

PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VHB AGHBE (-). PUNTOS DE CORTE DE GPT Y ADN AL DIAGNÓSTICO QUE MARCAN PRONÓSTICO Y/O NECESIDAD DE TRATAMIENTO.

Antonio Guardiola-Arévalo¹, Marta Romero Gutiérrez¹, Ana Zaida Gómez Moreno¹, Almudena García Vela¹, Diego Muñoz López¹, Raquel Sánchez Simón², César Gómez Hernando³, Rafael Gómez Rodríguez¹.

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. Toledo. Servicios de Aparato Digestivo¹, Anatomía Patológica², y Microbiología³.

OBJETIVO: Buscar un punto de corte de GPT y ADN al diagnóstico que indique buen pronóstico en los primeros años de seguimiento, así como la no necesidad de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de cohorte retrospectivo-prospectivo de pacientes diagnosticados de infección crónica por VHB AgHBe(-) al diagnóstico (junio 2005-diciembre 2012).

- **Criterios de exclusión:** otras hepatopatías asociadas, tratamiento previo para la HBC (Hepatopatía Crónica por virus B).
- Se recogieron cada 6 meses variables clínico-analíticas, serológicas, y ADN del VHB (PCR). Se analizó la fibrosis hepática mediante biopsia hepática o en su defecto Fibroscan®. Para el seguimiento de GPT y ADN se incluyó sólo a pacientes con 3 o más analíticas. Se buscó un punto de corte de GPT normal al diagnóstico que predijera la alteración de ésta en la evolución, de ADN por encima de 2000 UI/ml, así como un punto de corte de GPT y ADN que prediga la necesidad de tratamiento, a través de un análisis de curvas ROC.
- Se consideraron datos de mal pronóstico: desarrollo de cirrosis, descompensaciones, hepatocarcinoma, necesidad de tratamiento y éxitus por la hepatopatía.

RESULTADOS: n=138. Al diagnóstico: Edad media de 40,5±12,2 años, 54% mujeres, 38% extranjeros, GPT mediano de 26 mU/ml (IIC:19-40), ADN <2.000 UI/ml 56%, y >20.000 UI/ml 17%.

-Seguimiento medio: 42,14±21,50 meses. Se analizó la fibrosis hepática en el 47%: El 55,4% biopsia normal o F0, y 6,1% cirrosis. 5 pacientes presentaron complicaciones(3,6%): 4 hepatocarcinomas, y 1 descompensación edemoascítica.

-Hubo 1 éxitus por Colangiocarcinoma (0,79%).

Sensibilidad, especificidad, VPP, y VPN de 25 mU/ml de GPT al diagnóstico para predecir la alteración por encima de 40 mU/ml en la evolución. (% correctamente clasificado 80,65%)		Sensibilidad, especificidad, VPP y VPN del punto de corte de 900 UI/ml de ADN para predecir la alteración de este por encima de 2000 UI/ml en la evolución. (% correctamente clasificados 89,86%)		Sensibilidad, especificidad, VPP y VPN del punto de corte en 6000 UI/ml de ADN y 38 mU/ml de GPT para predecir la necesidad de tratamiento.	
Sensibilidad	95,45%	Sensibilidad	90,79%	Sensibilidad	75,00%
Especificidad	81,69%	Especificidad	88,71%	Especificidad	93,44%
VPP	67,76%	VPP	78,95%	VPP	60,00%
VPN	96,67%	VPN	100%	VPN	96,61%

FIGURA 1. Diagrama de flujo de pacientes con GPT normal al diagnóstico según evolución de GPT y punto de corte de 25mU/ml. Porcentaje de DNA pico alcanzado en cada grupo.

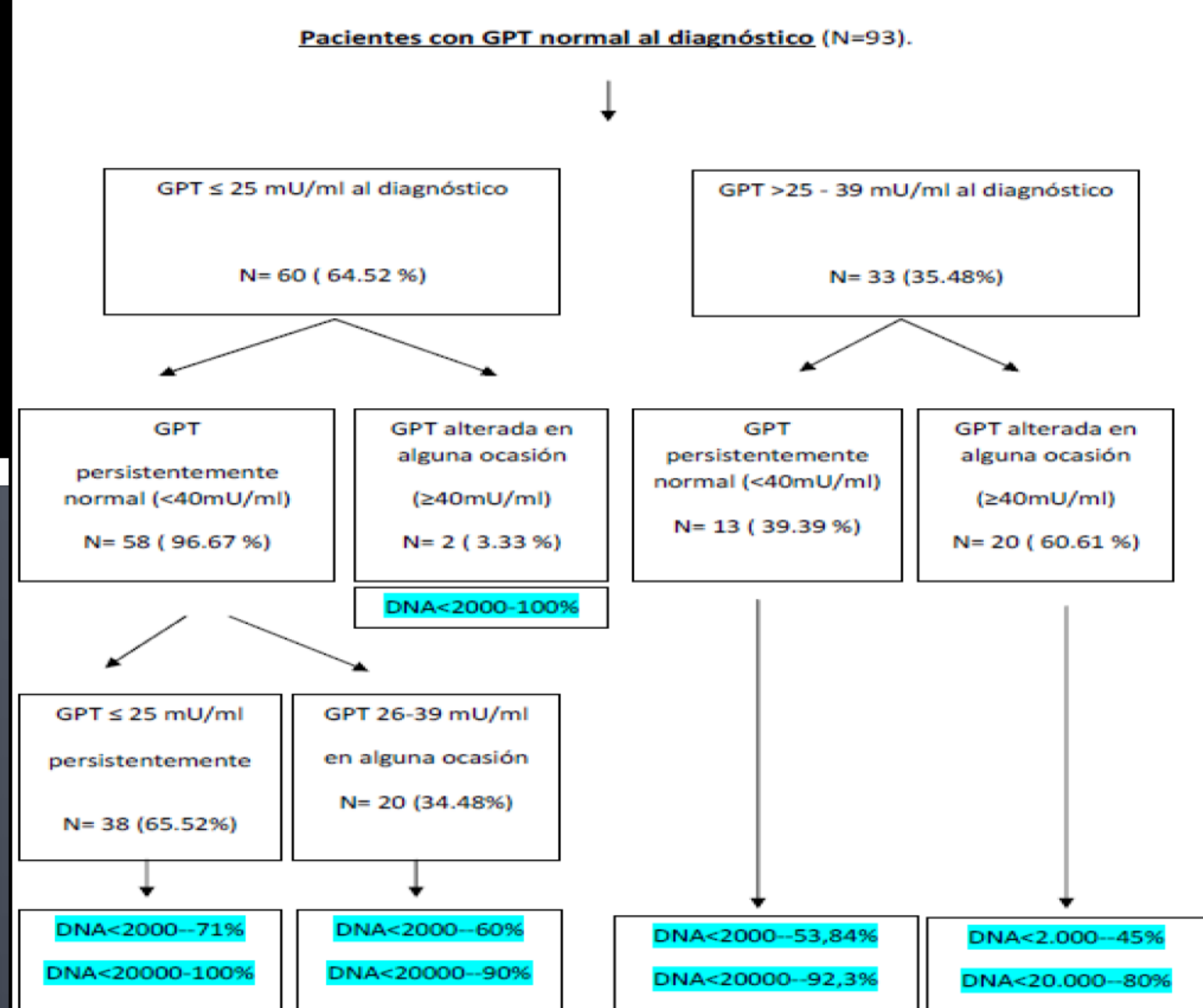


TABLA I. Factores de mal pronóstico de pacientes con GPT normal al diagnóstico en función de los grupos formados con punto de corte de 25 mU/ml de GPT.

N=91	GPT ≤ 25 al diag y persistentemente ≤ 25 mU/ml N=38 (41,7%)	GPT ≤ 25 al diag y GPT 26-39 en alguna ocasión N=20 (22%)	GPT 26-39 al diag y GPT persistentemente normal (<40) N=13 (14,3%)	GPT 26-39 al diag y GPT >40 en alguna ocasión N=20 (22%)
CIRROSIS	0	1 (Diagnóstico clínico-ppcc) (66 años)	0	1 (Diag histológico) (48 años)
DEA	0	1	0	0
EH	0	0	0	0
HDA	0	0	0	0
CHC	1 (44 años)	0	0	0
TRATAMIENTO en la evolución	0	1 (El mismo paciente con cirrosis)	1	3 (Uno de ellos con cirrosis) (48,55 y 40 años)
EXITUS relacionado con VHB	0	0	0	1 (42 años, colangiocarcinoma)
FACTORES DE MAL PRONÓSTICO (Nº y %)*	Sí (1/38; 2,63%)	Sí (1/20; 5%)	Sí (1/13; 7,7%)	Sí (4/20; 20%)

* p-valor < 0,05

CONCLUSION

1. Los pacientes con infección crónica por VHB AgHBe-negativo al diagnóstico con ADN <900 UI/ml y GPT ≤ 25 mU/ml en general no presentan datos de mal pronóstico.
2. Una GPT < 38 mU/ml y un ADN < 6000 UI/ml hace muy improbable la necesidad de tratamiento en los primeros años de evolución.
3. Los pacientes por debajo de estos puntos de corte al diagnóstico podrían no necesitar un seguimiento tan estrecho en los primeros 3 años de seguimiento.

