hallazgo transoperatorio, tal y como ocurrió en la presente investigación.^(11,16)

La mayoría de los pacientes que requieren hospitalización son cirróticos conocidos que se descompensan y sufren alguna complicación, o que ingresan por debut de la enfermedad y en el curso de la misma se detectan algunos de estos virus. Por su parte, hay otro grupo que suele diagnosticarse a partir del estudio de un síndrome general, icterico, ascítico o doloroso abdominal, tan solo por mencionar algunos. Lo cierto es que la mayoría de los expertos coincide en que el accionar debe ser inmediato, preciso y adecuado, en función de un tratamiento oportuno y específico para cada condición en particular.^(5,8,12,16)

Dos de los exámenes complementarios más importantes en la evolución del paciente cirrótico son la EDS y el doppler hepático. Por esta razón, fueron indicados al 100 % de los investigados.^(10,17) Correlacionar los resultados de ambos estudios permite comprobar la existencia o no de signos de HTP y actuar en correspondencia a los mismos, por lo que son una valiosa arma para el personal médico que asiste a estos enfermos. La vena porta dilatada con una disminución de su velocidad y un flujo hepatofugo, son tan solo algunas de las alteraciones más registradas en las series publicadas, incluyendo el presente trabajo, y suelen corresponderse con la evidencia endoscópica de várices y/o gastropatía hipertensiva.^(1,4,11) La medición de estos y otros parámetros importantes indicativos de HTP, en un estudio no invasivo como el doppler, dan una visión exacta de la conducta a seguir en pacientes de este tipo. La posibilidad

de contar con estos resultados le permite al facultativo tomar conductas profilácticas, incluso antes de que aparezcan signos endoscópicos indicativos de esta condición. Con decisiones como estas, se evita que durante el curso de la enfermedad puedan aparecer o empeorar, si ya existen, dichos signos, previendo, la mayoría de las veces, la ocurrencia de episodios de HDA dependientes de dicha complicación.^(5,7,18) Cabe señalar que la HDA, sobre todo por rotura de várices esofágicas, es la principal complicación de la HTP y una de las primeras causas de muerte en los pacientes cirróticos, siendo esta mayor en aquellos con recidivas hemorrágicas. Investigaciones recientes reafirman que la presencia de signos endoscópicos de HTP es un factor agravante en el pronóstico de estos pacientes, y es por ello que se preconiza, como un baluarte importante, la indicación de estudios complementarios como estos, capaces de diagnosticarla.^(10,17)

Con relación a las complicaciones que en el desarrollo de esta enfermedad pueden presentarse y que son causa directa de descompensación, cabe señalar que comprometen en mayor o menor medida el pronóstico de los pacientes que la padecen. Tal es así que en no pocas ocasiones, cuando aparecen, se reducen las posibilidades reales de supervivencia, sobre todo cuando se asocian a la vez varias de ellas en un mismo paciente.^(3,16,17)

En el análisis de esta variable, los autores consideraron todas las complicaciones que aparecieron en los pacientes investigados en el transcurso de los dos años que fueron evolucionados. Cabe añadir que en algunos casos se presentaron más de una de estas y en más de una ocasión, lo cual también quedó contabilizado en los resultados expuestos. La presencia de ascitis asociado a sepsis de tipo respiratoria, urinaria o PBE, así como la HDA, fueron de las más registradas, motivando el ingreso hospitalario y la atención multidisciplinaria en la mayoría de los casos. Si se revisan las publicaciones que abordan este aspecto, la mayoría de ellas señalan que las complicaciones más frecuentes de la cirrosis hepática están relacionadas directamente con la HTP, siendo esta responsable directa de otras comunes y letales como la hemorragia digestiva y la ascitis.^(9,12) Como parte de la inmunodepresión que sufren estos pacientes, las sepsis a diferentes niveles tributan como causas frecuentes de descompensación, sobre todo en aquellos que presentan ascitis, tal y como se observó en este estudio.^(10,19) Autores como Escorcía⁽⁸⁾ reportaron un 14,1 % de afectados por sepsis urinaria, en tanto Higuera y colaboradores⁽¹⁹⁾ registraron un 12,2 % de sepsis respiratoria, resultados similares a esta serie. Sin embargo, en la mayoría de los trabajos revisados, suele reportarse una mayor incidencia de PBE, pudiendo alcanzar esta cifras entre el 10 y el 30 % de los cirróticos con ascitis admitidos en régimen hospitalario.^(14,18)

Si se tiene en cuenta que la mayor parte de los pacientes incluidos en este estudio fueron atendidos en régimen ambulatorio, diagnosticados en etapas iniciales, y solo un pequeño número con complicaciones de envergadura, es lógico pensar que el por ciento más representativo lo ocupó el grupo con Child-Pugh A, en tanto los evaluados como C fueron clínicamente diagnosticados en alguna de las etapas descompensadas. Como la mayoría de las publicaciones sobre el tema se realizan sobre la base del estudio de pacientes hospitalizados, el por ciento que habitualmente se reporta es mayor para los casos descompensados —y como tal con Child-Pugh B o C—, comportamiento muy diferente a lo ocurrido en esta serie. De lo anterior se deduce que un diagnóstico en la etapa A, en donde la enfermedad ha sido detectada tempranamente y, por ende, con un menor daño orgánico y probabilidad de complicaciones, garantiza que el pronóstico de sobrevida y la calidad de la misma sea

mejor que en los pacientes a los cuales la enfermedad le ha sido diagnosticada tardíamente y ya poseen un mayor grado de afectación.^(1,8,13)

El modelo pronóstico Child-Pugh es uno de los más utilizados internacionalmente, al ser un método rápido, sencillo, barato, fácilmente aplicable y accesible, incluso durante el curso de una consulta médica.^(11,16) Hacer corresponder dos variables tan importantes como la etapa clínica y la clasificación de los pacientes según este modelo, fue de gran utilidad para los autores de esta investigación. Se demostró que solo el trabajo mancomunado y continuo garantiza el éxito en la atención a estos enfermos. Se consideró oportuno, a pesar de las pocas publicaciones, sobre todo nacionales, existentes en este sentido, utilizar la clasificación propuesta en el consenso de Baveno VI,⁽²⁰⁾ para definir en qué etapa clínica se encontraba cada paciente al cierre del estudio, al ser esta la más reciente de las propuestas en la actualidad. Con este inconveniente resultó difícil hacer disertaciones comparativas afines al respecto. No obstante las cifras reportadas, si bien son algo alentadoras, por el hecho de que los pacientes portadores de hepatitis virales en estadio de cirrosis cuando acuden en etapas tempranas de su enfermedad —aún sin experimentar sintomatología alguna— pueden ser tratados precozmente, experimentan menos efectos adversos a los fármacos antivirales y alcanzan mejores tasas de respuesta virológica sostenida, no deben crearse falsas expectativas al respecto, porque todavía existe un número significativo de casos que se diagnostican en estadios avanzados, que ingresan en instituciones del nivel secundario o terciario por alguna de las complicaciones antes mencionadas. En ellos resulta muy complejo instaurar o mantener un tratamiento antiviral efectivo, por lo que el control del virus se torna complejo, condición esencial para llevarlos al trasplante hepático como una opción terapéutica definitiva.^(7,10,15)

Con frecuencia sucede que en el intento por lograr niveles indetectables del virus o la espera de un trasplante, aparecen complicaciones irreversibles o se instaura un carcinoma hepatocelular, circunstancias que no solo reducen la calidad de vida sino comprometen el pronóstico de quienes la padecen.^(3,20)

Los resultados expuestos en el presente estudio, único de su tipo en Matanzas, permitió por vez primera dar una visión lo más exacta posible del comportamiento de los pacientes cirróticos de etiología viral, que son atendidos en el Servicio Provincial de Gastroenterología, en su mayoría enfermos de hepatitis C, mayores de 50 años, atendidos en régimen ambulatorio, diagnosticados en etapas compensadas y clasificados como Child-Pugh A. El desarrollo de la hepatología en el mundo, en Cuba y en la provincia de Matanzas, deberá continuar fortaleciéndose en función de una atención médica integral y con la calidad requerida, que garantice el diagnóstico precoz desde las etapas compensadas de esta entidad, de manera que puedan reducirse al máximo sus más temidas complicaciones.

Pretenden los autores de esta investigación que los resultados aquí expuestos sirvan de referencia para futuras publicaciones, tan necesarias en el país, que estén a disposición de todos los que luchan por reducir la prevalencia de esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Samada Suárez M, Castellanos Fernández MI. Cirrosis hepática y sus complicaciones. En: Estévez ME, Piñol Jiménez FN, eds. Gastroenterología y Hepatología clínica [Internet]. Cap. VII. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015 [citado 24/04/2020]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/gastroenterologia_hepatologia_tomo7/cap_162.pdf
2. World Health Organization. Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021. Ginebra: World Health Organization; 2016 [citado 24/11/2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246177/1/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf>
3. Ge PS, Runyon BA. Treatment of Patients with Cirrhosis. N Engl J Med. 2016; 375(8): 767-77. Citado en PubMed; PMID: 27557303.
4. Zubieta-Rodríguez R, Gómez-Correa J, Rodríguez-Amaya R, et al. Mortalidad hospitalaria en pacientes cirróticos en un hospital de tercer nivel. Rev Gastroenterol Mex [Internet]. 2017 [citado 15/09/2019]; 82(3): 203-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmex.2016.10.002>
5. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2019 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2019 [citado 29/01/2020]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/20196/06/Anuario_2019_electronico-1.pdf
6. Carpio A, Cárdenas A. Manejo del sangrado por varices esofágicas en pacientes con cirrosis. Rev Experiencia Méd [Internet]. 2016 [citado 04/09/2019]; 34(2). Disponible en: <http://www.experienciamedicahp.com.ar/uploads/revision-1-6234.pdf>
7. Bustíos C, Dávalos M, Román R, et al. Características epidemiológicas y clínicas de la cirrosis hepática en la unidad de hígado del HNERM ES-SALUD. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2007 Jul [citado 09/04/2019]; 27(3): 238-45. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-490246>
8. Escorcía Charris EJ, Marrugo Balceiro WR. Caracterización epidemiológica y clínica de la cirrosis hepática en un centro regional del caribe colombiano: clínica general del norte. Enero 2012 a marzo 2017. Biociencias [Internet]. 2018 [citado 15/09/2019]; 13(1): 5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6769284>
9. Matos Santiváñez SP. Características clínicas-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú durante el período 2013-2016 [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín; 2018 [citado 25/10/2019].
10. Pérez Lorenzo M, Infante Velázquez M, Ávalos Rodríguez M, et al. Clinical Characterization of Cirrhotic Patients with Hypertensive Portal Gastropathy. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2016 [citado 19/04/2019]; 45(2): 172-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000200006&lng=es
11. Rodríguez MV, Pérez-Valderas D, Ibáñez-Samaniego L, et al. Hipertensión portal en cirróticos por virus B. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 2016

[citado15/02/2017]; 12(11): 606-16. Disponible en:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541216300592>

12. Yepes Barreto IJ, Carmona Meza Z, Múnera Contreras MN. Calidad de vida en pacientes con hepatitis C crónica en Colombia. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2017 [citado15/02/2019]; 32(2). Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572017000200112

13. Ruiz SA, Soza RA. Tratamiento de la hepatitis C en cirrosis: beneficios y riesgos. Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2016 [citado15/02/2019]; 27(1): 64-8. Disponible en: <http://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2016s100014.pdf>

14. Agrawal A, Sharma BC, Sharma P, et al. Secondary prophylaxis of hepatic encephalopathy in cirrhosis: An open-label, randomized controlled trial of lactulose, probiotics, and no therapy. Am J Gastroenterol.2018; 107: 1043-50. Citado en PubMed; PMID: 22710579.

15. Lok SF. Hepatitis B virus: Case studies. Uptodate [Internet]. [citado23/12/2018]; 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/hepatitis-b-virus-case-studies>

16. Mendilahaxón Pina ER, Medina Garrido Y, Suárez Herrera JA. Relación clínico, endoscópica y sonográfica en pacientes con cirrosis hepática. Acta Médica del Centro [Internet]. 2018 [citado 15/09/2019]; 12(3). Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81356>

17. Moreira Barinaga OM. Conocimientos vigentes en torno a la hemorragia digestiva alta varicosa. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2018 [citado 15/09/2019]; 47(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572018000300014

18. Velázquez Abente S, Giralá Salomó M. Etiología, estadio y complicaciones de la cirrosis hepática en un hospital de referencia en Paraguay. Parag Med Int [Internet]. 2018 [citado 15/09/2019]; 5(2): 53-61. Disponible en:

<http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v5n2/2312-3893-spmi-5-02-53.pdf>

19. Higuera-de la Tijera F, Servín-Caamaño A, Navarro-Estrada K, et al. Identificación de principales factores predictivos relacionados con mortalidad hepática y muerte cardiovascular en pacientes cirróticos con diabetes tipo 2: estudio de cohorte histórica con seguimiento a 10 años. Rev Gastroenterol Mex [Internet]. 2018 [citado15/11/2019]; 83(Supl. 2): 9-13. Disponible en:

<file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/X0375090618632903.pdf>

20. De Franchis R, Baveno V. Expanding consensus in portal hypertension. Report of the Baveno VI Consensus Workshop: stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol. 2015; 63: 743-52. Citado en PubMed; PMID: 26047908.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

** Realizó el 40 % de la investigación.

*** Realizó el 20 % de la investigación.

**** Realizó un 10 % de la investigación.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Corrales Alonso S, Hernández Hernández R, González Báez A, et al. Estudio descriptivo de pacientes con cirrosis hepática de etiología viral, en la provincia de Matanzas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2021 Mar.-Abr. [citado: fecha de acceso]; 43(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4029/5105>