

## Predictores no invasivos de várices esofágicas y otros hallazgos endoscópicos de hipertensión portal en pacientes con hepatopatía crónica

### *Non-invasive predictors of esophageal varices and other endoscopic findings of portal hypertension in patients with chronic liver disease*

Eric M. Saucedo-Moreno

*Departamento de Cirugía General, Hospital Ángeles Mocol; Departamento de Investigación, Centro de Adiestramiento en Investigación Clínica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social; Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional. Ciudad de México, México*

En nuestro país, la falta de acceso al método de referencia para el diagnóstico de várices esofágicas (VE) aumenta el riesgo de mortalidad hasta el 80% de los casos. Aunque existen herramientas no invasivas, estas no se recomiendan como pruebas diagnósticas, pero pueden ser de utilidad para descartar várices de alto riesgo. De acuerdo con las guías de Baveno VI, los pacientes con cirrosis compensada, rigidez hepática < 20 kPa en elastografía y recuento de plaquetas > 150,000/mm<sup>3</sup> tienen una probabilidad < 5% de presentar várices de alto riesgo; y en consecuencia, la endoscopia puede evitarse<sup>1-4</sup>. Su artículo propone los índices FIB-4 y APRI como predictores de hallazgos endoscópicos de hipertensión portal. No obstante, quisiera proponer ciertas modificaciones significativas. Por ejemplo, en lo que respecta a los criterios de inclusión, sugiero considerar también a los pacientes que presentan sangrado por vena esofágica y posiblemente aquellos con ligaduras previas. De esta manera, se podrán analizar todos los rangos de la enfermedad y prevenir cualquier sesgo de susceptibilidad pronóstica<sup>5</sup>.

Se menciona que no se calcularon los valores predictivos debido a la falta de prevalencia en nuestra

población, sin embargo se trata de un estudio transversal en donde se calculan estas prevalencias y complementado con una tabla de 2 x 2 y un nomograma de Fagan es posible calcular los valores predictivos además de valores de verosimilitud.

Por último, destaco que no se calculó el tamaño de muestra; si utilizamos una fórmula para una proporción, con una sensibilidad de FIB-4 previamente del 70%, un margen de error del 5% y un intervalo de confianza del 95%, el resultado debería haber sido de 323 pacientes estudiados.

Concluyo afirmando que los índices FIB-4 y APRI no sustituyen de ninguna manera a la endoscopia para el diagnóstico de VE, pero pueden ser de utilidad priorizando a los pacientes con sospecha de VE.

### Agradecimientos

El autor agradece al centro de adiestramiento en Investigación Clínica del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

### Financiamiento

El autor declara que no hubo financiamiento.

### Correspondencia:

Eric M. Saucedo-Moreno  
E-mail: eric.saucedo.m@gmail.com

Fecha de recepción: 01-04-2023  
Fecha de aceptación: 29-06-2023  
DOI: 10.24875/END.23000017

Disponible en internet: 17-11-2023  
Endoscopia. 2022;34(4)138-139  
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2023. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

## Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Uso de inteligencia artificial para generar textos.** Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo

de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

## Bibliografía

1. de Franchis R; Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension. Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol.* 2015;63(3):543-45.
2. Amitrano L, Guardascione MA, Manguso F, Bennato R, Bove A, DeNucci C, et al. The effectiveness of current acute variceal bleed treatments in unselected cirrhotic patients: Refining short-term prognosis and risk factors. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(12):1872-8.
3. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatology.* 2017;65(1):310-35.
4. Nadeem M, Afsar A, Shah SAA, Hussain H, Rani A, Ghaffar S. Platelet count can predict the grade of esophageal varices in cirrhotic patients: A cross-sectional study. *F1000Research.* 2021;10:1-12.
5. Robles-Rodríguez RL, Gutiérrez-Alvarado R, Garduño-Hernández I, Govea-González O. Predictores no invasivos de várices esofágicas y otros hallazgos endoscópicos de hipertensión portal en pacientes con hepatopatía crónica. *Endoscopia.* 2020;32(Supl 2):208-14.