

EPIDEMIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PERÚ

Symposium APEH^s – Abril 2003

Milagros Dávalos Moscol*

La cirrosis hepática es una entidad conocida ya desde tiempos de Hipócrates, siendo Laennec el primero que utilizó éste término. Se la puede definir como una enfermedad crónica en la que ocurre destrucción y regeneración de las células parénquimales hepáticas, así como incremento del tejido conectivo, siendo este un proceso que se desarrolla en forma desorganizada, causando finalmente distorsión de la arquitectura lobular y vascular. Esta distorsión de la morfología hepática es la causa del aspecto nodular de la superficie del hígado.

Son varias las enfermedades que originan el proceso destrucción-regeneración hepática, pudiendo estas clasificarse en 6 grandes grupos: consumo crónico de alcohol, hepatitis crónica viral, toxicidad hepática, enfermedades de origen autoinmune, enfermedades metabólicas e idiopática o criptogénica.

A nivel mundial, la primera causa de cirrosis hepática es el consumo crónico de alcohol, seguido por la infección viral crónica por hepatitis B (HBV) o hepatitis C (HCV). En USA, de acuerdo a los datos del Center for Disease Control (CDC) la enfermedad hepática crónica, incluyendo cirrosis, constituyó la décima causa de muerte en 1998 y 1999, mientras que para el año 2000 bajó al duodécimo lugar. El análisis más acucioso revela que la afección hepática es más prevalente en las personas mayores (7ª causa de muerte), así como en los varones (1.5% en varones y 0.8% en mujeres).

La importancia del consumo de alcohol como causa de enfermedad hepática crónica ha sido demostrada por Roizen et al. Ellos demostraron una relación consistente en el largo plazo entre la prevalencia de cirrosis y el consumo *per cápita* de bebidas alcohólicas. Ver Figura 1. En USA la infección por hepatitis C es considerada una «epidemia silenciosa», dado que es la enfermedad transmitida por sangre más frecuente; se ha calculado que actualmente existen unos 3 millones de infectados. Además la cirrosis por hepatitis C constituye la primera indicación para trasplante hepático. Ver figura 2.

En el Perú, la enfermedad hepática se ubica en el séptimo lugar como causa de mortalidad global en el año 2000, constituyendo el 4% de la mortalidad nacional. Se incluyen en ella tanto a la cirrosis como a los procesos hepáticos agudos. Es importante señalar que del total de dichas muertes, el 70% ocurre en varones. Su prevalencia en personas menores de 25 años es baja (<1%), sin embargo la misma se ubica en el séptimo lugar como causa de mortalidad en el grupo de 25 a 49 años (4.3% global, 3.2% en varones y 1.1% en mujeres), pasando a ocupar el segundo lugar entre los 50 y 64 años (8.7% global, 6.3% en varones y 2.4% en muje-

res), superada únicamente por los problemas neoplásicos en conjunto. En el grupo etáreo ubicado por encima de los 65 años, vuelve a ocupar el séptimo lugar como causa de muerte.

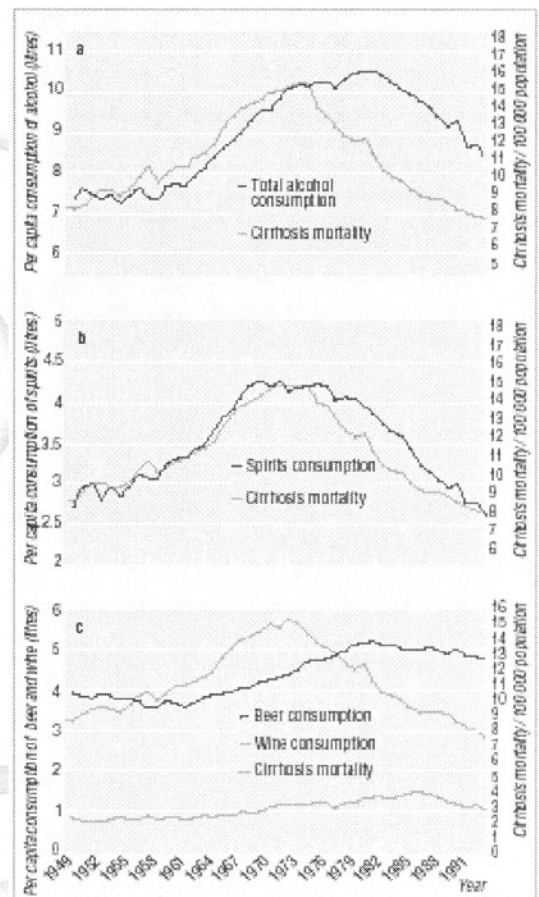


Figura 1. Mortalidad por cirrosis y consumo total *per cápita* de (a) alcohol total, (b) bebida alcohólica destilada y (c) cerveza y vino. EEUU 1949-1994. REF 3.

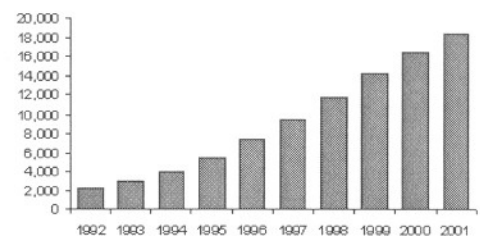


Figura 2. Aumento en la demanda por trasplante hepático en USA. 1992-2001. Primera indicación infección por HCV.

* APEH: Asociación Peruana para el Estudio del Hígado

* Unidad de Hígado HNERM

Dado que la cirrosis es una enfermedad crónica resultado de un insulto persistente, si se conocen las causas mas frecuentes es posible establecer programas de prevención, detección temprana y de tratamiento. Tal como ha ocurrido con la infección por HIV y hepatitis B, las estrategias de vacunación, prevención y tratamiento en casos iniciales han demostrado que es costo-efectivo instaurar medidas de salud pública para disminuir la prevalencia de las consecuencias finales de dichas enfermedades.

La Asociación Peruana para el Estudio del Hígado consciente de que es necesario conocer las características epidemiológicas de las enfermedades hepáticas para contribuir al establecimiento de estrategias de prevención, detección y tratamiento, decidió convocar a un panel de expertos para discutir el tema de cirrosis. Para tal fin se organizó un Symposium titulado «Epidemiología de la Cirrosis Hepática en el Perú». Se invitaron a reconocidos médicos con experiencia clínica en el manejo de pacientes con enfermedad hepática de diversos centros hospitalarios de Lima Metropolitana, entre los cuales se incluyeron hospitales de la seguridad social (EsSalud), del Ministerio de Salud (MINSa) y de la Sanidad de las Fuerzas Policiales.

Todos los invitados presentaron datos estadísticos en relación a la cirrosis hepática en sus respectivos centros de trabajo. La finalidad fue la de definir la situación actual del la cirrosis hepática en los tres sistemas de atención de salud en el Perú, promover la discusión del tema y estimular el desarrollo de la investigación clínico-epidemiológica en ese sentido.

La Dra. Carla Bustíos Sánchez (HNERM-EsSalud) señaló que en el año 2002 se hospitalizaron en la Unidad de Hígado del HNERM 229 pacientes. La edad promedio fue de 62.6 años (r=12-87), siendo mayores de 60 años el 66.8% de ellos, predominando el sexo masculino (53.7%). En relación a la etiología el consumo crónico de alcohol fue responsable del 26.8% de casos, aunque en conjunto la etiología viral incluyendo HBV y HVC fue de 36.3% (hepatitis B 20.2%, hepatitis C 10.1% y combinación HBV+HCV 5%). Figura 2.

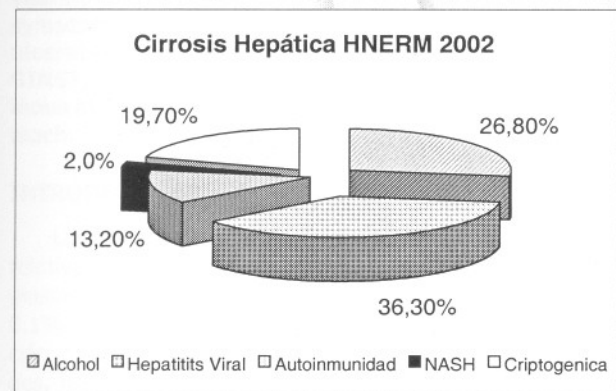


Figura 3. Etiología de cirrosis en Unidad de Hígado. HNERM, 2002.

Debe recalcar que la hepatitis B estuvo implicada en el 20.2% de casos, mientras que el HVC en el 10.1%, lo que es opuesto a lo que ocurre en USA y Europa, en donde predomina la hepatitis C. Esto es de gran importancia epidemiológica, pues se relaciona con la alta prevalencia de infección por HBV en ciertas zonas del territorio nacional. En relación a la etiología autoinmune, que

incluye cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria y hepatitis autoinmune, en conjunto representan el 13.2% de las causas de cirrosis.

Llama la atención que en 19.7% de los casos hospitalizados no se haya determinado con exactitud la causa de la cirrosis. Dado que no se realizó la biopsia hepática a todos los pacientes, es posible que causas infrecuentes, como deficiencia de á1-antitripsina, esteatosis hepática no alcohólica o enfermedad de Wilson, no hayan sido detectadas por falta de material histológico para el diagnóstico definitivo.

El Dr. Santiago Mestanza presentó los datos del Hospital de la Sanidad de las Fuerzas Policiales. En el análisis solo se incluyó aquellos casos con diagnóstico laparoscópico o histológico de cirrosis hepática entre los años 1997 a 2001. Se incluyeron 136 pacientes, siendo mayores de 60 años el 48%, predominando el sexo masculino (52%). En este grupo la etiología principal fue el consumo crónico de alcohol (45%), mientras que la causa viral (HBV o HCV) fue el 8%. Ver Figura 3. Es necesario señalar que en el 47% no se encontró causa de cirrosis. Esto ultimo puede deberse a que no en todos los casos se logró hacer el estudio completo, así como a una subvaloración del consumo de alcohol, dado que la población que atiende dicho centro no da el dato verdadero por temor a que dicho dato figure en su hoja de servicio policial.

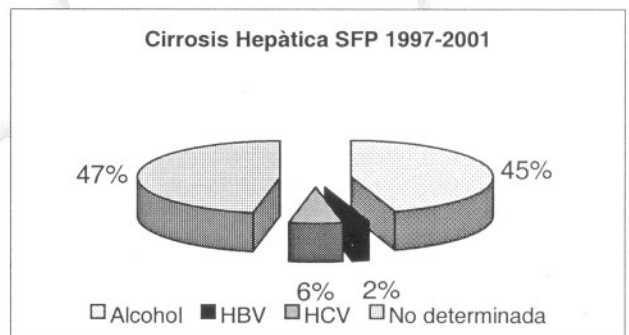


Figura 4. Etiología de cirrosis hepática en la Sanidad de las Fuerzas Policiales. 1997-2001.

La Dra. Gloria Vargas presentó datos estadísticos del Hospital Arzobispo Loayza. Este centro por sus características históricas atiende preferentemente personas del sexo femenino, por lo que hay un sesgo en la etiología de la cirrosis hepática. La mayoría de pacientes llegan en estado avanzado de enfermedad, siendo la causa de hospitalización más frecuente la hemorragia digestiva, la presencia de ascitis y de infecciones. La etiología viral no pudo ser aclarada en muchos casos, por problemas con la determinación serológica. De manera similar a los otros expositores predominó el grupo etáreo por encima de los 60 años, y a diferencia de los otros centros hubo predominio del sexo femenino por la causa señalada previamente.

El Dr. Oswaldo Retto del HNGAI presentó datos similares a los del HNERM, existiendo predominio de la etiología alcohólica.

La Dra. Bustios como datos adicionales señaló que la mayoría de pacientes que se hospitalizan correspondieron al grupo B de acuerdo al puntaje de Child-Pugh (53.8%), seguido del grupo C (36.3%), siendo del grupo A únicamente el 9.9%. La hemorragia variceal fue la

principal causa de hospitalización (39.6%), seguido de las infecciones (18.7%) y encefalopatía hepática (11%). Esta data es similar a la señalada por Campollo, quien halla resultados similares a los descritos en una serie de 157 pacientes.

La mortalidad en el año 2002 en el grupo de pacientes cirróticos en la Unidad de Hígado del HNERM fue de 7.1%, siendo la principal causa de muerte las infecciones, seguido de la hemorragia variceal, hepatocarcinoma, síndrome hepatorenal e infección aguda por HBV.

Durante la discusión generada luego de las exposiciones surgió la interrogante de la dosis cirrogénica de alcohol. Gracias a los estudios de Leibach, quien realizó su investigación en alcohólicos con más de 15 años de consumo, se ha demostrado que el daño hepático es dosis y tiempo dependiente, Grant señala que la dosis cirrogénica en varones es de 60 gr./día mientras que para mujeres puede ser tan baja como 20 gr. /día; sin embargo hay data que señala que con dosis menores se puede inducir cirrosis si existen otros factores predisponentes como son infección viral crónica, diabetes mellitus, esteatosis hepática. Por tanto es aun controversial definir la dosis límite de alcohol, por lo que se recomienda consumir alcohol en dosis moderadas, según Bird dosis «seguras» deben considerarse como máximo 30 gr. De alcohol por día para varones y 20 gr. para mujeres.

En conclusión, la cirrosis hepática es una enfermedad prevalente en nuestro medio sobre todo en personas por encima de 60 años y del sexo masculino. La principal causa es el consumo crónico de alcohol, ocupando el segundo lugar la hepatitis viral B. En la mayoría de casos el diagnóstico se da cuando surge alguna complicación de la cirrosis, principalmente la hemorragia variceal. La mayoría de casos se diagnostican en estadio avanzado de compromiso funcional hepático, lo que complica el tratamiento y el pronóstico. Al igual que en otras series, la principal causa de muerte son las infecciones en el grupo con mayor compromiso funcional (Child-Pugh C).

En tal sentido es necesario optimizar la detección temprana de la enfermedad hepática crónica en pacientes con factores de riesgo, como son el consumo crónico de alcohol, antecedentes epidemiológicos de hepatitis B o C, así como antecedentes familiares de enfermedad hepática crónica. Solo se diagnostica lo que se conoce, y de esa forma se puede mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente. Además, en aquellos casos en que se cumplan los criterios, se puede optar por un tratamiento definitivo como es el trasplante hepático.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conn H and Atterbury Colin. Cirrhosis. In *Diseases of the Liver*, 7th Edition, Chapter 32, pp 857-934, 1994.
2. McCullough Arthur. Alcoholic Liver Disease. In *Schiff's Diseases of the Liver*, 8th Edition. Lippincott-Raven Publishers. 1999, Chapter 39, pp 941-970.
3. Roizen R, Kerr WC, Fillmore KM. Cirrhosis mortality and per capita consumption of distilled spirits, United States, 1949-94: trend analysis. *BMJ* 1999;319:666-670.
4. Arialdi M. Minino, M.P.H. and Betty L. Smith, B.S. Ed., Division of Vital Statistics. Deaths: Preliminary Data for 2000. *National Vital Statistics Report*, Vol. 49, No. 12, October 9, 2001
5. Robert N. Anderson, Ph.D. Division of Vital Statistics. Deaths: Leading Causes for 1999. *National Vital Statistics Report*, Vol. 49, No. 11, October 12, 2001
6. Boletín MINSA 2000. Grupos de causas de mortalidad general informada Perú 2000. www.minsa.gob.pe (15 junio 2003, 10 PM).
7. The Organ Procurement and Transplantation Network. 2002 OPTN/SRTR Annual report. www.UNQS.org (15 Junio 2003, 11 PM)
8. Grant BF, et al. Epidemiology of alcoholic liver disease. *Sem Liv Dis* 1998; 8:12-25.
9. Kim WR. The Burden of Hepatitis C in the United States. *Hepatology* 2002;36:S30-S34.
10. Campollo O, Valencia-Salinas JJ, Berumen-Arellano A, et al. Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara. *Salud Publica Mex* 1997;39:195-200.
11. Narro J, Gutierrez J, López M, et al. La mortalidad por cirrosis hepática en México. Características epidemiológicas relevantes. *Salud publica de Mexico* 1992;34:378-387.