

Informe Anual de Cirrosis Hepática en Argentina

Año 2025

Sociedad Argentina de Hepatología - SAHE

Observatorio Nacional de Enfermedades Hepáticas - ONEH

Comisión Directiva SAHE 2024-2025

Presidente: Dr. Esteban González Ballerga

Vicepresidente: Dr. Juan Carlos Bandi

Secretario: Dr. Andrés Bruno

Prosecretario: Dr. Guillermo Tsariktsian

Tesorero: Dr. Daniel Poncino

Protesorero: Dr. Manuel Barbero

Vocales Titulares: Dr. Luis Gaite | Dr. Matías Bori | Dr. Ignacio Roca | Dra. Melisa Dirchwolf

Vocales Suplentes: Dra. Marcela De Sousa | Dra. Andrea Curia | Dr. Fernando Barreyro | Dra. Natalia Sobenko

Órgano de Fiscalización: Titular: Dr. Fernando Cairo. Suplente: Dr. Omar Galdame

Comisión Directiva SAHE 2026-2027

Presidente: Dr. Juan Carlos Bandi

Vicepresidente: Dr. Daniel Alberto Poncino

Secretario: Dr. Guillermo Tsariktsian

Prosecretario: Dr. Ignacio Ernesto Roca

Tesorero: Dr. Manuel Barbero

Protesorero: Dr. Matías Sebastián Bori

Vocales Titulares: Dra. Marcela De Sousa | Dra. Andrea Curia | Dr. Fernando Barreyro
| Dra. Natalia Sobenko

Vocales Suplentes: Dra. María Laura Garrido | Dr. María Del Valle Aubone | Dra.
Josefina Pagés | Dr. Gonzalo Daniel Gómez Perdiguero

Órgano de Fiscalización: Titular: Dr. Sebastián Ferretti. Suplente: Dra. Mónica Marino

ONEH

Equipo Multidisciplinario Central

Daruich Jorge	CABA
del Rey Giannina	CABA
Fassio Eduardo	Prov. Buenos Aires
Fernandez Guillermo	Mendoza
García Daniel Santiago	Prov. Buenos Aires
González Ballerga Esteban	CABA
Manero Estela Florencia	Jujuy
Mendizabal Manuel	Prov. Buenos Aires
Reggiardo María Virginia	Santa Fe

Referentes Regionales

Bruno Andrés	CABA
Cocozzella Daniel	Conurbano Sur, PBA y La Plata
D'Amico Claudia	Interior PBA
Gualano Gisela	Noreste
Paz Silvia	CABA
Peche Marcelo	Patagonia
Perez Daniela	Noroeste
Reyes Toso María Laura	CABA
Ruffillo Gabriela	Conurbano Noroeste, PBA
Sirotsky María Ester	Patagonia
Tanno Federico	Centro Este
Vilcinskas Natalie	Cuyo
Zerega Alina	Centro Oeste

Fundación Dynamis

Mg. Enrique H. Rios. Presidente de la Fundación Dynamis. Especialista en Gestión de Políticas Públicas y Sistemas de Información Sanitaria.

Mg. Sebastian J. García. Especialista en análisis epidemiológico y estrategias sanitarias.

Consultor Estadístico

Esp. Manuel Flocco. Especialista en métodos cuantitativos y análisis de datos.
Responsable del procesamiento, análisis y presentación de la información del registro ONEH-SAHE.

Secretaria

Gabriela Delgado. Rol estratégico de soporte administrativo y organizativo.

Miembros Integrantes responsables de la recopilación de datos y los servicios de hepatología participantes

Apellidos	Nombres	Centro	Jurisdicción
Anselmo	María Nerea	Clínica Esquel	Chubut
Atencio Varga	María Victoria	Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson	San Juan
Aubone	María del Valle	Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson	San Juan
Barreyro	Fernando	Sanatorio Integral IOT	Misiones
Blazquez	Laura	Hospital Central de Mendoza	Mendoza
Bori	Matías Sebastián	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Caballini	Pablo	Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez	Santa Fe
Cáceres	Eliana Lorena	Sanatorio de la Cañada	Córdoba
Cáceres	Francisco Javier	HIGA Profesor Dr. Luis Güemes	Conurbano Bonaerense
Capaldi	Ianina	Hospital Italiano de La Plata	La Plata e Interior Prov Buenos Aires
Choque Vargas	Cinthia Tomasa	Centro Médico San Alberto Consultorio Particular	Conurbano Bonaerense
		Sanatorio San Cayetano	CABA
Coccozzella	Daniel	Hospital Italiano de La Plata Hospital San Roque	La Plata e Interior Prov Buenos Aires
Curia	Andrea Alejandra	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
D' Amico	Claudia Alejandra	Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA)	La Plata e Interior Prov Buenos Aires
Daruich	Jorge	Consultorio Particular Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
De la Vega	Sabina Noel	Caps Favaloro	Chubut

del Rey	Giannina	Sanatorio Dr. Julio Mendez	CABA
Diocares	Luciano Alfredo	Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendon	Neuquén
Díaz Clavel	Florencia Agostina	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Elizondo	Carlos Hernán	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Fassio	Eduardo	Consultorio Particular Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas	Conurbano Bonaerense
Fernandez	Guillermo	GAHEEND Hospital Teodoro J. Schestakow	Mendoza
Ferretti	Sebastián	Hospital del Centenario	Santa Fe
Ferreyra	Guillermo	Hospital Privado Universitario de Córdoba Nuevo Hospital San Roque	Córdoba
Fuentes Zeballos	Sebastián Ricardo	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
García	Daniel Santiago	Consultorio Particular Sanatorio Dr. Julio Mendez	CABA
García Dans	Carlos	Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramon Carrillo	Río Negro
Garrido	María Laura	Hospital Central Dr. Ramón Carrillo	San Luis
Gelvez Duarte	Jesús	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Gerling	Norberto Adrián	Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramon Carrillo	Río Negro
Gonzales Benítez	Melisa Laura	Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas	Conurbano Bonaerense
Gonzalez Ballerga	Esteban	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Grigera	Nadia Lorena	Instituto Médico de la Comunidad	Río Negro
Gualano	Gisela	Hospital Regional Dr. Ramon Carrillo	Santiago del Estero
Gutiérrez	Sara Lucía	Hospital Pablo Soria Sanatorio Nuestra Señora del Rosario	Jujuy
López Villa	Sarah Daniela	Sanatorio Allende	Córdoba
Manero	Estela	Hospital Pablo Soria Sanatorio Nuestra Señora del Rosario	Jujuy
Martínez Artola	Yamila	Sanatorio Dr. Julio Mendez	CABA
Mendizabal	Manuel	Hospital Municipal Central de San Isidro Hospital Universitario Austral	Conurbano Bonaerense
Mengarelli	Silvia Estela	Nuevo Hospital San Roque	Córdoba
Mir	Virginia	Hospital Privado Universitario de Córdoba	Córdoba
Moreno	Valeria Antonia	Nuevo Hospital San Roque	Córdoba
Mosqueda	Nancy Mabel	Hospital Julio C. Perrando	Chaco
Murga	María Dolores	Hospital Ángel C. Padilla	Tucumán
Ocampo	Silvana Alicia	INCOR Consultorios Médicos	La Rioja

Ochoa de la Maza	María Ximena	Hospital Italiano de La Plata Hospital San Roque	La Plata e Interior Prov Buenos Aires
Palazzo	Ana Gracia	Hospital Ángel C. Padilla	Tucumán
Palma Cerón	Lina Marcela	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Pardo Ivirico	Ilse Lorena	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Paredes	Sebastián	Hospital Central Hospital de Alta Complejidad Presidente Juan Domingo Perón	Formosa
Peche	Marcelo	Centro de Enfermedades Digestivas	Río Negro
Pinilla Vargas	Andrés Felipe	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Poncino	Daniel	Sanatorio Dr. Julio Mendez	CABA
Pérez	Daniela	Hospital Ángel C. Padilla	Tucumán
Pérez	María Soledad	Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas	Conurbano Bonaerense
Pérez Ravier	Roberto	Hospital Central de Mendoza	Mendoza
Ratusnu	Natalia	Hospital Regional Río Grande	Tierra del Fuego
Reggiardo	María Virginia	Hospital del Centenario Sanatorio Americano	Santa Fe
Renna	Marcia Ornella	Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson	San Juan
Rezzonico	Lucrecia	Centro Integral de Hepatología	La Plata e Interior Prov Buenos Aires
Rovey	Lucrecia Roxana	Centro Médico AIRHE INCOR Consultorios Médicos	La Rioja
Ruffillo	Gabriela Edith	Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas	Conurbano Bonaerense
Ruiz	Pablo Marcelo	Hospital Regional Río Gallegos	Santa Cruz
Sirotinsky	María Ester	Centro de Estudios Digestivos	Chubut
Soto Oca	Omar Antonio	Hospital José Ramón Vidal	Corrientes
Tanno	Federico	Hospital del Centenario	Santa Fe
Tevez	Silvina	Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas	Conurbano Bonaerense
Tolaba	Silvia Analía	Hospital Pablo Soria	Jujuy
Tonatto	Cora	Hospital San Bernardo Instituto Médico Savia Salud	Salta
Trillo	María Ayelen	Hospital Italiano de La Plata	La Plata e Interior Prov Buenos Aires
Varela	Eva	Sanatorio Adventista del Plata	Entre Ríos
Vera	Natalia Vanesa	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Vilcinskis	Natalie	Hospital Central de Mendoza	Mendoza
Vinueza Rosero	Miguel Ernesto	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Zerega	Alina Raquel	Sanatorio Allende	Córdoba
Zunino	Sabrina Lorena	Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson	San Juan

Contenido

1. Prólogo	8
2. Introducción	8
3. Objetivos	9
4. Metodología de la recopilación de los datos	10
5. Criterios de selección de los casos de cirrosis	10
5.1 Criterios de inclusión	10
5.2 Criterios de exclusión	11
5.3 Proceso y periodo de recopilación de los datos	11
6. Datos recopilados	11
7. Resultados	15
7.1 Red de profesionales del ONEH-SAHE	15
7.2 Centros participantes del ONEH-SAHE	16
7.3 Sociodemográfica	16
7.4 Motivos de consulta y etiología de la cirrosis	21
7.5 Función hepática	27
7.6 Complicaciones de la cirrosis	33
7.6.1 Ascitis	35
7.6.2 Injuria renal	36
7.6.3 Encefalopatía hepática	37
7.6.4 Hemorragia digestiva variceal	38
7.6.5 Hipertensión portal clínicamente significativa	40
7.7 Hepatocarcinoma	41
7.8 Trasplante hepático y mortalidad semana 12	44
7.8.1 Introducción	45
7.8.2 Población evaluada y proceso de trasplante	45
7.8.3 Características demográficas y clínicas (n=70)	46
7.8.4 Etiología	48

7.8.5 Subgrupo de cirrosis descompensada (n=60)	49
7.8.6 Hepatocarcinoma (HCC)	50
7.8.7 Comparación con cohortes regionales	51
7.9 Etiologías de cirrosis más frecuentes	52
7.9.1 MASLD	52
7.9.2 Alcohol	64
7.9.3 MetALD	78
7.9.4 Autoinmunidad	83
7.9.5 Hepatitis virales crónicas	94
7.9.5.1 Hepatitis C	94
7.9.5.2 Cirrosis de etiología hepatitis C	96
7.9.5.3 Pacientes con hepatitis C que desarrollaron HCC	97
7.9.5.4 Hepatitis B	97
7.10 Etiologías poco frecuentes	98
8. Conclusiones	98

1. Prólogo

La Sociedad Argentina de Hepatología (SAHE) tiene dentro de las atribuciones que le otorga su Estatuto, en el ARTÍCULO 2º, las funciones de “Investigar, difundir, realizar actividades docentes, científicas y asesoras sin fines de lucro, en todos aquellos temas vinculados con su objeto” y “Apoyar científicamente toda actividad nacional e internacional pública o privada, que propenda al establecimiento de políticas y programas destinados al desarrollo de la Hepatología”. Asimismo, existe la necesidad por parte de la SAHE de generar información epidemiológica nacional, que abarque grupos poblacionales amplios que permitan obtener datos relevantes sobre las enfermedades hepáticas (EH) para visibilizar su importancia y repercusión en la salud pública y establecer estrategias destinadas a su prevención y tratamiento adecuado.

Teniendo en cuenta la misión que tiene la SAHE de acuerdo con su estatuto y la insuficiente información epidemiológica en la Argentina de las EH crónicas a nivel nacional, regional, provincial o municipal que permita conocer su frecuencia y características se decidió crear el Observatorio Nacional de Enfermedades Hepáticas (ONEH) de la SAHE (ONEH-SAHE).

Luego de la creación del ONEH en diciembre de 2024, el primer proyecto de recopilación de datos con alcance nacional que se decidió realizar fue sobre la cirrosis hepática por su importancia e impacto en la Salud Pública¹. En el Congreso Argentino de Hepatología realizado en octubre de 2025 se presentó un informe preliminar con los casos registrados en el primer semestre de ese año como requiere el reglamento del ONEH que se publicó en la página web de la SAHE. En este informe final se incluyen todos los casos de cirrosis que fueron diagnosticados durante el año 2025 por miembros del ONEH y cargados en el sistema. La presentación del presente informe constituye un hito importante para la SAHE ya que es el primer registro de alcance nacional que incluye 22 de las 24 jurisdicciones del país con la participación de 51 centros asistenciales y 92 profesionales.

Otro aspecto para resaltar es que la evaluación de los casos registrados se realizó en forma prospectiva por médicos especializados en enfermedades de hígado, en su mayoría especialistas en hepatología. Este punto es de gran importancia porque asegura la calidad de los datos aportados y constituye una diferencia sustancial con otros registros realizados retrospectivamente por no expertos en la evaluación de las enfermedades hepáticas y sus complicaciones.

Por lo tanto, consideramos que el presente informe constituye un aporte importante al conocimiento epidemiológico y asistencial de la principal entidad de la hepatología que tiene consecuencias negativas en la salud de la población, particularmente cuando su diagnóstico se realiza en forma tardía.

2. Introducción

La cirrosis es la principal causa de mortalidad relacionada con el hígado a nivel mundial. La cirrosis hepática es el resultado final del daño crónico del hígado por múltiples causas (tóxicas, metabólicas, inflamatorias e infecciosas). Estas causas de mantenerse en el tiempo pueden generar un proceso de fibrosis progresivo que sustituye el tejido normal con alteración severa de la arquitectura y formación de

nódulos de regeneración que llevan al deterioro de la función hepática y aparición de complicaciones¹. Puede provocar carcinoma hepatocelular (CHC) y descompensación hepática, que incluye ascitis, encefalopatía hepática y sangrado por várices con el aumento significativo de la morbilidad y mortalidad de acuerdo con el tipo y número de complicaciones presentes². En 2017, la cirrosis causó más de 1,32 millones de muertes a nivel mundial, en comparación con menos de 899000 muertes en 1990³. Las muertes por cirrosis constituyeron el 2,4% (2,3–2,6) del total de muertes a nivel mundial en 2017 en comparación con el 1,9% (1,8–2,0) en 1990³. En los estadios iniciales, cuando la cirrosis está compensada, la mayoría de los pacientes son asintomáticos. En esta etapa la cirrosis suele descubrirse de manera incidental durante consultas médicas por otras razones. Es así como, en los informes sobre prevalencia, la cirrosis compensada casi siempre es subestimada, llevando a que los reportes de su mortalidad no muestren la totalidad de los casos que se presentan en la práctica clínica, especialmente considerando los estadios iniciales. Tampoco los reportes surgidos de los centros de trasplante reflejan la totalidad de los casos porque se reportan los más avanzados sin contraindicaciones para su implementación. Esta situación pone de manifiesto el desconocimiento real de las características de la cirrosis en la práctica clínica en todos los ámbitos de presentación a nivel mundial⁴.

En Argentina, no hay reportes nacionales sobre cirrosis a pesar de que los factores vinculados a sus principales causas se han incrementado. En la última encuesta de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)⁵ se informa el aumento significativo del consumo de alcohol y la mayor frecuencia de factores de riesgo metabólico, como sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipemias. En la encuesta antes mencionada se hace referencia a las consecuencias que tendrían estos factores a nivel cardiovascular pero no se hace ninguna referencia a sus consecuencias a nivel hepático. Esta invisibilidad de las enfermedades hepáticas a nivel general y de la cirrosis en particular (estadio más severo de las enfermedades hepáticas) se debe a varios factores, entre ellos la dificultad para relevar información sobre las mismas.

En nuestro medio, solo existen reportes locales de los grandes centros urbanos referidos a alguna característica de la cirrosis, en general, vinculadas a las complicaciones (hepatocarcinoma, hemorragia digestiva, infecciones, etc.). El único reporte vinculado a todas las cirrosis en su evaluación inicial pertenece a un solo centro de salud de cobertura exclusivamente urbana perteneciente a una obra social⁶. Por lo tanto, los datos no representan la situación poblacional a nivel nacional independientemente de la cobertura que tengan los pacientes.

3. Objetivos

Por lo anteriormente expuesto surgió la necesidad de realizar, en el ámbito del ONEH-SAHE, el presente proyecto de recopilación de los datos vinculados a la cirrosis para conocer la situación epidemiológica poblacional de la misma en Argentina que permita alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- Analizar indicadores epidemiológicos poblacionales de cirrosis a nivel nacional y regional.
- Describir las causas más frecuentes de cirrosis a nivel nacional y por región.
- Conocer las características de la cirrosis en los distintos estadios.

- Describir la frecuencia de las distintas complicaciones por cirrosis.
- Conocer las tendencias en el tiempo en relación con la etiología y los estadios.
- Unificar criterios de diagnóstico y evaluación de la cirrosis.
- Elaborar recomendaciones generales sobre el manejo clínico de los pacientes con cirrosis dirigido al equipo de salud
- Evaluar el impacto de esas recomendaciones en el tiempo.

4. Metodología de la recopilación de los datos

Participan en el proyecto miembros de la SAHE especializados en la evaluación integral de las enfermedades hepáticas que han adherido a los principios y reglamentaciones del ONEH.

Para la recopilación de los datos del proyecto se utilizó el software de acceso libre, Epicollect5. La información sobre los casos de cirrosis por parte del ONEH no incluyó ningún dato personal que pueda identificar a las personas portadoras de la enfermedad hepática. Para evitar la duplicación de registros y asegurar la privacidad y confidencialidad de los datos, cada caso tuvo un código único generado por el profesional responsable del diagnóstico y tratamiento del caso. Por lo tanto, el ONEH-SAHE no tuvo acceso a los datos personales de cada conjunto de datos. Solo el profesional responsable del seguimiento del paciente tuvo la posibilidad de decodificar el código único con el fin de ampliar, modificar o eliminar cualquier dato vinculado al caso. Todos los pacientes que participaron dieron su consentimiento por escrito. Es importante aclarar que este proyecto no es una investigación clínica ni un estudio de intervención, sino una iniciativa de relevamiento y sistematización de datos. Esto significa que no se realizará a los pacientes ningún procedimiento adicional, tratamiento experimental ni se modificará su atención médica habitual. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y por los comités de los centros asistenciales participantes. Por lo tanto, cumple con las consideraciones éticas (institucionales y nacionales), en acuerdo con las normas de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2008.

5. Criterios de selección de los casos de cirrosis

Se recopilaron los datos de casos que cumplen, de acuerdo con la evaluación de los profesionales de salud especializados integrantes del proyecto, los criterios diagnósticos de cirrosis para cualquier etiología desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre de 2025.

5.1 Criterios de inclusión

- Datos de cirrosis de personas ≥ 18 años
- Diagnóstico de cirrosis realizado por un especialista en Hepatología, Medicina Interna o Gastroenterología experto en el manejo de las enfermedades hepáticas, perteneciente al ONEH-SAHE, basado en los datos del examen clínico, estudios de laboratorio e imágenes asociados a signos de enfermedad hepática crónica con FIB-4 mayor de 3,2 o video-endoscopia digestiva con várices gastroesofágicas o

elastografía hepática mayor a 15 kPa o biopsia hepática con nódulos de regeneración⁴.

5.2 Criterios de exclusión

- Datos de un caso incluido previamente en el registro por otro participante en el mismo.
- Datos de un caso con una evaluación insuficiente que no permita concluir con certeza si presenta cirrosis.

5.3 Proceso y periodo de recopilación de los datos

En la evaluación asistencial de los pacientes con enfermedades hepáticas crónicas en la práctica clínica habitual se realizan estudios para determinar la severidad del daño mediante el examen clínico y estudios complementarios de bajo nivel de complejidad. Esta evaluación permite saber si el paciente presenta una enfermedad hepática avanzada en estadio de cirrosis. Realizado el diagnóstico de cirrosis, el profesional especializado que evalúa el caso está obligado, de acuerdo con las recomendaciones elaboradas por las distintas guías de diagnóstico, evaluación y tratamiento de las enfermedades hepáticas citadas en el presente documento, a profundizar la evaluación. Esta evaluación es obligatoria porque es la cirrosis el estadio de la enfermedad hepática que tiene riesgo de complicaciones, si no las tiene ya, que provocan una disminución significativa de la sobrevida. Es en este estadio donde es necesario aplicar medidas de control periódico y tratamiento a los fines de reducir el riesgo de complicaciones y, si las tiene, implementar un manejo adecuado de las mismas que lleven a una mejoría de la sobrevida. Una parte de la información generada por la evaluación del profesional participante durante el proceso de diagnóstico y evaluación de cada caso será volcada al proyecto. La participación del paciente no implica la implementación de ninguna medida adicional y se realizará con el aval de la persona portadora de la cirrosis mediante la firma de un consentimiento informado. Los datos de las personas durante todo el proceso de diagnóstico y evaluación serán conocidos solamente por el médico tratante. Luego de completada la información solicitada durante el periodo de evaluación, que no debería exceder las 12 semanas desde el momento del diagnóstico de cirrosis, se realizará la transferencia de los datos a la aplicación Epicollect5 instalada en el teléfono móvil personal. Esta transferencia será realizada por los médicos participantes luego de ingresar con clave personal a la aplicación generando la seguridad adecuada de la información que se enviará al ONEH en la sede de la Sociedad Argentina de Hepatología.

6. Datos recopilados

Los datos recopilados en el proyecto de los casos de cirrosis fueron:

- 6.1. Datos sociodemográficos: fecha de diagnóstico, ámbito de diagnóstico (ambulatorio o internación), cobertura médica, jurisdicción donde se realizó el diagnóstico, sexo, edad y nivel de educación.
- 6.2. Datos sobre diagnóstico de cirrosis: motivo de consulta y etiología de cirrosis de acuerdo con los siguientes criterios:

- **Hepatitis C:** presencia Anti-HCV IgG por ELISA de tercera generación más viremia HCV detectable o antecedentes de tratamiento específico curativo⁷. Si presenta otra causa se describirá en las otras variables a registrar.
- **Hepatitis B:** presencia de HBsAg. Si presenta otra causa se describirá en las otras variables, incluso si tiene una hepatitis C asociada⁸.
- **Alcohol:** consumo semanal superior a 210 gramos en el hombre y a 140 gramos en la mujer durante al menos 10 años, en ausencia de criterios para cirrosis por hepatitis C, hepatitis B, colangitis biliar primaria, hepatitis autoinmune, hemocromatosis hereditaria y componentes del síndrome metabólico. Si presenta algún componente del síndrome metabólico u otra causa definida de cirrosis la etiología por alcohol también corresponde siempre y cuando presente un consumo semanal superior a 350 gramos para la mujer y 420 gramos para el hombre⁹.
- **MASLD (enfermedad esteatósica hepática asociada a disfunción metabólica):** presencia de esteatosis hepática asociada a, al menos, uno de los siguientes: a) sobrepeso u obesidad, implicando IMC $>25 \text{ Kg/m}^2$ o aumento de la circunferencia de cintura ($\text{♀} \geq 80 \text{ cm}$ o $\text{♂} \geq 94 \text{ cm}$) en, al menos, los 5 años previos en ausencia de otras causas; b) disglucemia (prediabetes: glucemia de 100 a 125 mg/dl o intolerancia a la sobrecarga de glucosa -PTOG 140 a 199 mg/dl- o Hb glicosilada de 5,7 a 6,4%) o diabetes tipo 2 (glucemia $> 126 \text{ mg/dl}$ o PTOG $> 200 \text{ mg/dl}$ o Hb glicosilada $> 6,5\%$) o tratamiento previo; c) hipertrigliceridemia ($\geq 150 \text{ mg/dl}$) o tratamiento previo; d) lipoproteínas de alta densidad (HDL) bajas ($\text{♀} < 50$ o $\text{♂} < 39 \text{ mg/dl}$) o tratamiento previo; e) hipertensión arterial ($\geq 130/85 \text{ mmHg}$) o tratamiento previo^{10,11}. Debe estar asociado a un consumo semanal de alcohol inferior a 210 g en el hombre y 140 g en la mujer^{10,11}.
- **MetALD (disfunción metabólica y enfermedad hepática relacionada con el alcohol):** presencia de los criterios de MASLD más un consumo de alcohol por semana de 140 a 350 gramos en la mujer y de 210 a 420 gramos en el hombre. Consumos semanales de alcohol mayores a los mencionados corresponden a la definición de cirrosis por alcohol, aunque existan componentes manifiestos de disfunción metabólica¹⁰.
- **Colangitis biliar primaria (CBP):** presencia de 2 de los 3 criterios siguientes: colestasis crónica, presencia de anticuerpos anti-mitocondriales o de anti-nucleares específicos de la CBP, como anti-gp210 o anti-sp100 y/o biopsia compatible¹².
- **Hepatitis autoinmune (HAI):** presencia de 2 de los 3 criterios siguientes: hepatitis crónica, autoanticuerpos específicos y/o biopsia compatible¹³.
- **Colangitis esclerosante primaria (CEP):** presencia de signos característicos en la colangioresonancia o biopsia hepática diagnóstica cuando se trate de una CEP de pequeños conductos¹⁴.
- **Colangitis biliar secundaria:** presencia de obstrucción crónica prolongada de la vía biliar extrahepática sin otra causa de cirrosis.
- **Hemocromatosis:** presencia de sobrecarga de hierro humoral y hepática con estudio genético compatible. En caso de existir sobrecarga de hierro humoral y hepática sin estudio genético o estudio genético no compatible se considerará como hemocromatosis si no hay otra causa de cirrosis¹⁵.

- **Enfermedad de Wilson:** basado en la alteración del metabolismo de cobre evidenciada por ceruloplasmina sérica menor a 10 mg/dl y cupruria de 24 hs superior a 100 ug¹⁶.
 - **Déficit de alfa 1 antitripsina:** asociada a disminución de los niveles séricos de alfa 1 antitripsina^{17,18}.
 - **Cirrosis infrecuente:** causas asociadas a enfermedades hepáticas que infrecuentemente causan cirrosis.
 - **Cirrosis criptogénica:** ausencia de todas las causas mencionadas previamente.
 - **Cirrosis indefinida:** cuando en el centro hepatológico donde se evaluó al paciente con cirrosis no se le pudieron realizar todos los estudios para determinar si presenta alguna de las etiologías más frecuentes.
- 6.3. Datos sobre métodos de diagnóstico de cirrosis: elastografía, FIB-4 y biopsia hepática.
 - 6.4. Datos sobre descompensación hepática: descompensación aguda o no, tipo de descompensación, causas, presencia o no de falla hepática aguda sobre crónica y presencia o no de hepatitis por alcohol y severidad^{19,20}.
 - 6.5. Datos sobre consumo de alcohol: niveles, periodos de tiempo, tipo de consumo⁹.
 - 6.6. Datos sobre disfunción metabólica: alteraciones del metabolismo de la glucosa, índice de masa corporal, cintura, hipertensión arterial y dislipemia^{10,11}.
 - 6.7. Datos sobre hepatitis C, B y HIV: serología, biología molecular y tratamiento previo.
 - 6.8. Datos bioquímicos de laboratorio: parámetros de función hepatocelular y renal y recuento de plaquetas.
 - 6.9. Datos sobre scores de función hepática: Child-Pugh, MELD-Na, MELD 3.0 y Maddrey en hepatitis por alcohol.
 - 6.10. Datos sobre eventos clínicos: ascitis, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva, injuria renal y hepatocarcinoma^{21,22}.
 - 6.11. Datos sobre hipertensión portal: hipertensión portal clínicamente significativa, várices esofagogástricas y tratamiento²³.
 - 6.12. Datos sobre trasplante hepático: evaluación, inclusión en lista y realización de trasplante hepático.
 - 6.13. Datos sobre evolución a la semana 12: grado de abstinencia de alcohol, sobrevida a la semana 12 y causa de muerte en los que ocurriera.

Referencias

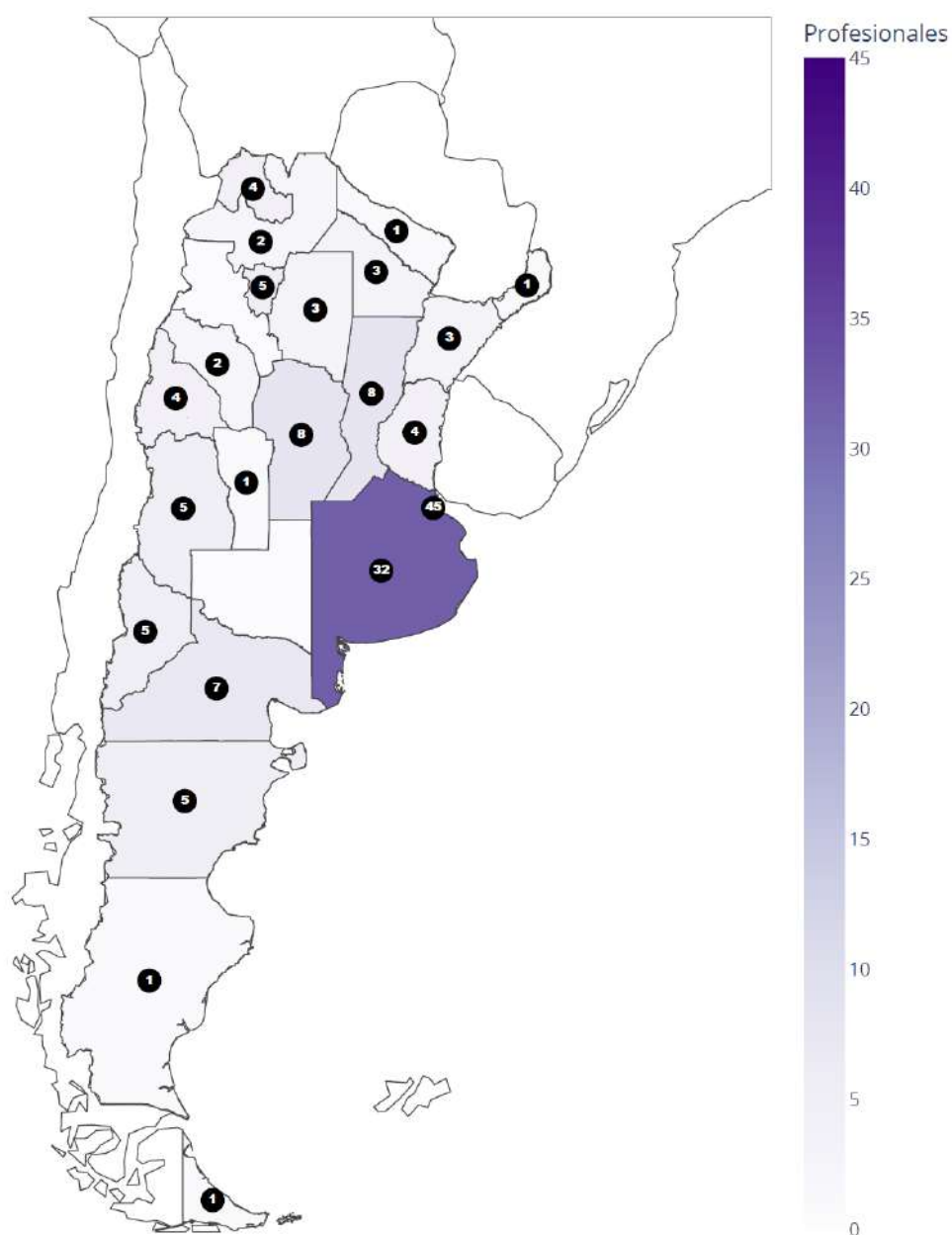
1. GBD 2021 Causes of Death Collaborators. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet* 2024;403:2100–32
2. D'Amico G, Morabito A, D'Amico M, Pasta L, Malizia G, Rebora P, Valsecchi MG. New concepts on the clinical course and stratification of compensated and decompensated cirrhosis. *Hepatol Int*. 2018 Feb;12(Suppl 1):34-43
3. Collaborators GBDC. The global, regional, and national burden of cirrhosis by

- cause in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020;5: 245-266
4. Ginès P, Krag A, Abraldes JG, et al. Liver cirrhosis. *Lancet*. 2021;398(10308): 1359-1376
 5. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2019 - Informe definitivo. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ministerio de Salud y Desarrollo social. República Argentina. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4--Tema-4-32-68>
 6. García DS, Martínez Artola Y, Poncino DA, et al. Etiología de la cirrosis: los cambios epidemiológicos entre los periodos 1995-2002 y 2010-2017. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2020;50(3):271-278
 7. Reggiardo MV, Tanno F, Mendizabal M, Galdame O. Consenso Argentino de Hepatitis C 2013. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2014;44(2):154-73
 8. Guía hepatitis B 2021. Sociedad Argentina de Hepatología. Disponible en: <https://sahe.org.ar/wp-content/uploads/2025/03/Guia-HepatitisB-2021.pdf>
 9. Guía de Manejo de las Enfermedades Hepáticas Asociadas al Consumo de Alcohol 2018. Sociedad Argentina de Hepatología. Disponible en: <https://sahe.org.ar/wp-content/uploads/2025/03/Gua-Manejo-de-las-Enfermedades-Hepticas-Asociadas-al-Consumo-de-Alcohol.pdf>
 10. Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V et al. NAFLD Nomenclature consensus group. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Ann Hepatol*. 2024;29(1):101133
 11. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol*. 2024;81(3): 492-542
 12. EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. *J Hepatol* 2017;67(1):145-172
 13. EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis. *J Hepatol*. 2015;63(4): 971-1004
 14. EASL Clinical Practice Guidelines on Sclerosing Cholangitis. *J Hepatol*. 2022; 77(3):761-806
 15. EASL Clinical Practice Guidelines on Haemochromatosis. *J Hepatol*. 2022;77(2): 479-502
 16. EASL-ERN Clinical Practice Guidelines on Wilson's disease. *J Hepatol*. 2025; 82(4):690-728
 17. EASL Clinical Practice Guidelines on genetic cholestatic liver diseases. *J Hepatol*. 2024;81(2):303-325
 18. Clark VC, Price MA, Russo J, Loomba R, Turner AM, Strnad P. Diagnosis and Monitoring Pathways Using Non-Invasive Tests in Patients with Alpha-1 Antitrypsin Deficiency- Associated Liver Disease: Results from an Expert Delphi Panel. *United European Gastroenterol J*. 2025;00:1-10
 19. D'Amico G, Bernardi M, Angeli P. Towards a new definition of decompensated cirrhosis. *J Hepatol*. 2022;76(1):202-207
 20. EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure. *J Hepatol*. 2023;79(2):461-491
 21. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol*. 2018;69(2):406-460

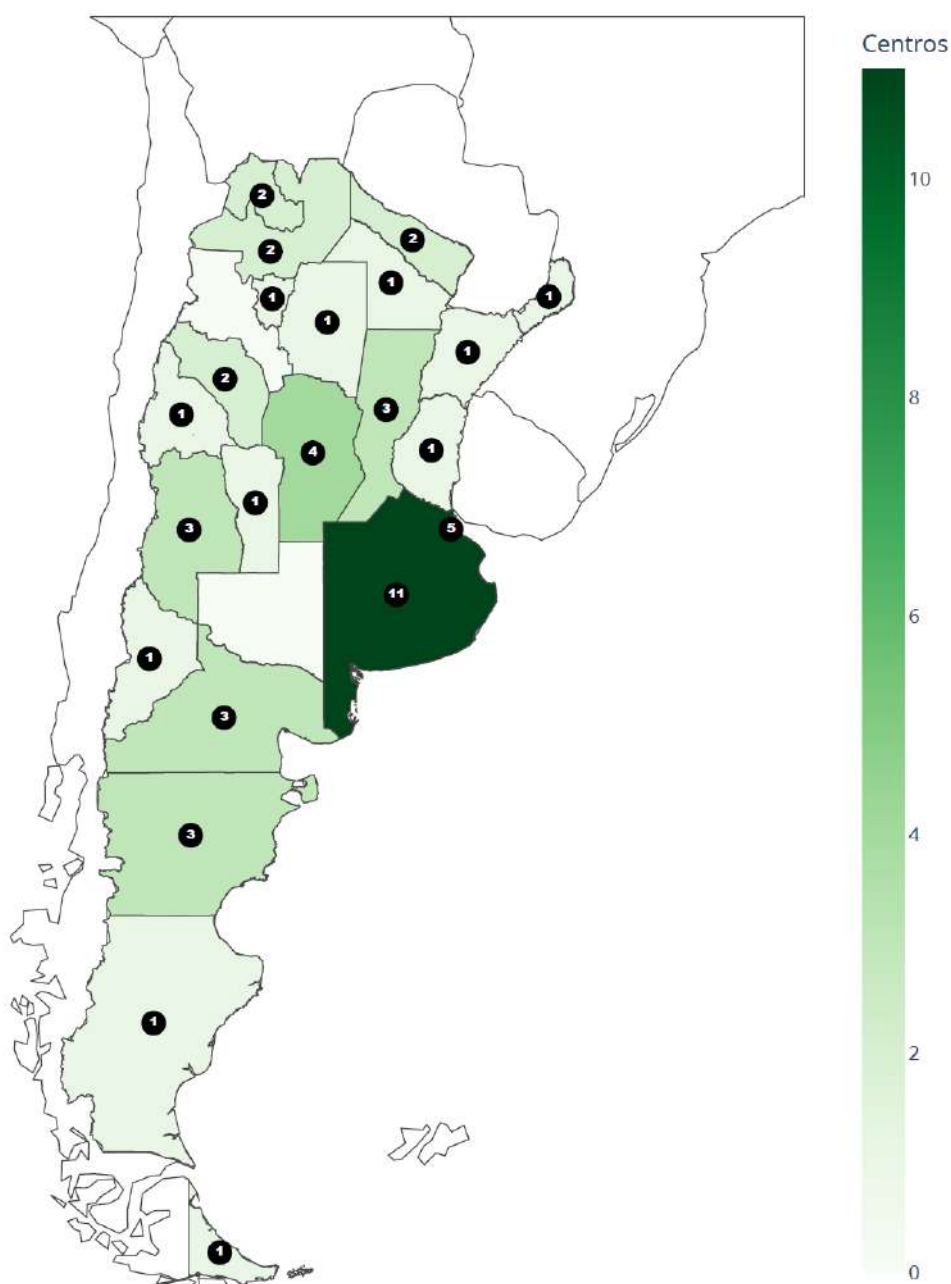
22. Guía de práctica clínica sobre la prevención, vigilancia, diagnóstico, estadificación y tratamiento del hepatocarcinoma 2018. Sociedad Argentina de Hepatología. <https://sahe.org.ar/wp-content/uploads/2025/03/guia-de-hcc-aaeeh-actualizada.pdf>
23. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. J Hepatol. 2022;76(4):959-974

7. Resultados

7.1 Red de profesionales del ONEH-SAHE



7.2 Centros participantes del ONEH-SAHE



7.3 Sociodemográfica

El total de casos cargados de pacientes con diagnóstico de cirrosis durante el año 2025 fue de 573. El 45,5% (261) corresponden al sexo femenino y el 55,5% (312) al sexo masculino, con un rango etario desde los 19 hasta los 90 años de edad y una edad promedio de 60.1 años para hombres y 61,1 años para mujeres. El grupo etario con más casos correspondió a la franja de 60 a 69 años para ambos sexos (94 mujeres y 104 hombres), seguida por la de 50 a 59 años (68 mujeres y 97 hombres), la de 70 a 79 años (49 mujeres y 50 hombres) luego 40 a 49 años (41 hombres y 27

mujeres), 80 a 89 años (13 mujeres y 10 hombres), 30 a 39 años (5 mujeres y 9 hombres), 20 a 29 años (3 mujeres), 10 a 19 años (2 mujeres) y 90 a 99 años (1 hombre). Se observa una predominancia de pacientes de sexo femenino sólo en ambos extremos de la vida, en las franjas de 10 a 29 años y de 80 a 99 años (Gráficos 1 y 2).

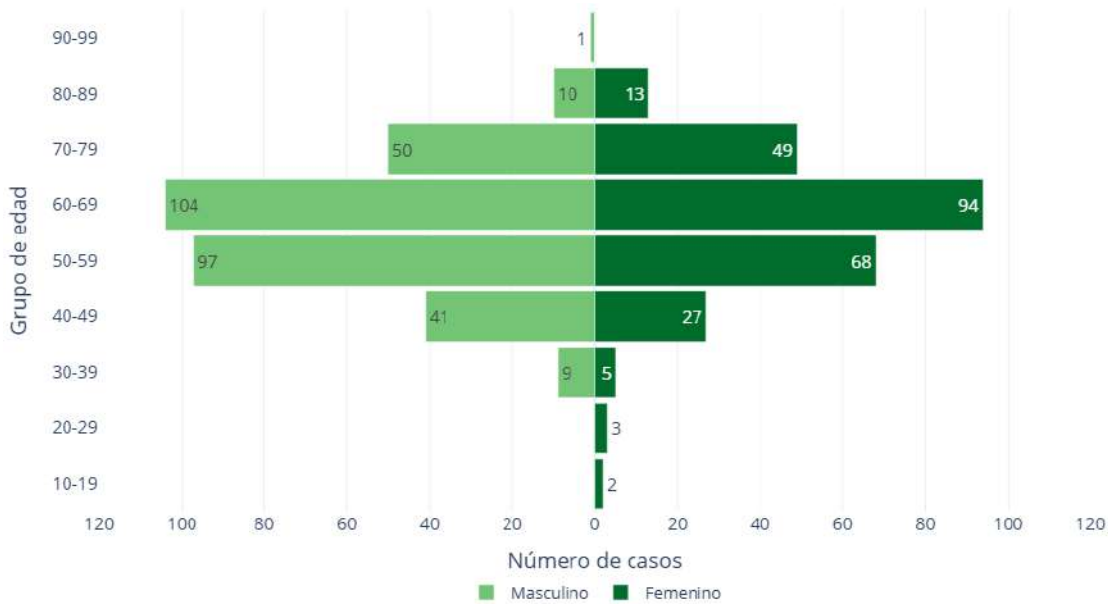


Gráfico 1. Pirámide de población de casos de cirrosis registrados durante el año 2025

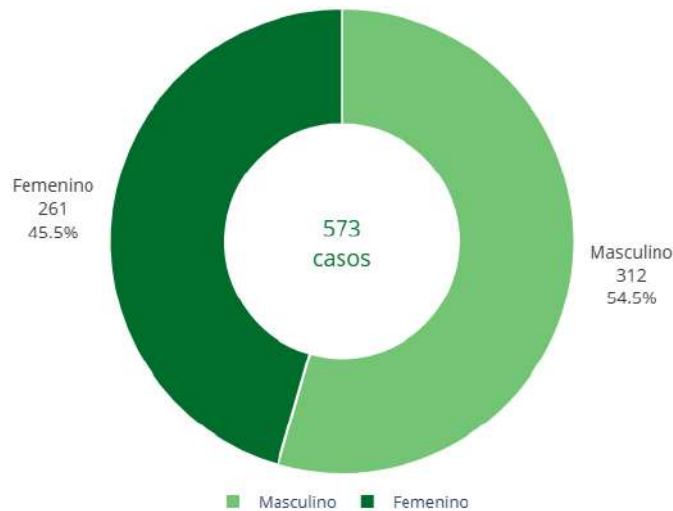


Gráfico 2. Distribución de casos por sexo

Estos hallazgos reflejan la prevalencia global de cirrosis, que ocurre en hombres en el 54 al 60% de los casos¹⁻³, con un promedio de edad al diagnóstico de 59,5 a 62,4 años, aunque se encuentra en aumento la incidencia en poblaciones jóvenes¹. El sexo masculino es un factor independiente para el desarrollo de cirrosis^{2,3}. Las mujeres en edad reproductiva, por su parte, se encuentran protegidas frente a ciertas enfermedades hepáticas, particularmente el MASLD, y su riesgo de progresión

a cirrosis gracias a los estrógenos. Esta protección se pierde luego de la menopausia, haciendo más equiparable la incidencia de cirrosis entre ambos sexos a mayor edad^{4,5}.

Respecto del nivel de educación, se informaron datos solamente de 483 pacientes. De éstos, el 46% tenía nivel primario (116 varones y 104 mujeres), el 33% nivel secundario (86 varones y 76 mujeres), el 13% nivel terciario (34 varones y 31 mujeres) y el 8% nivel universitario (23 varones y 13 mujeres). Según sexo, el total de mujeres fue 224, con porcentajes de 46% primario, 34% secundario, 14% terciario y 6% universitario, mientras que el total de varones fue 259 varones, con 45% primario, 33% secundario, 13% terciario y 9% universitario (Gráfico 3).



Gráfico 3. Nivel educativo según grupo etario y sexo

Es destacable que, como veremos más adelante, la mayoría de los pacientes (62,5%) presentan una cirrosis descompensada, junto con un bajo nivel educativo. Existe una correlación bien documentada que señala que los pacientes con menor nivel educativo presentan una enfermedad hepática más severa al momento del diagnóstico, incluyendo una mayor prevalencia de cirrosis, y estas variables se asocian de manera independiente⁶. Un estudio randomizado encontró que 4,2 años adicionales de educación tienen una relación causal con un descenso del 52% del riesgo de enfermedad hepática crónica (OR 0,48 - 95% CI 0,37-0,62)⁷. El efecto protector de la educación opera a múltiples niveles, incluyendo una menor adiposidad, mejor metabolismo glucémico, mejores perfiles lipídicos y menores tasas de depresión⁶. Un menor nivel educativo también se encuentra asociado a mayores tasas de consumo de alcohol, retraso en la consulta médica y menor alfabetización sanitaria^{6,8}.

Según el informe sobre Salud y Previsión Social del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2022 de la República Argentina⁹, en nuestro país el acceso a la protección de la salud es un derecho constitucional que está garantizado mediante tres subsistemas que coexisten: el de salud pública, de carácter universal, que garantiza el derecho al acceso a la salud para todas las personas que residen en la Argentina; el de seguridad social, que brinda cobertura a aquellas personas que tienen un empleo registrado, o a quienes se encuentran inscriptas en el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes; y el de salud privado, que ofrece cobertura voluntaria a aquellas personas que decidan pagarla, ya sea de manera directa o a través de derivación de aportes. El Censo informa que 3 de cada 10

personas dependen exclusivamente del sistema público de salud (un 35,8%), mientras que 6 de cada 10 personas tienen obra social o prepaga (60,9%).

Al analizar la cobertura de salud de los pacientes de nuestro registro, se informa que la mayoría se atiende por su obra social (54% - 309 pacientes), seguido de la atención en salud pública (38% - 218 pacientes) y, por último, en la medicina privada (8% - 46 pacientes), lo cual reproduce las tendencias nacionales (Gráfico 4).

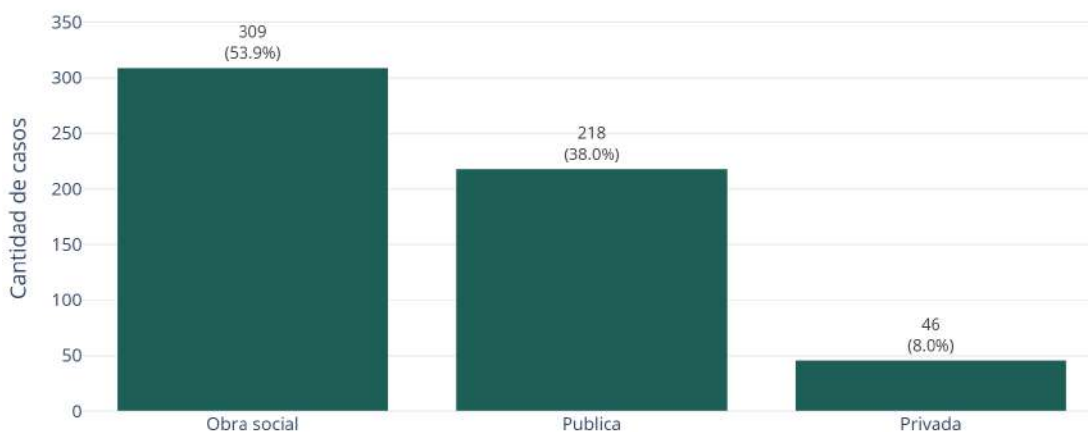


Gráfico 4. Tipo de cobertura de salud

El ámbito de diagnóstico de los pacientes fue ambulatorio en un 74,9% (429 pacientes) versus en internación en un 25,1% (144 pacientes) (Gráfico 5). Sumando el hecho de que la mayoría de los pacientes registrados (62,5%) presentaban una cirrosis descompensada, inferimos que los pacientes llegan en forma tardía a la consulta con el especialista, cuando el daño hepático ya es avanzado.

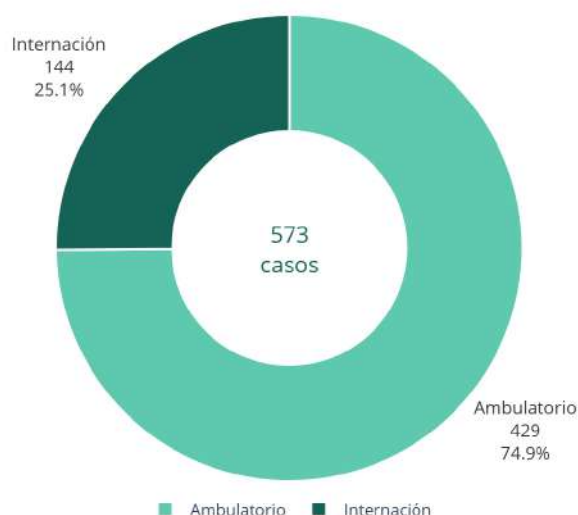


Gráfico 5. Ámbito de diagnóstico

Por último, presentamos la distribución geográfica de los casos registrados. Excepto las provincias de Catamarca y La Pampa, donde no se registraron casos dado que no hay médicos asociados al ONEH-SAHE, todas las demás jurisdicciones

reportaron pacientes (Gráfico 6). La mayor proporción se evidencia en la provincia de Buenos Aires, con 106 casos y en la provincia de Jujuy, con 84 casos. Le siguen en frecuencia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (60) y las provincias de Mendoza (42), Chubut (38), Santa Fe (38), Córdoba (34), Santiago del Estero (33), Misiones (22), Tucumán (20), Río Negro (15), La Rioja (13), Santa Cruz (12), Formosa (10), San Luis (10), Chaco (8), Tierra del Fuego (7), San Juan (7) y Salta (6). Entre las de menor reporte se encuentran Entre Ríos (5), Corrientes (2) y Neuquén (1). La provincias que tuvieron predominancia de casos de sexo femenino fueron Salta, Jujuy, Chaco, Tucumán, San Juan, Chubut, Santa Cruz y la Ciudad de Buenos Aires (Gráfico 7).

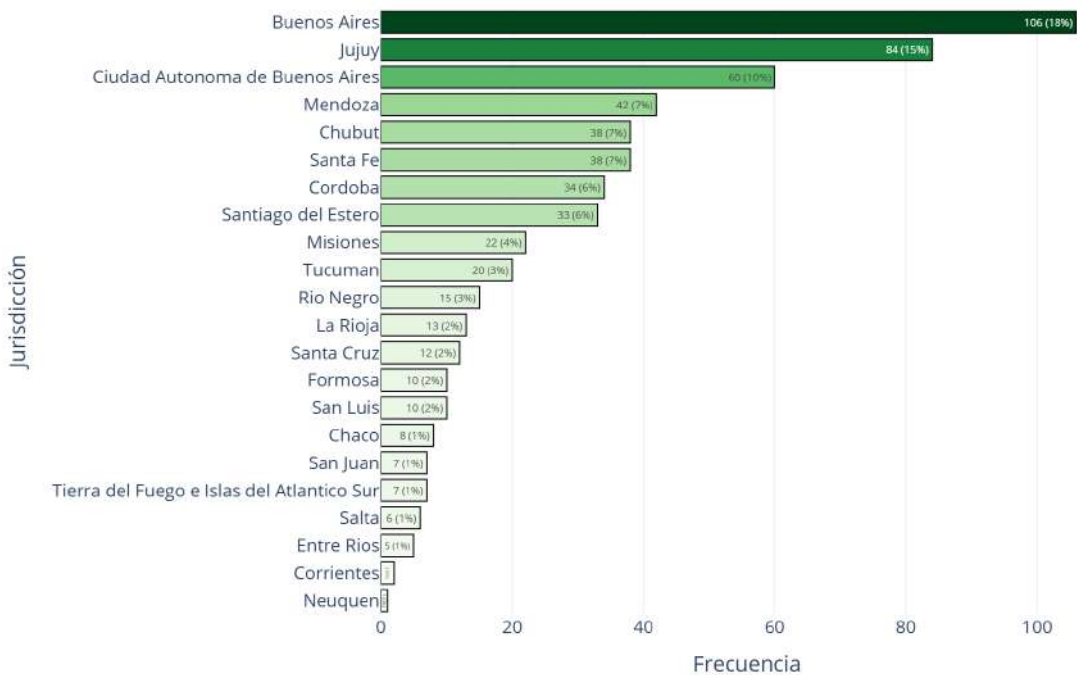


Gráfico 6. Jurisdicción de los casos registrados

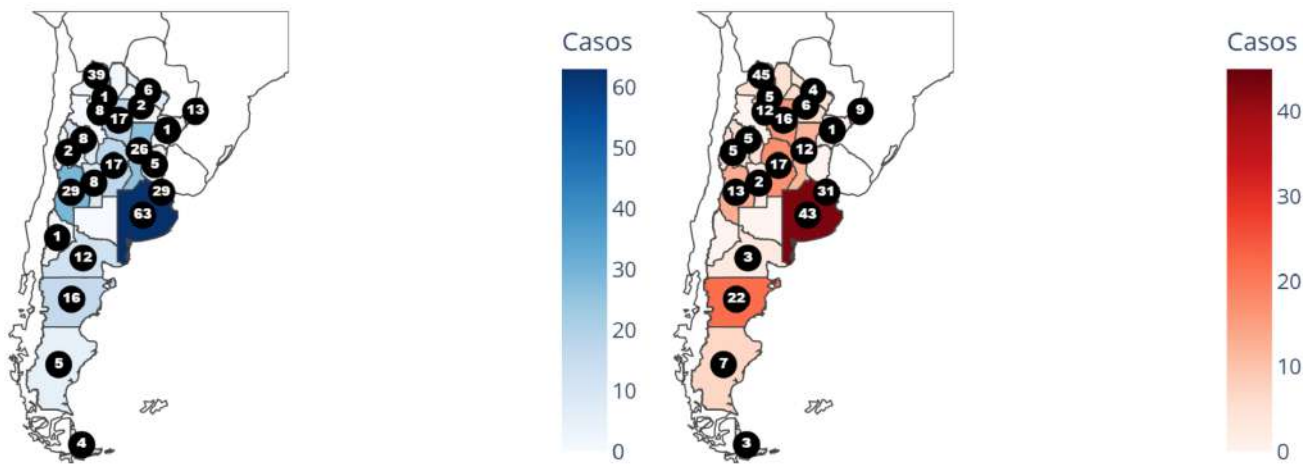


Gráfico 7. Casos por jurisdicción según sexo. Izquierda (azules) sexo masculino, derecha (rojos) sexo femenino

Referencias:

1. Tapper EB, Parikh ND. Diagnosis and Management of Cirrhosis and Its Complications: A Review. JAMA. 2023;329(18):1589-1602.
2. Younossi ZM, de Avila L, Racila A, et al. Prevalence and Predictors of Cirrhosis and Portal Hypertension in the United States. Hepatology. 2025;01515467-990000000-01153.
3. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Ajmera V, et al. Global Prevalence of Advanced Liver Fibrosis and Cirrhosis in the General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2025;23(7):1123-1134.
4. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, et al. Sex and Gender: Modifiers of Health, Disease, and Medicine. Lancet. 2020;396(10250):565-582.
5. Yang et al. Unequal disease burdens: exploring the intersection of gender, health and disease dynamics in China. BMC Public Health (2025). 25-2182
6. Stroffolini T, Sagnelli E, Sagnelli C, et al. The Association Between Education Level and Chronic Liver Disease of Any Etiology. European Journal of Internal Medicine. 2020;75:55-59.
7. Wang Y, Kong L, Ye C, et al. Causal Impacts of Educational Attainment on Chronic Liver Diseases and the Mediating Pathways: Mendelian Randomization Study. Liver International : Official Journal of the International Association for the Study of the Liver. 2023;43(11):2379-2392.
8. Hasjim BJ, Harris A, Balbale SN, et al. Social Disadvantage and Disparities in Chronic Liver Disease: A Systematic Review. The American Journal of Gastroenterology. 2024;120(7):1548-1566.
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos: salud y previsión social. Primera Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2023. Libro digital, PDF - (Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022;2).

7.4 Motivos de consulta y etiología de la cirrosis

En los 573 casos de cirrosis se registraron 751 motivos de consulta (Gráfico 8).

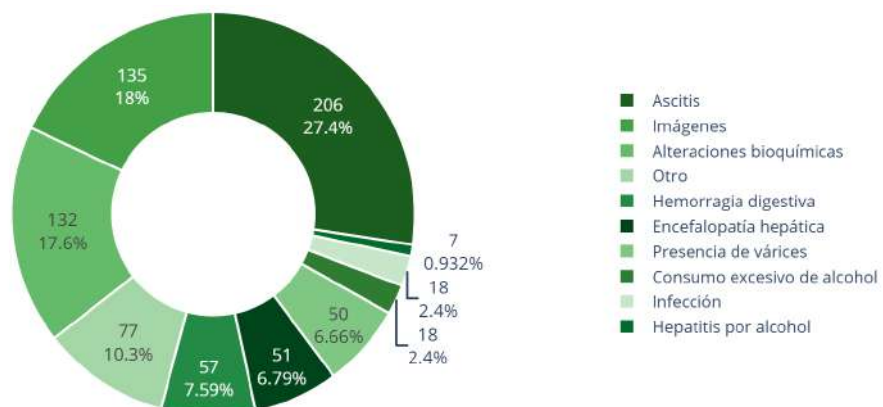


Gráfico 8. Distribución de los motivos de consulta en general - 751 motivos de consulta en 573 casos

En general, cuando se describe el total de los motivos de consulta inicial, la ascitis fue el más frecuente (27,4%) seguido por las imágenes (ecografía, TAC o RM) sugestivas de enfermedad hepática (18%) y las alteraciones de los análisis bioquímicos hepáticos (17,6%).

Además de la presencia de ascitis fueron motivo de consulta inicial otras complicaciones de la cirrosis como la hemorragia digestiva (7,6%) y la encefalopatía hepática (6,8%).

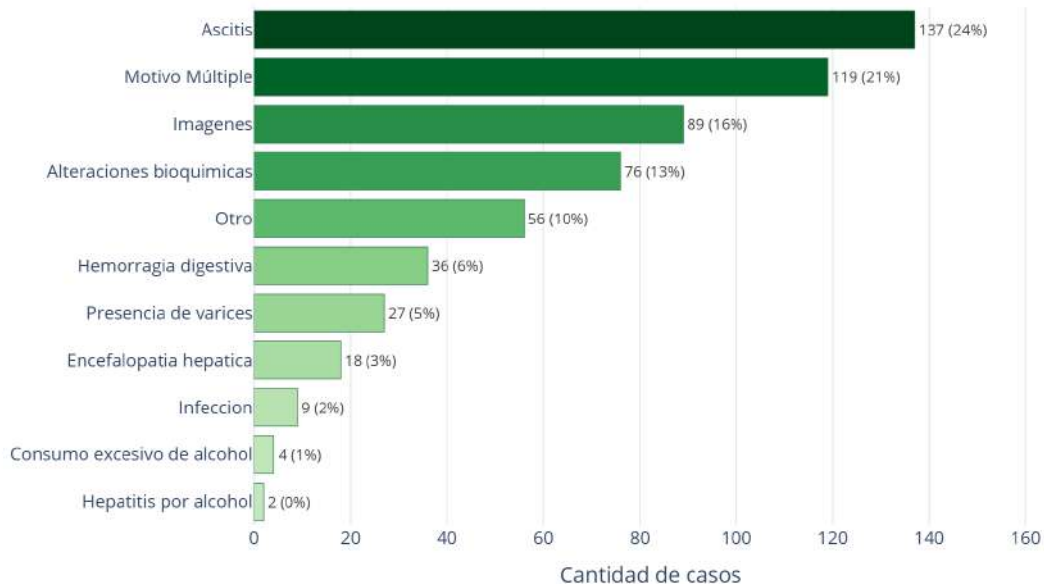


Gráfico 9. Distribución de los motivos de consulta por casos de cirrosis. Motivo múltiple: casos con más de un motivo

En cambio, cuando se describen los motivos de consulta por caso de cirrosis, la ascitis aislada estuvo presente en el 24% y asociada con otros motivos el 12%. La ascitis asociada a otras complicaciones (hemorragia digestiva y encefalopatía hepática) se observó en el 45,4% de los casos (Gráfico 9). Las alteraciones de la bioquímica hepática y las imágenes fueron causa frecuente de consulta asociada a complicaciones que podrían haber advertido la presencia de una enfermedad hepática antes de la aparición de la complicación (Gráfico 10).

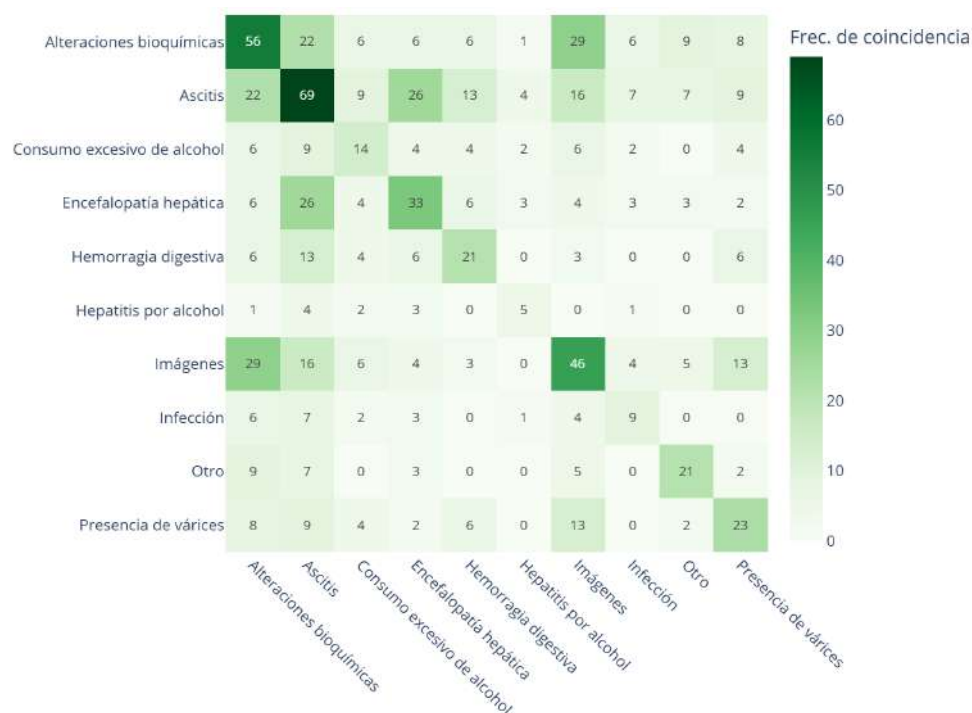


Gráfico 10. Concurrencia de motivos de consulta. Apertura de motivos múltiples

En los 573 casos de cirrosis se registraron 605 etiologías (Gráfico 11).

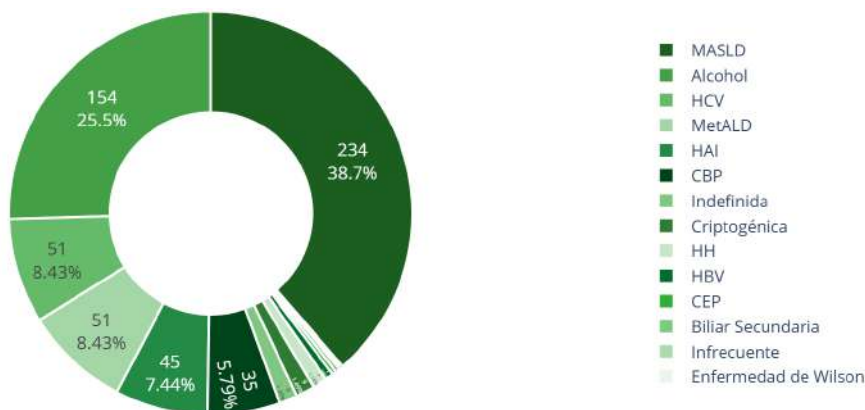


Gráfico 11. Etiología de la cirrosis por diagnósticos - total 605 diagnósticos en 573 pacientes

En general, cuando se describe el total de etiologías de la cirrosis, la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD por sus siglas en inglés) fue la causa más frecuente observada (38,7%), seguida por el alcohol (25,5%). Siguieron en frecuencia la hepatitis C (8,43%), el MetALD (asociación entre disfunción metabólica y alcohol) (8,43%), la hepatitis autoinmune (HAI) (7,44%) y la colangitis biliar primaria (CBP) (5,79%) (Gráfico 11).

Cuando se describe la proporción de las etiologías por casos de cirrosis, MASLD se presentó como única causa más frecuente en el 38,2%, seguida por alcohol en el 25% (Gráfico 12). Siguieron en frecuencia MetALD (8,2%), HAI (6,8%), hepatitis C (6,1%) y CBP (5,79).

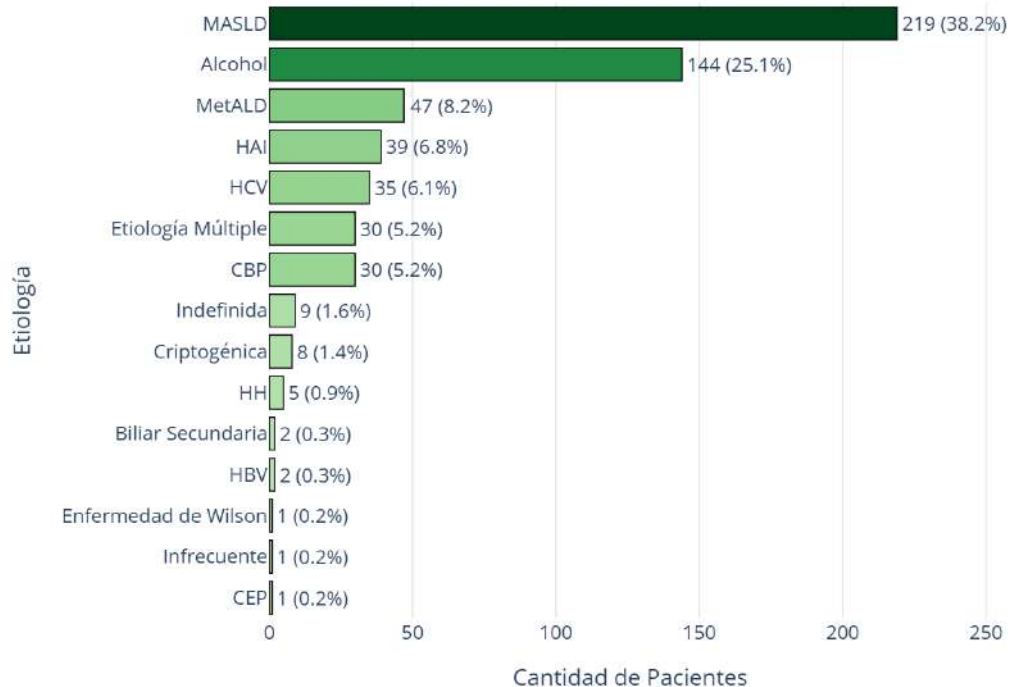


Gráfico 12. Etiología de la cirrosis por casos - 573 pacientes

Cuando se describe la proporción de las etiologías por casos de cirrosis, MASLD se presentó como única causa más frecuente en el 38,2%, seguida por alcohol en el 25%. Siguieron en frecuencia MetALD (8,2%), HAI (6,8%) y la CBP (6,1%). La hepatitis C aislada se observó en el 6,1% y asociada a otras etiologías en el 2,8%, alcanzando el 8,9% de los casos de cirrosis (Gráfico 12).

La presencia de disfunción metabólica y consumo excesivo de alcohol causaron más de 70% de las cirrosis (71,4%).

Se observó un porcentaje inferior al 1% de hemocromatosis hereditaria (HH), biliar secundaria, hepatitis B, enfermedad de Wilson y colangitis esclerosante primaria (CEP).

Los nuevos criterios diagnósticos para MASLD llevaron a una reducción significativa de la cirrosis criptogénica (1,6%).

El tamizaje sistemático y los tratamientos antivirales en hepatitis B y C provocaron una reducción significativa de estas entidades como causa de cirrosis (hepatitis B: 0,3% y hepatitis C: 8,43%).

De los 573 casos de cirrosis, fueron positivos para serología HIV 35 (6,1%). La edad promedio fue $59,9 \pm 12,8$ años y pertenecieron al sexo femenino 15 (42,9%) y al masculino 20 (57,1%). Dentro de este grupo, la etiología de la cirrosis más frecuente fue la causada por el alcohol, seguida por MASLD y las enfermedades hepáticas autoinmunes. El MetALD y la hepatitis C se observaron con una frecuencia similar en el 10,8% de los casos (Gráfico 13). La coexistencia de etiologías puede observarse en el Gráfico 14.

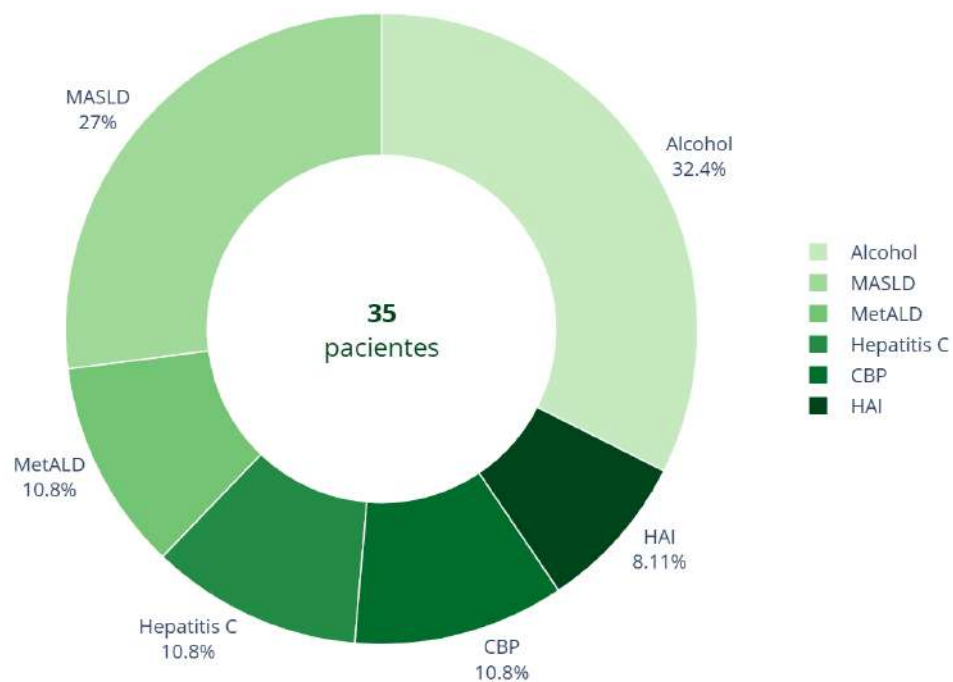


Gráfico 13. Distribución de etiologías por diagnósticos en HIV positivos

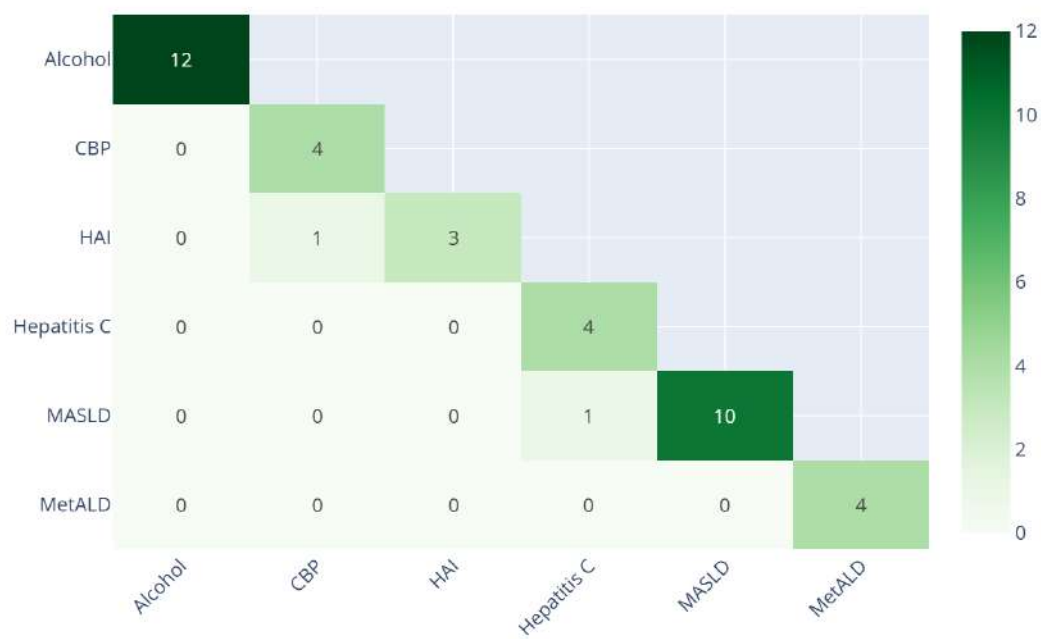


Gráfico 14. Coexistencia de etiologías de cirrosis en casos HIV positivos

Para analizar las etiologías por geografía, se dividió al país en las siguientes regiones (Gráficos 15 y 16):

- Región Noroeste: Jujuy, Salta, Tucumán, La Rioja y Catamarca.
- Región Noreste: Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Misiones y Corrientes.
- Región Cuyo: San Juan, Mendoza y San Luis.
- Región Centro Oeste: Córdoba y La Pampa.
- Región Centro Este: Santa Fe y Entre Ríos.
- Región Patagonia: Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur.
- Región Buenos Aires: Conurbano, La Plata e Interior de la Provincia de Buenos Aires
- Región CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

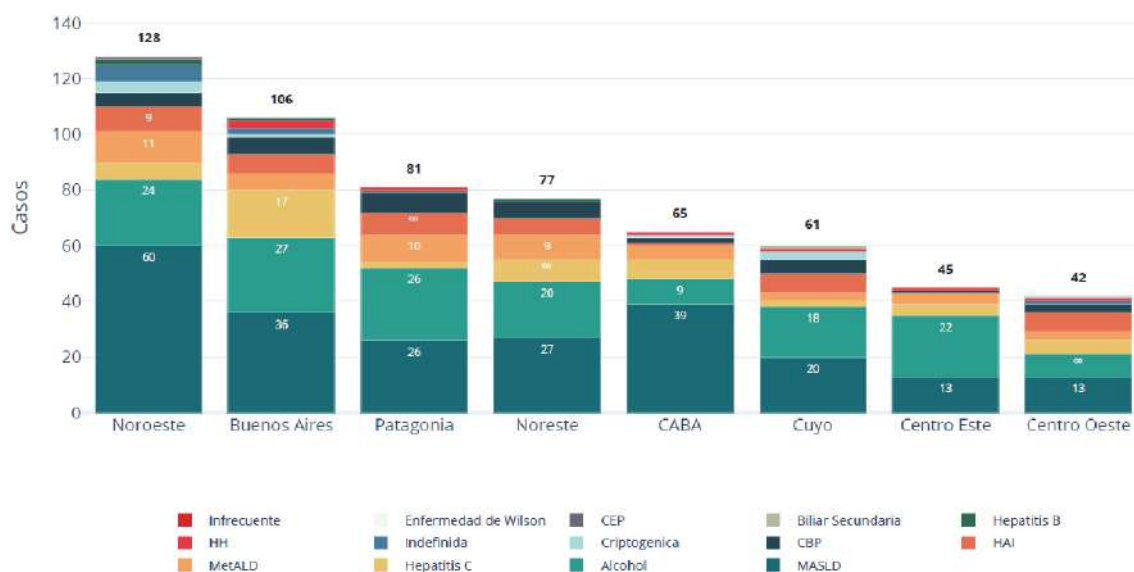


Gráfico 15. Etiología de la cirrosis por regiones en columnas

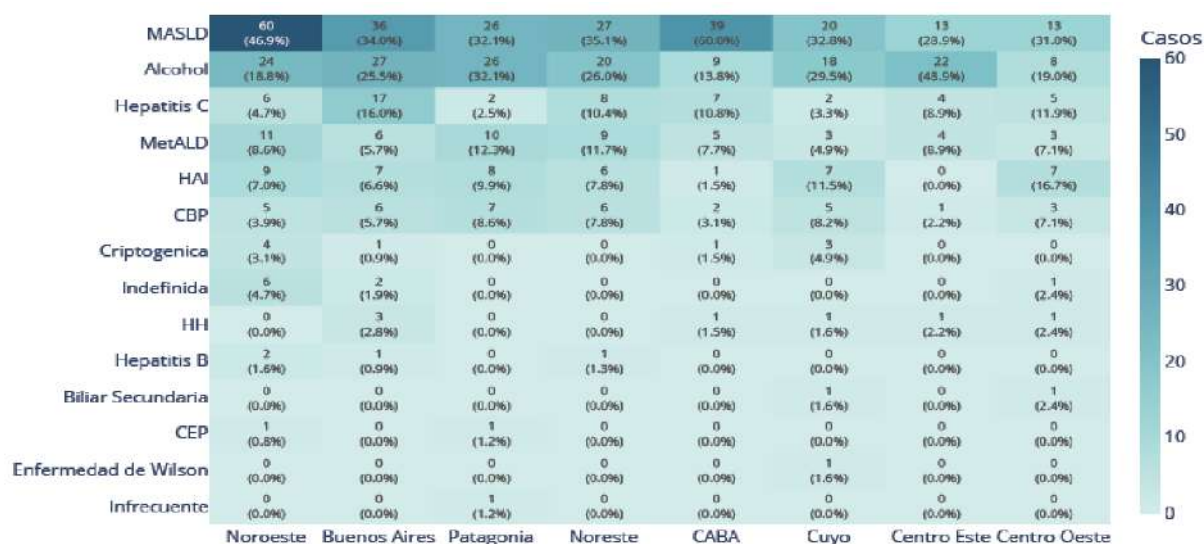


Gráfico 16. Etiología de la cirrosis por regiones (Heatmap)

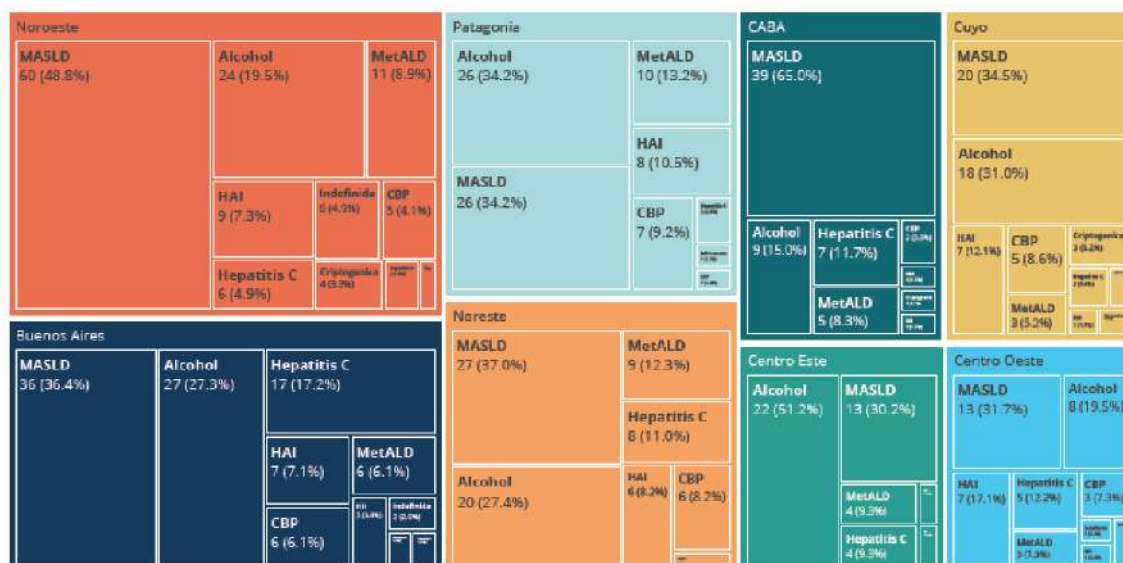


Gráfico 17. Etiología de la cirrosis por regiones (Treemap)

Por regiones se mantuvo como primera causa de cirrosis el MASLD, seguida por el alcohol, salvo en la región Centro Este (Santa Fe y Entre Ríos) donde el alcohol predominó sobre MASLD significativamente (51,2% vs 30,2%) y en la Región Patagonia donde estuvieron equiparadas (Gráficos 15, 16 y 17).

El MetALD se observó en las distintas regiones entre el 13,9% (región Patagonia) y el 5,2% (región Cuyo).

Las enfermedades hepáticas autoinmunes (HAI y CBP) se observaron en mayor proporción en la región Patagonia (19,7%) seguida por la Noreste (16,4%) y Cuyo (13,8%).

La hepatitis C se observó en mayor proporción en la Región Buenos Aires (17,2%) mientras que en resto de las regiones osciló entre el 2,5 y 12,2%.

7.5 Función hepática

De los 573 pacientes registrados en el año 2025 el 61,8% (354) se diagnosticaron en fase de cirrosis descompensada, y 38,2 % (219) en fase compensada (Gráfico 18).

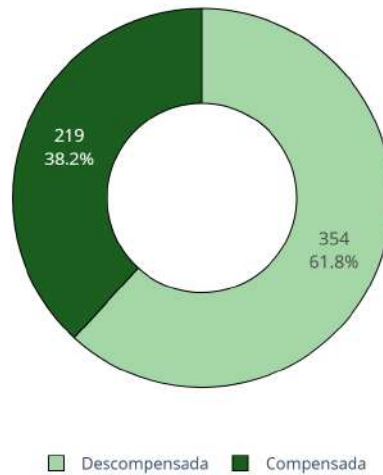


Gráfico 18. Cirrosis compensada versus descompensada

La descompensación se produjo sin causa aparente en el 41%, 22% secundario a consumo de alcohol y 14% desencadenada por infección bacteriana. Como es lógico el principal criterio diagnóstico de la cirrosis descompensada fue clínico (95%), mientras que en la fase de cirrosis compensada fue también en la mayoría clínico (63%), pero adquiere más relevancia la elastografía: aproximadamente un tercio de los pacientes compensados se diagnosticaron por este medio (Gráfico 19 y 20).

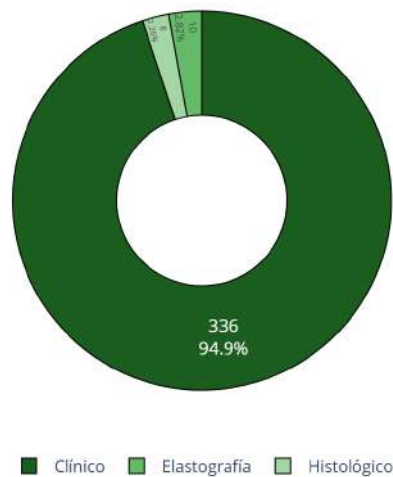


Gráfico 19. Criterios diagnósticos en cirrosis descompensada. Total de casos de cirrosis descompensada: 354

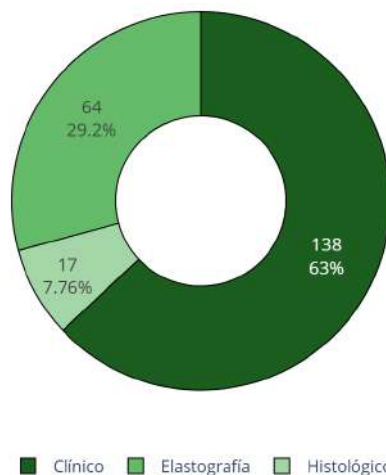


Gráfico 20. Criterios diagnósticos en cirrosis compensada. Total de casos de cirrosis compensada: 219

Los principales motivos de consulta en la fase descompensada fueron presencia de ascitis o concurrencia de motivos, como ascitis más encefalopatía, que fue la combinación de motivos más común. También fue frecuentemente reportada la combinación ascitis con imágenes o alteraciones de laboratorio. En la fase compensada, en cambio, los principales motivos de consulta fueron alteraciones bioquímicas e imágenes (Gráficos 21 y 22).

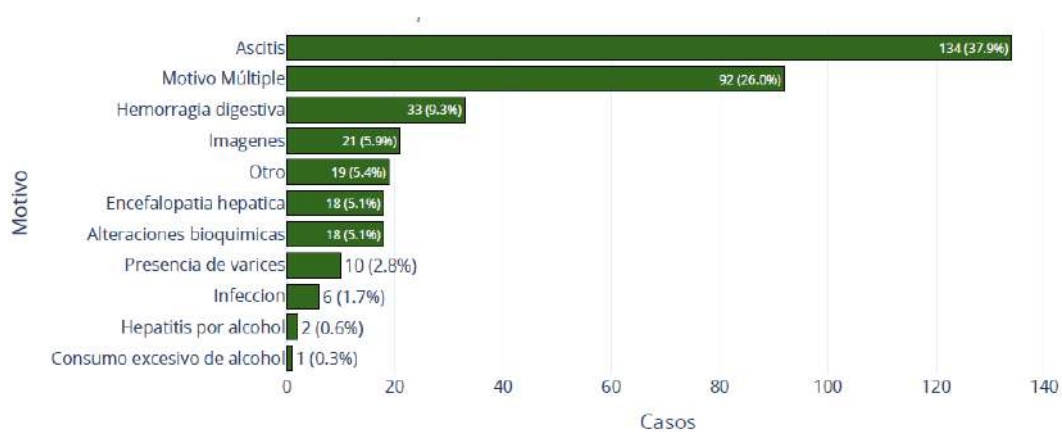


Gráfico 21. Motivos de consulta en cirrosis descompensada

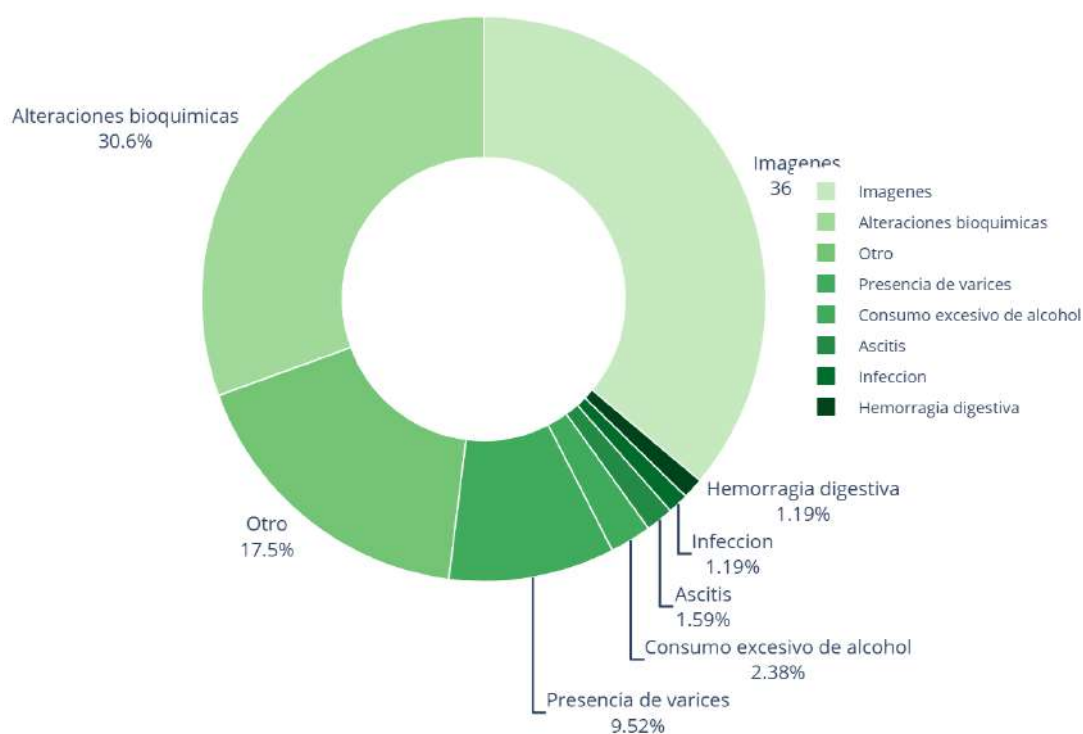


Gráfico 22. Motivos de consulta en cirrosis compensada (219 casos compensados)

La mayoría de las descompensaciones fueron consideradas descompensación aguda (325 de 354 - 91%). Tener en cuenta que, si bien se proporcionaron criterios claros de descompensación aguda, la descompensación no-aguda es una entidad menos definida, consistiendo en la aparición progresiva de complicaciones hepáticas que no llevan a la internación o la cirrosis descompensada con grados leves o estables de ascitis o encefalopatía, pero probablemente no contamos con una definición precisa de esta situación.

Con respecto a la distribución por sexo, existen diferencias significativas entre los pacientes compensados y descompensados. Los pacientes compensados fueron en su mayoría mujeres (F: 56,6% vs. M: 43,4%); los pacientes descompensados, en cambio, fueron en su mayoría varones (M: 61,3% vs. F: 28,7%) (Gráfico 23). Hubo diferencias significativas en cuanto el nivel educativo, con el nivel primario más frecuente en pacientes descompensados (53,2% vs. 33,7% en compensados); sin embargo esto debe interpretarse con cautela por la cantidad de datos faltantes en cuanto a este ítem (Gráfico 24). No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad y cobertura médica.

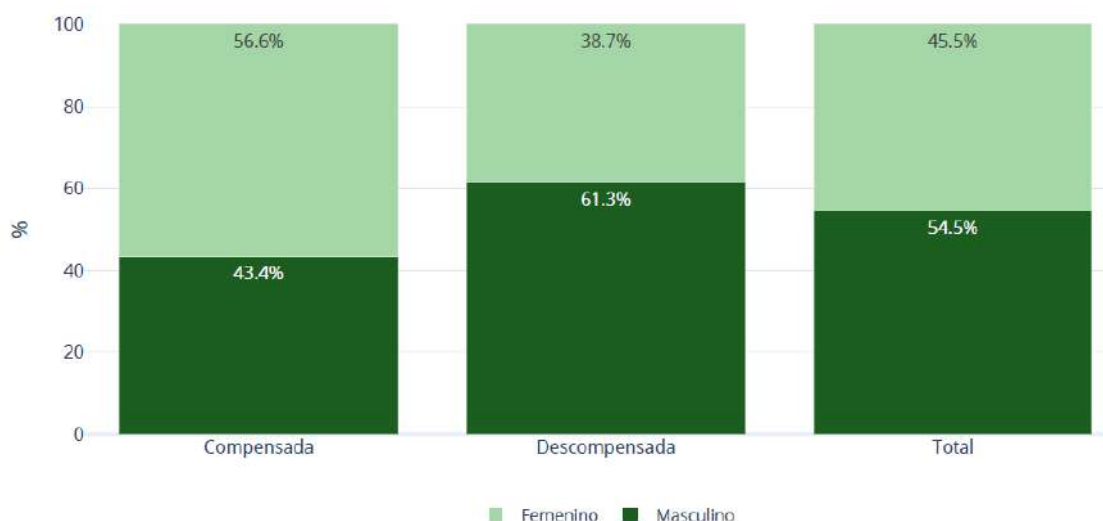


Gráfico 23. Distribución por sexos

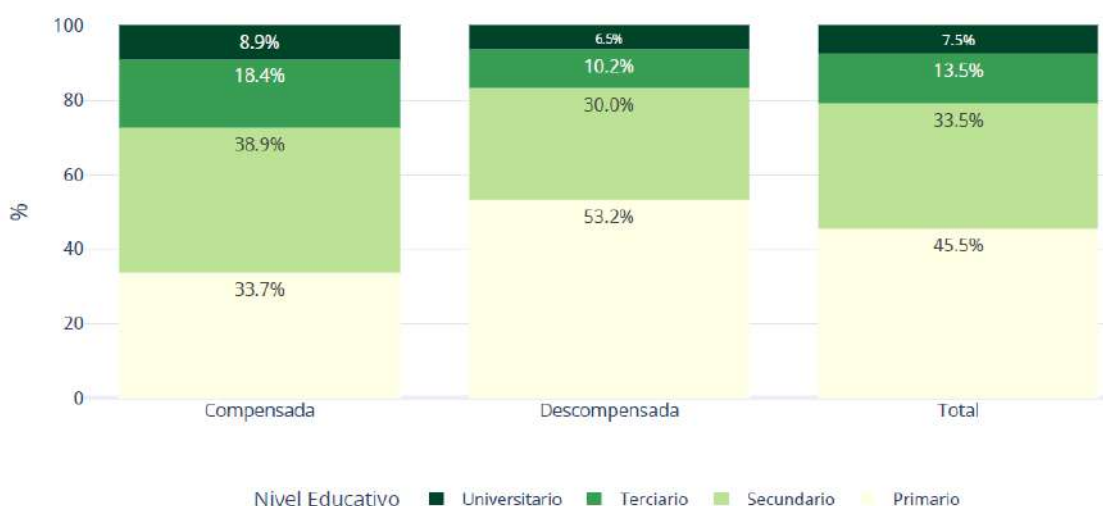


Gráfico 24. Nivel educativo

Hubo 39 casos de ACLF (falla hepática aguda sobre crónica): 20 pacientes ACLF 1a/b, 14 pacientes ACLF 2, 5 pacientes ACLF 3), 37 sobre descompensación aguda, lo que corresponde a un 11% de los pacientes que se diagnosticaron con cirrosis descompensada.

Aproximadamente la mitad de los pacientes con MASLD fueron diagnosticados en fase de cirrosis compensada, a diferencia de pacientes con cirrosis por alcohol, MetALD y hepatitis autoinmune, en los que el 80%, el 70 % y el 72 % respectivamente fueron diagnosticados en fase de cirrosis descompensada. El 68% de los pacientes con hepatitis C se diagnosticaron en fase compensada, ésta se reduce al 57% cuando al virus C se le asocia otra etiología (Tabla 1).

Etiología	Compensada	Descompensada	Total	% descomp
MASLD	108	114	222	51,4
Alcohol	30	114	144	79,2
MetALD	15	33	48	68,8
HAI	11	28	39	71,8
CBP	14	16	30	53,3
HCV	24	11	35	31,4

Tabla 1. Etiología según el estadio de cirrosis. Tabla de contingencia 6x2

La principal etiología de los pacientes diagnosticados en fase de cirrosis compensada fue el MASLD 48% y luego, en mucha menor proporción, las otras etiologías: alcohol 13%, hepatitis C 11%, MetALD, CBP, HAI. Las principales etiologías de los pacientes que se presentaron con cirrosis descompensada fueron el alcohol y el MASLD, ambas en similar proporción de un 32% cada una (Gráficos 25 y 26).

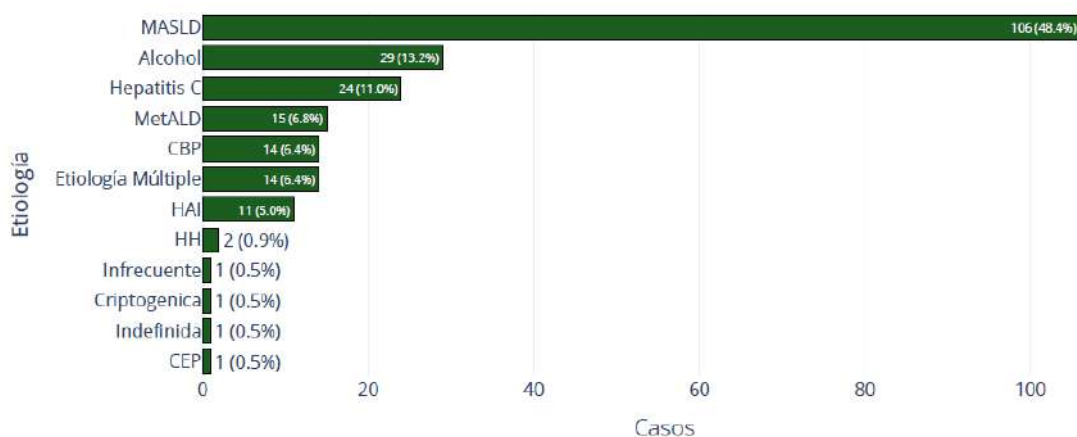


Gráfico 25. Etiología cirrosis compensada - 219 casos

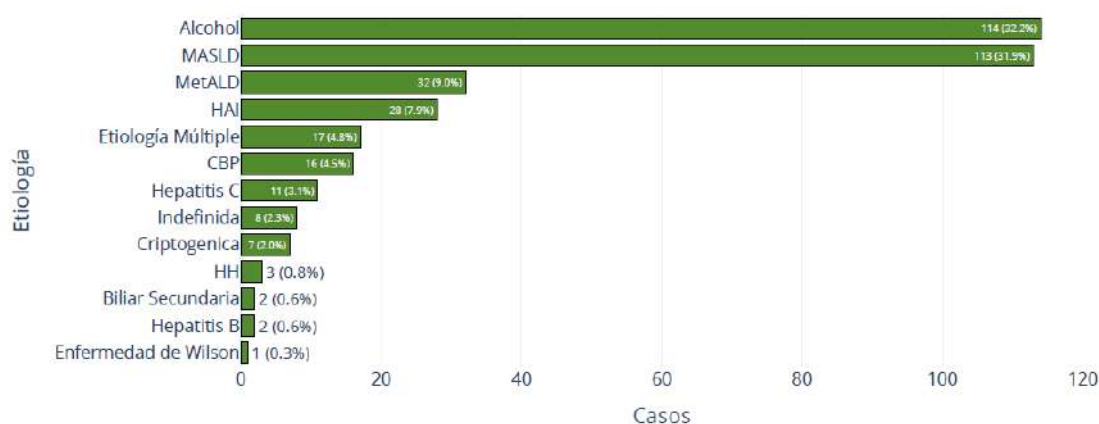


Gráfico 26. Etiología cirrosis descompensada - 354 casos

Para las etiologías MASLD, alcohol y hepatitis C existen claras diferencias significativas en cuanto al riesgo de presentarse en fase descompensada: los pacientes de etiología alcohol tienen 3,24 más chances de presentarse en fase de cirrosis descompensada con respecto a las otras etiologías. Lo contrario ocurre con la etiología MASLD y hepatitis C. Los pacientes con MASLD tienen la mitad de probabilidades de estar descompensados con respecto a las otras etiologías y esta probabilidad es aún mucho menor en la etiología por hepatitis C (Tabla 2 y Gráfico 27).

Etiología	n	% descomp.	OR	IC 95%	P valor	P valor ajustado (BHI)	Sig.
MASLD	222	51.4	0.49	[0.34-0.70]	0.0001	0.0004	Sí
Alcohol	144	79.2	3.24	[2.06 - 5.08]	<0.0001	<0.0001	Sí
MetALD	48	68.8	1.45	[0.77 - 2.75]	0.2793	0.3351	
HAI	39	71.8	1.69	[0.82 - 3.47]	0.1739	0.2608	
CBP	30	53.3	0.72	[0.34 - 1.50]	0.4413	0.4413	
HCV	35	31.4	0,27	[0.13 - 0.56]	0.0003	0.0006	Sí

Tabla 2. Etiología según estadio de cirrosis. Test exacto de Fisher. Cada etiología versus el resto

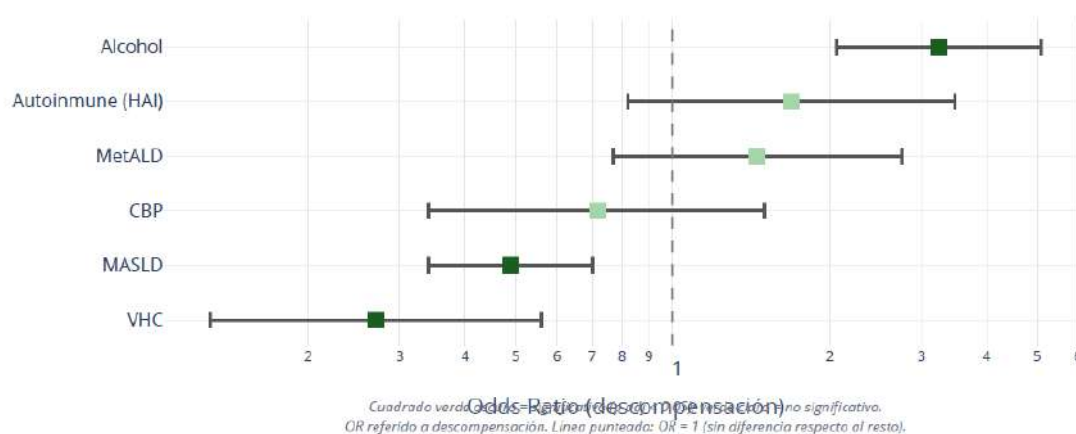


Gráfico 27. Etiología según estadio de cirrosis. Forest Plot OR. Cada etiología versus el resto

Con respecto a los scores de funcionalidad hepática, la cirrosis por alcohol y por hepatitis autoinmune presentaron mayor severidad con respecto a otras etiologías, con una mediana de MELD-Na de 14,5 y 15 respectivamente. La mediana de MELD-Na para MASLD y hepatitis C fue de 9. Esto se repite con la clasificación de Child-Pugh: la cirrosis por alcohol y por hepatitis autoinmune tuvieron una mediana de Child de 9 y 8 puntos respectivamente y la cirrosis por MASLD y por hepatitis C, de 6 y 5 puntos respectivamente. Los pacientes con etiología alcohólica presentan una severidad clínica y analítica significativamente mayor que aquellos con MASLD o

hepatitis C. La hepatitis autoinmune muestra una tendencia consistente hacia la mayor severidad clínica dentro de la cohorte, igualando o superando los scores de la etiología alcohólica, aunque el tamaño de la muestra es más acotado (39). Esta tendencia a mayor severidad también se observa en pacientes con MetALD (Tabla 3).

Etiología	n	Child-Pugh mediana	Child-Pugh RIC	MELD-Na mediana	MELD-Na RIC	MELD 3.0 mediana	MELD 3.0 RIC
MASLD	225	6	[5,0-8,0]	9	[7,0-12,0]	10	[8,0-13,0]
Alcohol	144	9	[7,0-10,0]	14,5	[10,0-20,0]	15	[11,0-20,0]
MetALD	48	8	[6,0-11,0]	12	[8,8-19,0]	12	[9,0-19,0]
HAI	41	8	[7,0-9,0]	15	[11,0-20,0]	15,5	[12,0-22,0]
HCV	35	5	[5,0-7,0]	9	[7,0-13,0]	9	[8,0-12,0]

*RIC: Rango intercuartílico [p25-p75]

Tabla 3. Estadísticas descriptivas de scores por etiología

7.6 Complicaciones de la cirrosis

Las complicaciones consideradas en esta revisión son: ascitis, encefalopatía hepática, síndrome hepatorenal y hemorragia digestiva variceal. El hepatocarcinoma será evaluado más adelante en el informe. La hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) tiene un subanálisis debido a su relevancia pronóstica.

Como se puede observar en el gráfico 28, más de la mitad de los casos evaluados, el 61,8%, presentan descompensación de la cirrosis.

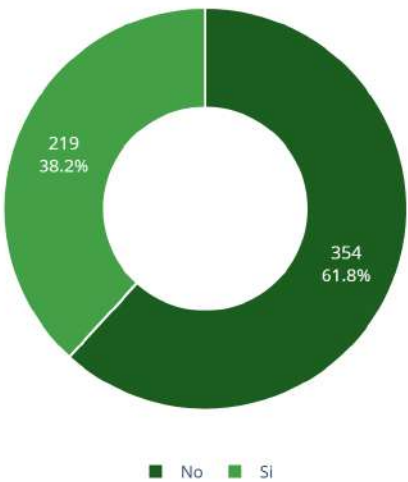


Gráfico 28. Proporción de cirrosis compensada y descompensada

Un poco más de 3/4 de la población presenta HPCS al diagnóstico (76,6%), a la que no consideraremos como complicación de la cirrosis, sino como una etapa evolutiva que modifica su pronóstico (Gráfico 29). De estos datos se desprende que se llega al diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad.

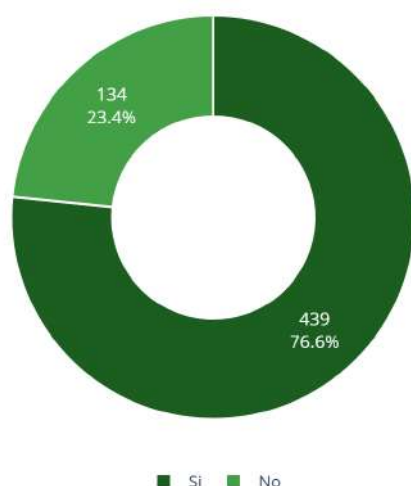


Gráfico 29. Pacientes con hipertensión portal clínicamente significativa

La complicación más frecuente detectada fue la ascitis (47,8%), siendo la forma de presentación moderada la de mayor frecuencia en este grupo. El síndrome hepatorrenal fue detectado en frecuencias muy bajas respecto a otras publicaciones internacionales (1,4%). Debemos cuestionarnos si tiene relación con una mejoría de los tratamientos, a un subdiagnóstico, a una presentación fenotípica de pacientes diferentes a otros países, a tener población ambulatoria prevalente en este grupo de pacientes o otros motivos a considerar. La hemorragia digestiva variceal fue la forma de presentación más frecuente de sangrado digestivo con diferencias significativas respecto a otras presentaciones. Los grados de encefalopatías leves a moderados (I y II), fueron formas de presentación más frecuentes estadísticamente, respecto a las formas severas (III y IV).

Las complicaciones pueden presentarse simultáneamente (Tabla 4) y, a mayor cantidad de complicaciones, mayor descompensación de la cirrosis, aunque ya la aparición de un solo evento cambia drásticamente el pronóstico del paciente (Gráfico 30).

Complicación	Ascitis	Encefalopatía	HDV	SHR
Ascitis	274 (47,8%)	98 (17,1%)	41 (7,2%)	8 (1,4%)
Encefalopatía	98 (17,1%)	130 (22,7%)	21 (3,7%)	6 (1,0%)
HDV	41 (7,2%)	21 (3,7%)	73 (12,7%)	1 (0,2%)
SHR	8 (1,4%)	6 (1,0%)	1 (0,2%)	8 (1,4%)

Tabla 4. Co-ocurrencia de complicaciones en pacientes con cirrosis. HDV: hemorragia digestiva variceal. SHR: síndrome hepatorrenal.



Gráfico 30. Co-ocurrencia de complicaciones diferenciando pacientes con cirrosis compensada y descompensada

Analizaremos a continuación los datos de cada uno de los tipos de complicaciones de la cirrosis.

7.6.1 Ascitis

La ascitis es la complicación más frecuentemente observada. Está presente casi en la mitad de los pacientes evaluados (47,8% - 274 pacientes) (Gráfico 31). De éstos, la forma más frecuente de presentación es la moderada, en la mitad de los casos (52,2%); siendo las formas leves y severas, los cuartos restantes (23,4 y 24,5% respectivamente) (Gráfico 32).

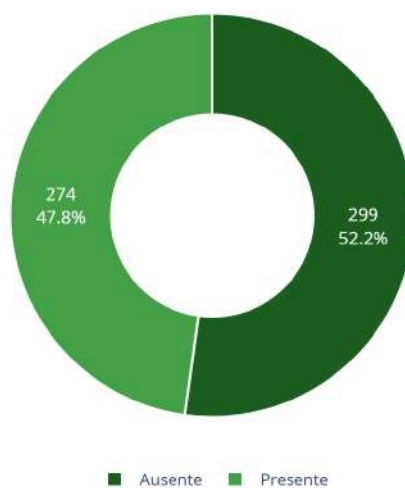


Gráfico 31. Pacientes con ascitis

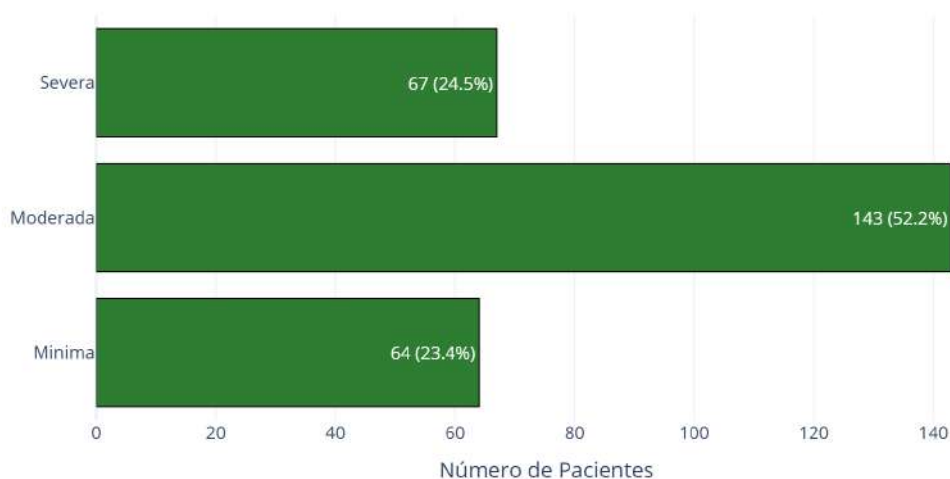


Gráfico 32. Grado de severidad de la ascitis

Es relevante mencionar que 205 de los 274 pacientes (3/4 de los mismos, 74,8%) consultaron por ascitis. Siendo una complicación de relevancia para el pronóstico de estos pacientes, es importante la búsqueda activa, considerando que en 1/4 de los casos constituyó un hallazgo en los estudios de imágenes.

7.6.2 Injuria renal

La injuria renal es la menos frecuente de las complicaciones reportadas, siendo menor al 10% de los casos (8,77%) (Gráfico 33). Solo 8 pacientes, el 1,4% de los casos, presentó el subtipo de injuria renal asociado a cirrosis: síndrome hepatorenal (Gráfico 34).

Es una frecuencia que impresiona ser baja respecto a los reportes de la literatura en esta población de pacientes, siendo en parte probablemente explicada en que el 75% (429 pacientes de 573) de la población evaluada al diagnóstico fue ambulatoria.

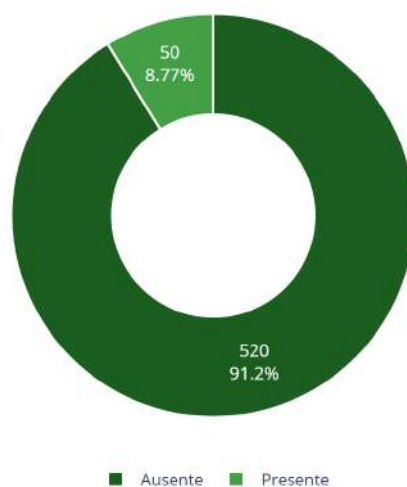


Gráfico 33. Presencia de injuria renal en pacientes con cirrosis - total 570 pacientes



Gráfico 34. Tipos de injuria renal en pacientes con cirrosis - total 50 pacientes

Esta situación nos deja los siguientes interrogantes: ¿se encuentra subdiagnosticada? ¿Es infravalorada? ¿Ha mejorado en el tratamiento de la descompensación y por eso hay menos casos? ¿La estadística no diferencia esta prevalencia entre pacientes ambulatorios e internados? ¿Tenemos una población con un comportamiento fenotípico diferente a otras regiones?

La mitad de estos pacientes presentaron estadios iniciales y reversibles de injuria renal (50%), dato que nos puede resaltar la relevancia de mantener siempre un buen estado de hidratación y el cuidado del uso de betabloqueantes y diuréticos en dicha población.

7.6.3 Encefalopatía hepática

Es la segunda complicación reportada en frecuencia, con una frecuencia levemente menor al cuarto de los pacientes (22,7%) (Gráfico 35).

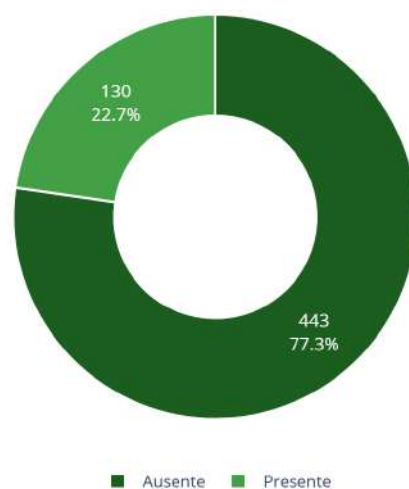


Gráfico 35. Presencia de encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis

Los grados de encefalopatía más frecuentes son el grado II y el grado I, en ese orden. La diferencia en frecuencia de presentación entre el grado II y grado I es pequeña (46,9% vs 41,5%), siendo mucho más frecuente que los grados III y IV, que juntos representan solo el 11,5% (Gráfico 36). Esta diferencia es estadísticamente significativa: los grados III y IV tienen un OR 0,13 (IC 95% 0,073-0,23), con $p < 0,0001$.

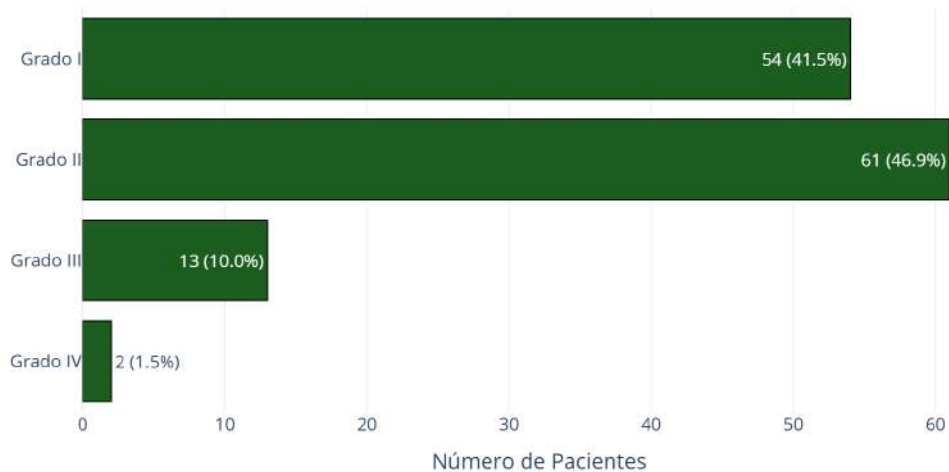


Gráfico 36. Grados de encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis - Total pacientes 130

7.6.4 Hemorragia digestiva variceal

Se produjo hemorragia digestiva en 105 pacientes - un 18,3% de los pacientes con cirrosis (Gráfico 37). La hemorragia digestiva variceal fue la primera causa de hemorragia digestiva en esta población, siendo cercano al 70% (69,5% - 73 pacientes). Esta diferencia respecto a otras formas de presentación fue estadísticamente significativa: OR 0,43 (IC 95% 0,26-0,71), $p=0,0011$ (Gráfico 38).

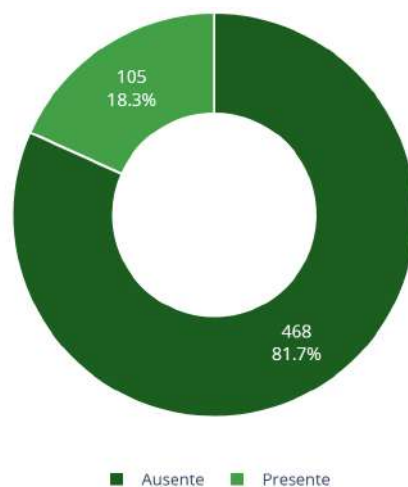


Gráfico 37. Presencia de hemorragia digestiva en pacientes con cirrosis

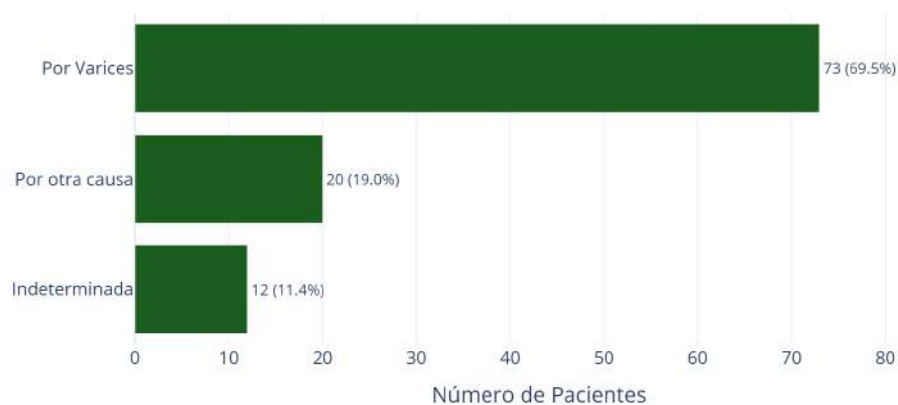


Gráfico 38. Causas de hemorragia digestiva en pacientes con cirrosis

En un 74% de los pacientes con cirrosis se realizó videoendoscopia digestiva alta (VEDA) (424 de 573), detectándose en un 66% (283 de 424) presencia de várices esofagogástricas. Se desprende que es más probable detectar várices que no detectarlas, si se realiza un estudio endoscópico, en este grupo poblacional (Gráfico 39). Cuando se detectan, en su mayoría están en estadios más avanzados – grandes (60% - 171 de 283). Un tercio de la población con VEDA, 33,3% (141/424), no tenía várices y un poco más de 1/4, 26,4% (112/424), tenía várices pequeñas (Gráfico 40).

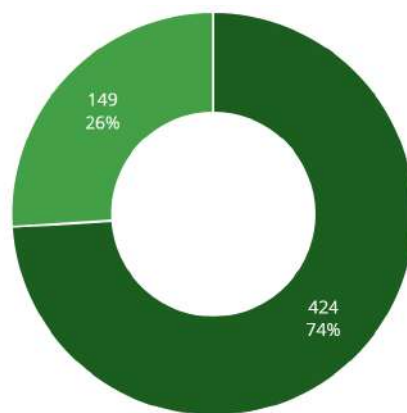


Gráfico 39. Pacientes con cirrosis a quienes se les realizó VEDA - Total 424 casos

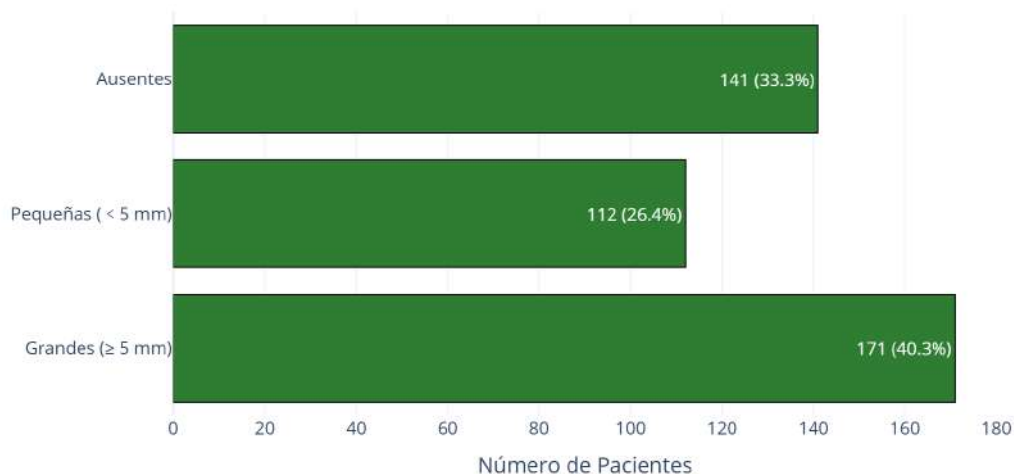


Gráfico 40. Presencia o ausencia de várices y grado de las mismas en pacientes con cirrosis a los que se les realizó VEDA - Total 424 casos

7.6.5 Hipertensión portal clínicamente significativa

Más de 3/4 de los pacientes con cirrosis (76,6%) presentan hipertensión portal clínicamente significativa (Gráfico 29). Sin dudas, el diagnóstico de la enfermedad sucede cuando los niveles de hipertensión portal presentan manifestaciones clínicas, lo que se corresponde con etapas avanzadas de la enfermedad. Clínicamente debutan con ascitis, presencia de várices esofágicas o ambos (Gráfico 41).

Es relevante mencionar que existe un grupo significativo de pacientes con HPCS que no se detectarían clínicamente si no se realizaran estudios de mayor complejidad, tales como elastografía o VEDA.



Gráfico 41. Eventos clínicos de la hipertensión portal clínicamente significativa (total: 439 pacientes)

7.7 Hepatocarcinoma

Se analizaron 32 casos (5,58%) de los 573 registrados. Esta proporción de pacientes presentó diagnóstico de hepatocarcinoma (HCC), de los cuales 22 casos (68,8%) estaban descompensados al diagnóstico. Los datos demográficos informaron pacientes de sexo masculino: 24 (75%) y mediana de edad 69 años.

Con respecto a la distribución por edad y sexo, si bien la muestra poblacional es pequeña, revela que los rangos 60-69 y 70-79 años presentan la mayor frecuencia de casos. Estos grupos superan ampliamente a los demás rangos etarios, sobre todo en la población masculina (Gráfico 42).



Gráfico 42. Distribución por edad y sexo

Al analizar el sistema de salud y el tipo de cobertura médica de los pacientes atendidos con diagnóstico de HCC, se observa que el 62,5% utiliza obra social, el 9,38% se atiende bajo sistema privado y el 28,1% realiza sus consultas y controles mediante el sistema público (Gráfico 43).

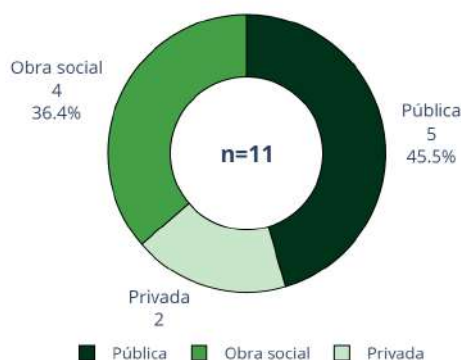


Gráfico 43. Servicio de salud médico

La etiología más frecuente entre los pacientes con HCC fue MASLD, presente en 13 casos (40,6%), seguida por hepatitis C con 11 casos (34,4%) y el consumo de alcohol con 10 casos (31,2%). Estas tres causas concentraron la mayor parte de los

factores etiológicos identificados en el grupo cohorte. Finalmente, MetALD registró 3 casos (9,4%) y las hepatitis autoinmunes (HAI) 1 solo caso (3,1%). Cabe señalar que cada paciente pudo haber presentado más de una etiología (Gráfico 44).

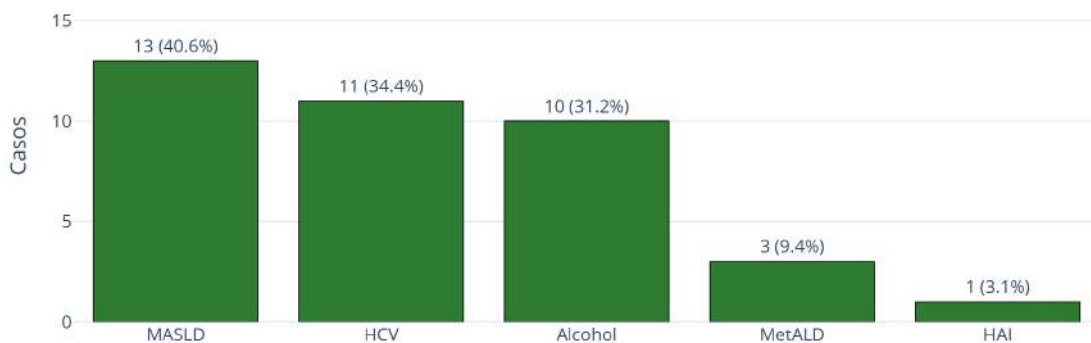


Gráfico 44. Etiología en pacientes con HCC

El sistema de estadificación del Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC), arrojó los siguientes resultados (Gráfico 45):

- BCLC 0 – 1 caso (3,1%)
- BCLC A – 6 casos (18,8%)
- BCLC B – 5 casos (15,6%)
- BCLC C – 5 casos (15,6%)
- BCLC D – 5 casos (15,6%)
- BCLC INDETERMINADO – 10 casos (31,2%)

Estos números revelan el diagnóstico tardío con descompensación al momento del hallazgo, pero con un 37,5% de estadio 0, A y B al diagnóstico se podría afirmar que la detección precoz se obtiene porque los pacientes son evaluados por especialistas hepatólogos. La posibilidad de contar con profesionales adecuados, con mayor conocimiento en el tema, permite un manejo correcto de la patología. Los casos indeterminados quizás puedan explicarse, en parte, por deficiencias operativas en la estadificación.

A 7 de los pacientes con HCC se les realizó una elastografía hepática, con valores de 11,1 a 47 kPa, siendo la mediana de 19,4. Por su parte, el valor de FIB-4, calculado en 32 pacientes, varió entre 1,2 y 13,7, con una mediana de 4,9.

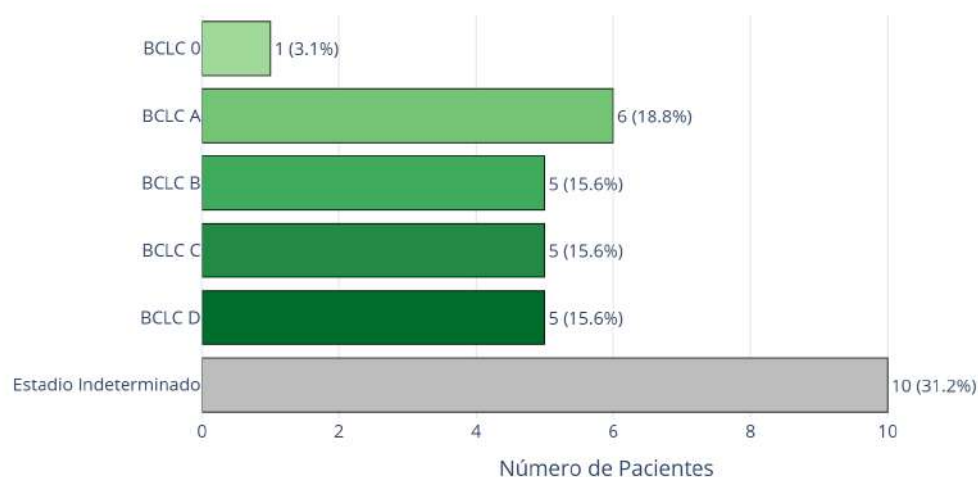


Gráfico 45. Estadificación según Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC)

En los 22 casos descompensados encontramos, como causa aparente de descompensación, infección bacteriana en 3 pacientes (13,6%), consumo de alcohol en 2 pacientes (9,1%), sin causa aparente en 8 pacientes (36,4%) y finalmente 7 pacientes (31,8%) obedecieron a otras causas (Gráfico 46). El HCC podría ser causa suficiente de descompensación. Cabe reflexionar sobre la necesidad de implementar programas más eficaces de tamizaje y prevención de cirrosis y hepatocarcinoma.

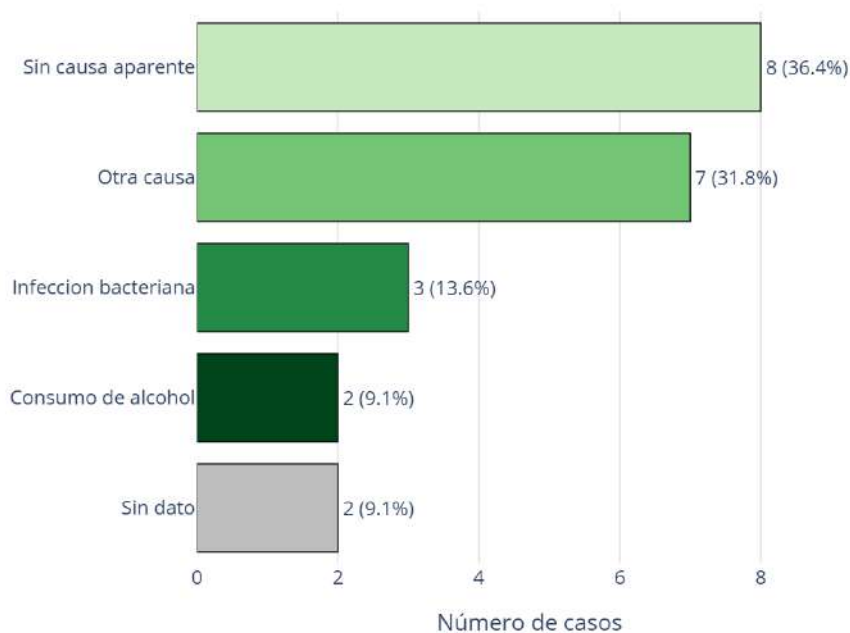


Gráfico 46. Causas de descompensación

7.8 Trasplante hepático y mortalidad semana 12

7.8.1 Introducción

La cirrosis constituye la principal causa de mortalidad de origen hepático a nivel mundial y su carga continúa en aumento, impulsada por el crecimiento de los factores de riesgo metabólicos y del consumo de alcohol. En las últimas dos décadas, la epidemiología etiológica de la cirrosis ha experimentado una transición sostenida: la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) ha desplazado progresivamente a las hepatitis virales como causa predominante. Esta tendencia ha sido documentada de manera consistente en América Latina. En México, una serie multicéntrica reciente de 2182 pacientes identificó a MASLD como la primera causa de cirrosis (42,8%), seguida por la enfermedad por alcohol (23,8%) y el virus de la hepatitis C (12,2%), revirtiendo el predominio viral/alcohólico descrito a comienzos de siglo (Méndez-Sánchez et al., 2025). En el ámbito sudamericano, el estudio multicéntrico de la *South American Liver Research Network* (SALRN), que incluyó 1780 pacientes de seis países, entre ellos 242 de la Argentina, confirmó a MASLD como etiología líder (34,1%), seguida por las causas virales (19,8%), la enfermedad autoinmune/colestásica (18%) y el alcohol (16,3%) (Prieto et al., 2026). Este patrón contrasta con la composición etiológica de cohortes argentinas de hace una década, en las que la hepatitis C y el alcohol dominaban las indicaciones de trasplante (Haddad et al., 2018).

7.8.2 Población evaluada y proceso de trasplante

Durante 2025 se registraron 573 casos de cirrosis en el Observatorio. De ellos, 70 (12,2%) fueron evaluados para trasplante hepático (TH). La gran mayoría de los evaluados presentaba cirrosis descompensada (60; 85,7%), mientras que solo 10 (14,3%) se encontraban compensados al momento de la evaluación.

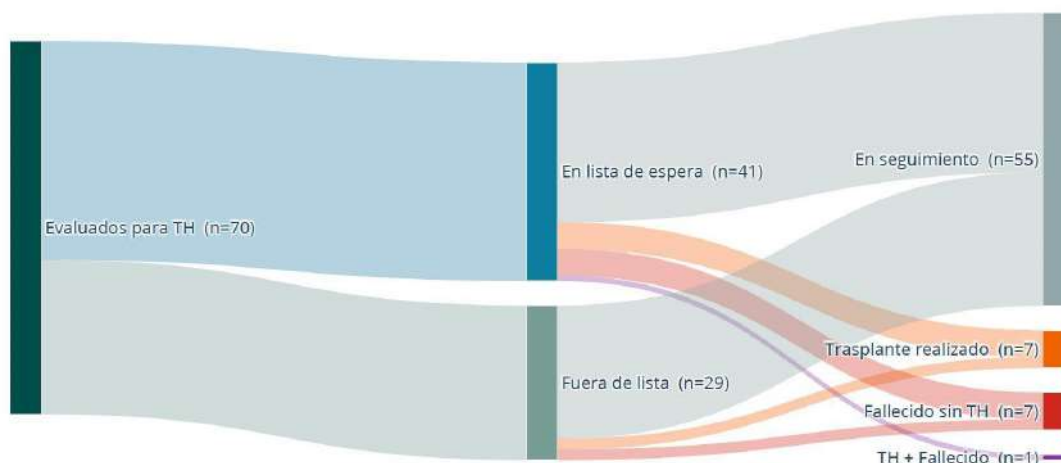


Gráfico 47. Desenlaces de los 70 pacientes evaluados para TH: estado respecto de la lista de espera (en lista / fuera de lista) y desenlace al corte del informe (en seguimiento, trasplante realizado, fallecido sin TH, TH + fallecido)

De los 70 pacientes evaluados, 41 ingresaron a la lista de espera y 29 quedaron fuera de lista (Gráfico 47). En total se realizaron 8 trasplantes (7 pacientes vivos y 1 fallecido tras el procedimiento).

Se registraron asimismo 8 fallecimientos entre los evaluados (7 sin TH y 1 luego del TH). Seis ocurrieron en pacientes que estaban en lista de espera, 5 sin haber recibido el trasplante (en rojo en el Gráfico 47) y 1 tras el trasplante, y 2 en pacientes fuera de lista. Al cierre del informe, 55 pacientes permanecían en seguimiento.

7.8.3 Características demográficas y clínicas (n=70)

La mediana de edad fue de 57,5 años (rango 19–73), con predominio masculino (46 varones; 65,7%). La cobertura más frecuente fue la obra social (51,4%), seguida por el sistema público (28,6%) y el privado (20,0%). El diagnóstico se había realizado en el ámbito ambulatorio en el 64,3% de los casos. El motivo de consulta más frecuente fue la ascitis (47,1%), seguida por la encefalopatía hepática (24,3%) y las alteraciones bioquímicas (17,1%); un tercio de los pacientes (34,3%) presentó más de un motivo de consulta.

En cuanto a la gravedad, la mediana de MELD-Na fue 17 y la de score de Child-Pugh, 9, con 40,0% de los pacientes en grado C y 47,1% en grado B. El perfil bioquímico mostró hipoalbuminemia (mediana 2,9 g/dl) y trombocitopenia (mediana de plaquetas $109 \times 10^3/\mu\text{l}$), hallazgos consistentes con hipertensión portal avanzada; entre quienes contaban con endoscopia (n=63), el 55,6% presentaba várices grandes (≥ 5 mm). La etiología se detalla más adelante (Gráfico 48).

Variable	n	Media $\pm$ DE	Mediana	Rango
Edad (años)	70	56,5 $\pm$ 10,7	57,5	19,0–73,0
IMC (kg/m ²)	61	28,6 $\pm$ 5,8	27,1	19,0–45,4
FIB-4	70	6,4 $\pm$ 4,0	5,5	1,3–19,0
MELD-Na	70	16,4 $\pm$ 6,5	17,0	6,0–29,0
MELD 3.0 ^a	68	17,9 $\pm$ 9,9	17,5	6,0–78,0
Score de Child-Pugh	70	9,0 $\pm$ 2,2	9,0	5,0–13,0
Bilirrubina total (mg/dL)	70	3,8 $\pm$ 3,9	2,2	0,3–16,0
ALT ($\times$ LSN) ^b	70	2,3 $\pm$ 3,4	1,0	0,2–23,0
AST ($\times$ LSN) ^b	70	3,0 $\pm$ 5,0	1,7	0,3–34,0
FAL ($\times$ LSN) ^b	70	1,9 $\pm$ 2,0	1,2	0,4–15,5
GGT ($\times$ LSN) ^b	62	3,1 $\pm$ 3,9	2,0	0,1–24,0
Albúmina (g/dL)	70	2,9 $\pm$ 0,6	2,9	1,0–4,3
Tiempo de protrombina (%)	63	61,3 $\pm$ 22,0	62,0	0,0–100,0
RIN	70	1,4 $\pm$ 0,4	1,3	1,0–3,0
Creatinina (mg/dL)	69	1,0 $\pm$ 0,8	0,9	0,4–7,0

Variable	n	Media $\pm$ DE	Mediana	Rango
Sodio (mEq/L)	69	136,5 $\pm$ 4,8	137,0	121,0–146,0
Plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	70	125,7 $\pm$ 104,6	109,0	32,0–693,0

^a El valor máximo de MELD 3.0 (78) excede el tope habitual del score (40) y probablemente corresponde a un dato atípico de carga; la mediana es más representativa. ^b Transaminasas, FAL y GGT registradas como cociente respecto al límite superior normal ($\times$ LSN), según protocolo del registro.

Tabla 5. Variables continuas — evaluados para TH (n=70)

Variable	n (%)
Sexo	
Masculino	46 (65,7)
Femenino	24 (34,3)
Cobertura de salud	
Obra social	36 (51,4)
Pública	20 (28,6)
Privada	14 (20,0)
Ámbito al diagnóstico	
Ambulatorio	45 (64,3)
Internación	25 (35,7)
Estado de la cirrosis	
Descompensada	60 (85,7)
Compensada	10 (14,3)
Grado de Child-Pugh	
A (5–6)	9 (12,9)
B (7–9)	33 (47,1)
C (10–15)	28 (40,0)
Etiología (un paciente puede tener más de una)	
MASLD	20 (28,6)
Alcohol	14 (20,0)
Hepatitis autoinmune	13 (18,6)
MetALD	9 (12,9)
Hepatitis C	7 (10,0)
Colangitis biliar primaria (CBP)	4 (5,7)
Biliar secundaria	2 (2,9)
Indefinida	1 (1,4)
Hepatitis B	1 (1,4)
Hemocromatosis	1 (1,4)
Enfermedad de Wilson	1 (1,4)

Variable	n (%)
Colangitis esclerosante primaria (CEP)	1 (1,4)
Motivo de consulta (un paciente puede tener más de uno)	
Ascitis	33 (47,1)
Encefalopatía hepática	17 (24,3)
Otro	16 (22,9)
Alteraciones bioquímicas	12 (17,1)
Hemorragia digestiva	11 (15,7)
Presencia de várices	7 (10,0)
Imágenes	7 (10,0)
Infección	2 (2,9)
Hepatitis por alcohol	1 (1,4)
Várices esofagogástricas (n=63 con endoscopia)	
Grandes (≥ 5 mm)	35 (55,6)
Pequeñas (< 5 mm)	21 (33,3)
Ausentes	7 (11,1)
Encefalopatía hepática (n=30 con encefalopatía)	
Grado I-II	25 (83,3)
Grado III-IV	5 (16,7)
Injuria renal (n=13 con injuria; 57 sin injuria)	
Prerrenal	7 (53,8)
Síndrome hepatorenal	3 (23,1)
Crónica	2 (15,4)
Indeterminada	1 (7,7)
Hepatocarcinoma	
Presente	10 (14,3)
Ausente	60 (85,7)
Estado respecto de la lista de espera	
En lista de espera	41 (58,6)
Fuera de lista	29 (41,4)
Desenlace al corte del informe	
En seguimiento	55 (78,6)
Trasplante realizado	7 (10,0)
Fallecido sin TH	7 (10,0)
TH + fallecido	1 (1,4)

Tabla 6. Variables categóricas — evaluados para TH (n=70)

7.8.4 Etiología

La distribución etiológica (Gráfico 42) estuvo encabezada por MASLD (28,6%), seguida por el alcohol (20,0%) y la hepatitis autoinmune (18,6%); MetALD (12,9%) y la hepatitis C (10,0%) completaron las causas más frecuentes. Consideradas en conjunto, las etiologías de causa metabólica (MASLD más MetALD) estuvieron presentes en el 41,4% de los pacientes, y las causas autoinmunes/colestásicas (hepatitis autoinmune, CBP y CEP) en el 25,7%, reflejando un peso conjunto considerable de la enfermedad autoinmune del hígado.

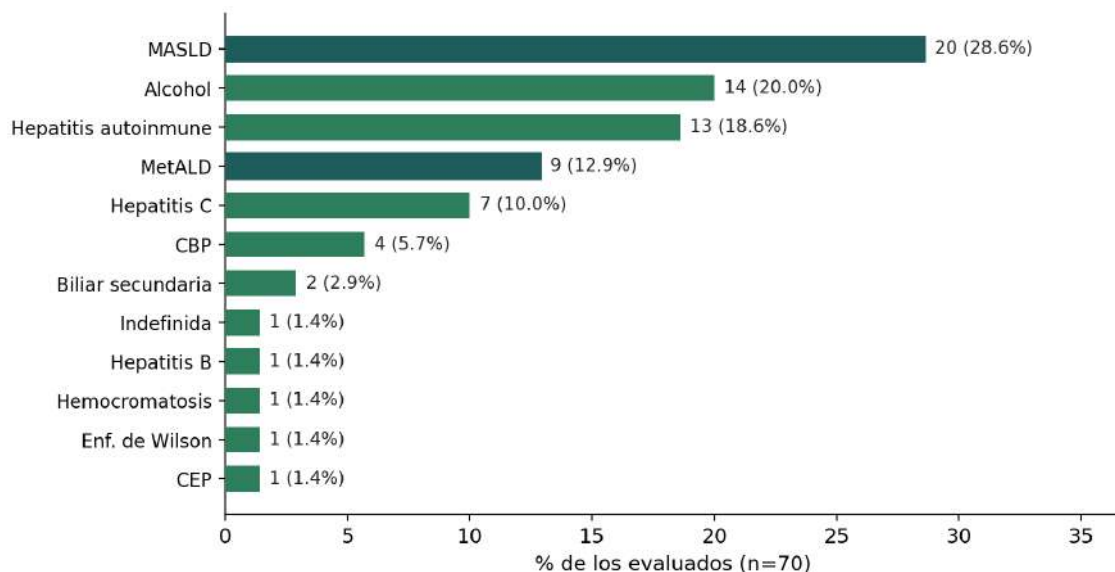


Gráfico 42. Etiología de la cirrosis en los evaluados para TH (n=70). Cada paciente puede tener más de una etiología; en color destacado, las causas de origen metabólico.

7.8.5 Subgrupo de cirrosis descompensada (n=60)

El subgrupo de cirrosis descompensada concentró la mayor parte de la cohorte evaluada (85,7%). Su perfil bioquímico fue similar al del conjunto total, con hiperbilirrubinemia (mediana 2,1 mg/dl), hipoalbuminemia (mediana 2,8 g/dl), RIN mediano de 1,3 y trombocitopenia (mediana $111 \times 10^3/\mu\text{l}$). El tipo de descompensación más frecuente fue la ascitis (61,7%), seguida por la encefalopatía hepática (40,0%), la ictericia (20,0%) y la hemorragia digestiva (16,7%) (Gráfico 43, Tabla 7). Más de la mitad de los pacientes (53,3%) presentó un único tipo de descompensación, mientras que el 26,7% presentó dos y el 10% tres o más; la combinación más frecuente fue ascitis con encefalopatía hepática (16 pacientes; 27%).

Variable	n (%)
Tipo de descompensación (un paciente puede tener más de uno)	
Ascitis	37 (61,7)
Encefalopatía hepática	24 (40,0)
Ictericia	12 (20,0)
Hemorragia digestiva	10 (16,7)
Número de tipos de descompensación por paciente	
1 tipo	32 (53,3)
2 tipos	16 (26,7)
3 tipos	5 (8,3)
4 tipos	1 (1,7)

Tabla 7. Tipo de descompensación — cirrosis descompensada (n=60)

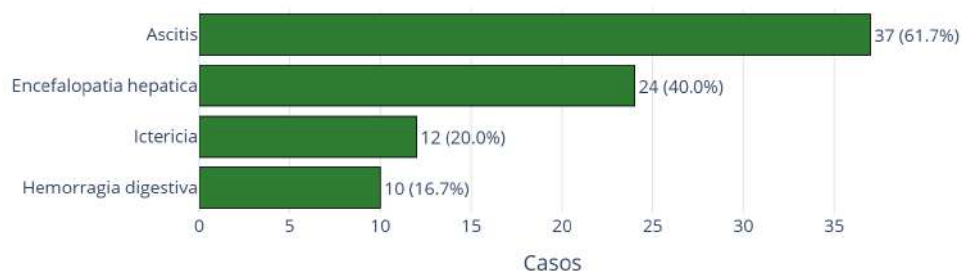


Gráfico 43. Tipo de descompensación en los pacientes descompensados evaluados para TH (n=60). Un paciente puede presentar más de un tipo

7.8.6 Hepatocarcinoma (HCC)

Se documentó hepatocarcinoma en 10 de los 70 pacientes evaluados (14,3%). La estadificación BCLC mostró un predominio de estadios tempranos: la mitad de los casos (5; 50%) correspondió a BCLC A, con un caso (10%) en cada uno de los estadios B, C y D, y dos casos (20%) sin estadio determinado (Gráfico 44). El HCC se presentó tanto en pacientes con cirrosis compensada como descompensada. El predominio de estadios tempranos en este subgrupo es coherente con su captación dentro de un proceso de evaluación para trasplante, en el que el HCC dentro de criterios constituye una indicación con priorización en la asignación de órganos.



Gráfico 44. Hepatocarcinoma por estadio BCLC en los pacientes con HCC (n=10)

7.8.7 Comparación con cohortes regionales

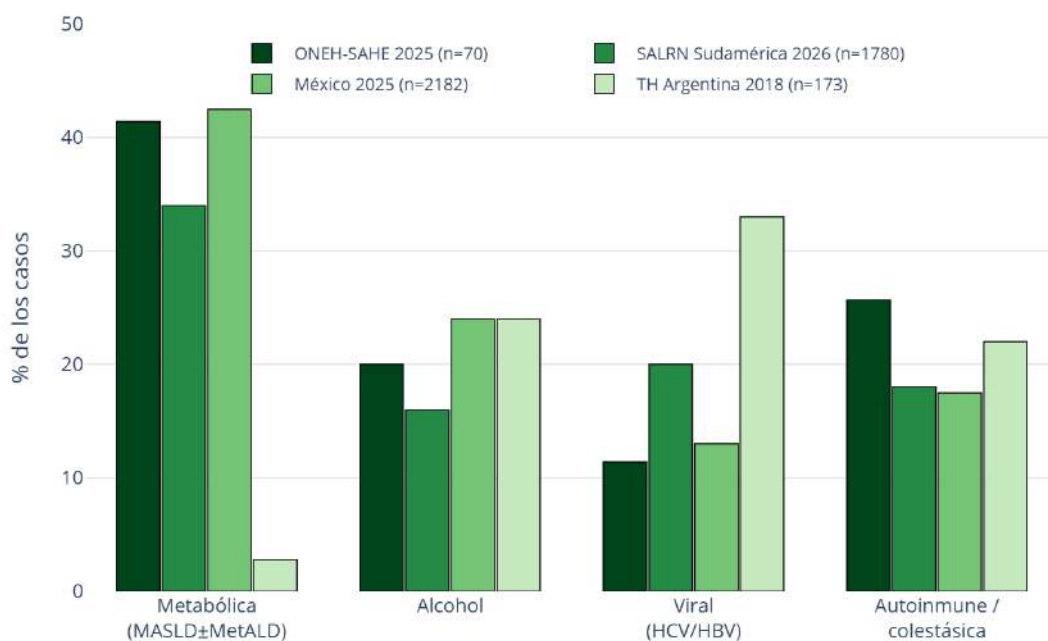


Gráfico 45. Distribución etiológica de la cohorte ONEH-SAHE frente a cohortes regionales contemporáneas e históricas. Las cohortes difieren en diseño, período y definiciones; la cohorte ONEH-SAHE admite más de una etiología por paciente, por lo que la comparación es orientativa. Fuentes: SALRN (registro completo, 6 países), Prieto et al., 2026; México, Méndez-Sánchez et al., 2025; TH Argentina, Haddad et al., 2018

La comparación con cohortes contemporáneas de la región (Gráfico 45) ubica a la experiencia argentina dentro de la transición etiológica latinoamericana. La proporción de causa metabólica en los evaluados para TH (41,4%) resulta comparable a la de la serie mexicana (MASLD 42,8%) y superior a la del registro sudamericano SALRN (34,1%), y contrasta de forma marcada con la cohorte de trasplante argentina de 2018, en la que la esteatohepatitis representaba apenas el 3% y la hepatitis C alcanzaba el 32% (Haddad et al., 2018). En sentido inverso, la contribución viral en nuestra cohorte (11,4%) es inferior a la del registro SALRN (19,8%) y a la serie mexicana, y muy por debajo del 33% de aquella cohorte de 2018, lo que refleja el impacto de los antivirales de acción directa sobre la hepatitis C.

La carga autoinmune/colestásica (25,7%) se mantiene elevada y en línea con el peso histórico de estas etiologías en la Argentina, donde la hepatitis autoinmune ha sido descrita incluso como principal causa de trasplante en situación de urgencia (Haddad et al., 2018) y donde la enfermedad autoinmune del hígado afecta a cerca de una quinta parte de los pacientes con cirrosis en el estudio SALRN. En cuanto a las complicaciones, el predominio de la ascitis como forma de descompensación (61,7% de los descompensados) coincide con su rol de complicación más frecuente tanto en la cohorte sudamericana de SALRN (ascitis 43,5% del total) como en la literatura regional.

Debe señalarse, no obstante, que la cohorte aquí descrita corresponde a pacientes en evaluación para trasplante, es decir, enfermedad avanzada y mayoritariamente descompensada (85,7%), a diferencia de las cohortes poblacionales o de centros de referencia en las que predomina la enfermedad compensada (51,9% en SALRN). Esta diferencia en la composición de las poblaciones debe tenerse presente al interpretar las comparaciones de gravedad y de complicaciones, y constituye precisamente una de las limitaciones que el Observatorio busca superar al incorporar progresivamente la cirrosis en todos sus estadios.

Referencias

1. Méndez-Sánchez N, Ramírez-Mejía MM, Zheng MH, et al. Changing Landscape of Liver Cirrhosis Etiologies. Arch Med Res. 2025;56:103240.
2. Prieto JE, Puentes DR, Mattos AZ, et al. Clinical, etiological, and demographic aspects of cirrhosis in South America: a report from the South American Liver Research Network. Ann Hepatol. 2026;31:102186.
3. Haddad L, Marciano S, Cleres M, et al. Characteristics of Liver Transplantation in Argentina: A Multicenter Study. Transplant Proc. 2018;50(2):478–484.

7.9 Etiologías de cirrosis más frecuentes

7.9.1 MASLD

Se analizaron 573 casos de cirrosis diagnosticados durante el año 2025, en nuestro país. MASLD fue la primera causa de cirrosis con 234 pacientes (40,8%) (Gráfico 46).

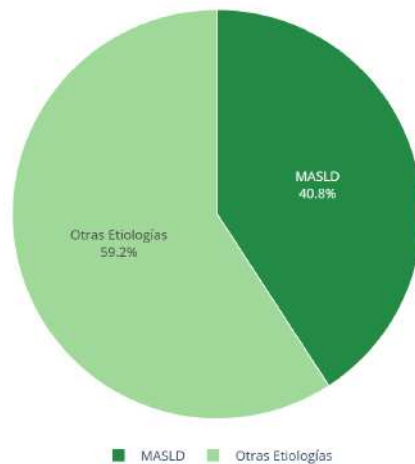


Gráfico 46. Porcentaje de casos de cirrosis con etiología MASLD

La distribución por sexo fue más importante para el sexo femenino con 63,7% (149 pacientes) y 36,3% para el masculino (85 pacientes) (Gráfico 47).

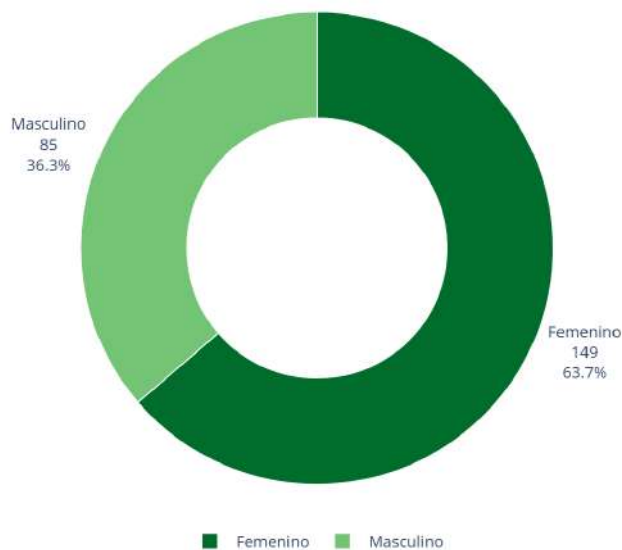


Gráfico 47. Distribución por sexo de los pacientes con cirrosis por MASLD

En nuestro país la distribución por sexo y por edad ocurre con mayor frecuencia en la sexta década de la vida. En cambio, en los países desarrollados en la población masculina, ocurre una década antes (Gráfico 48).

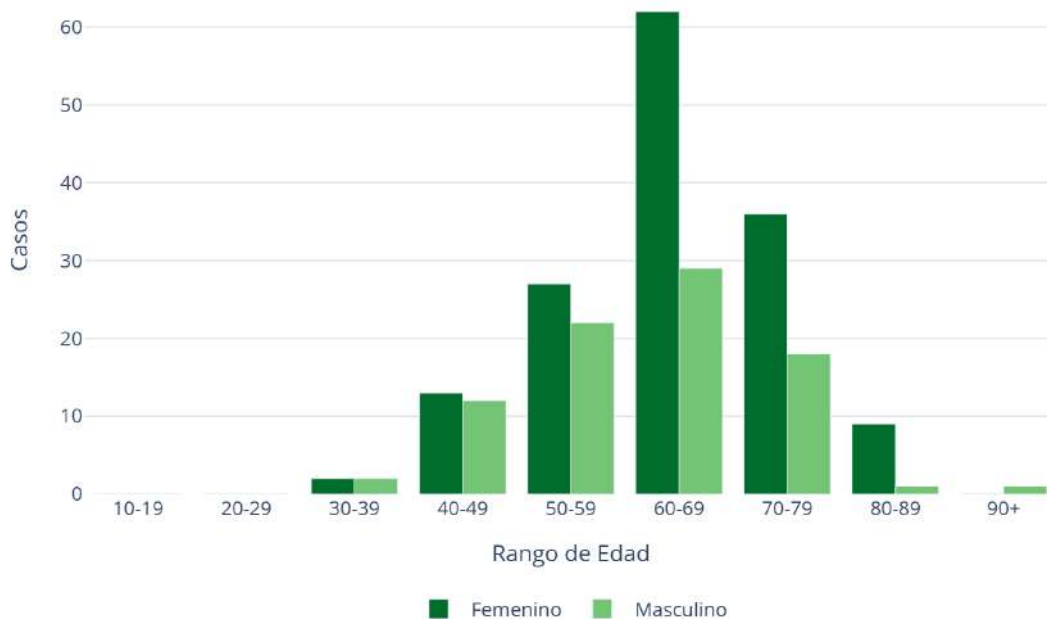


Gráfico 48. Distribución por edad y sexo de los pacientes con cirrosis por MASLD

Analizando la distribución por región, el número de casos fue más frecuente en el Noroeste, seguido por CABA y por Buenos Aires (Gráfico 49).

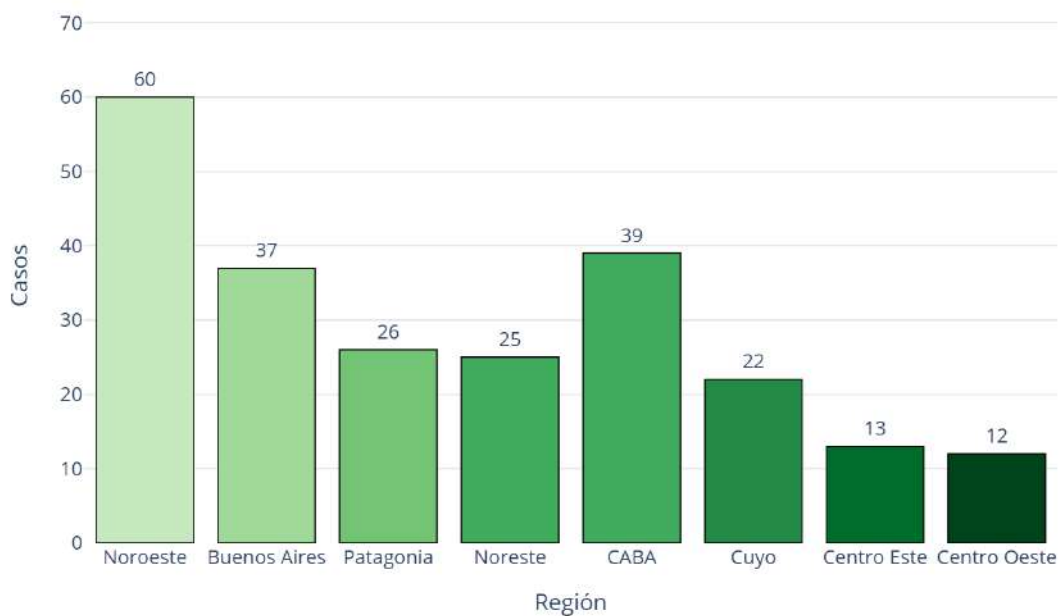


Gráfico 49. Distribución por región geográfica de los casos de cirrosis por MASLD

El motivo de consulta más frecuente fue por imágenes, como se observa en el gráfico 50.

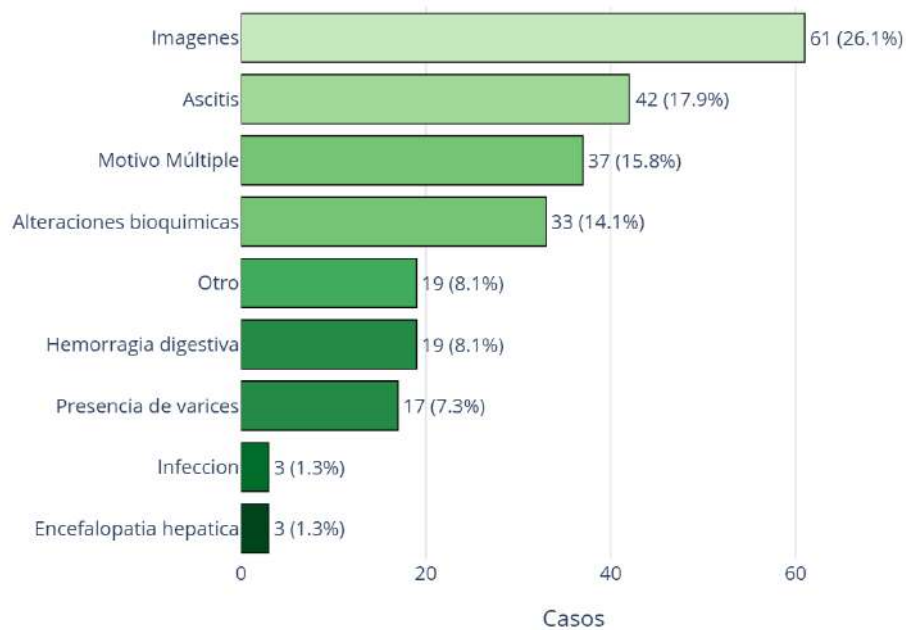


Gráfico 50. Motivos de consulta en pacientes con cirrosis por MASLD

Los pacientes con MASLD en general son asintomáticos y al diagnóstico se llega por hallazgos incidentales, como las imágenes o alteraciones del laboratorio. En esta población, las consultas principales fueron por imágenes y alteraciones del laboratorio, seguidos por descompensación de la enfermedad hepática, sin embargo, esta diferencia no es significativa (Gráfico 51).

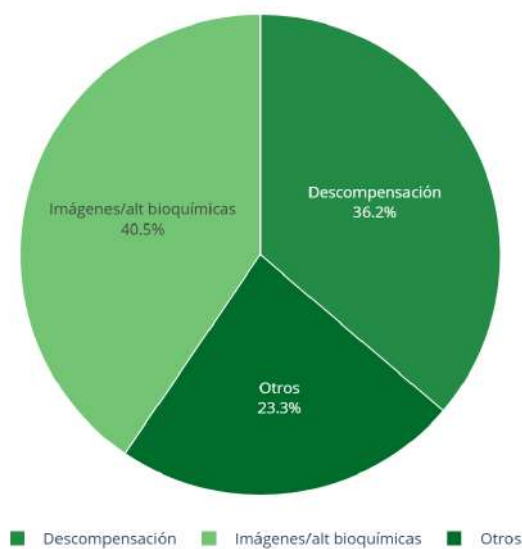


Gráfico 51. Principales motivos de consulta en pacientes con cirrosis por MASLD

La combinación más frecuente de motivos de consulta es entre imágenes y alteraciones bioquímicas (Tabla 8)



Tabla 8. Co-ocurrencia de motivos de consulta en pacientes con cirrosis por MASLD

El análisis de la muestra (n = 234) confirma que la disfunción metabólica en MASLD está fuertemente vinculada al exceso de peso y a las alteraciones del metabolismo de la glucosa, coexistiendo ambas condiciones en la mitad de la población estudiada (Gráfico 52).

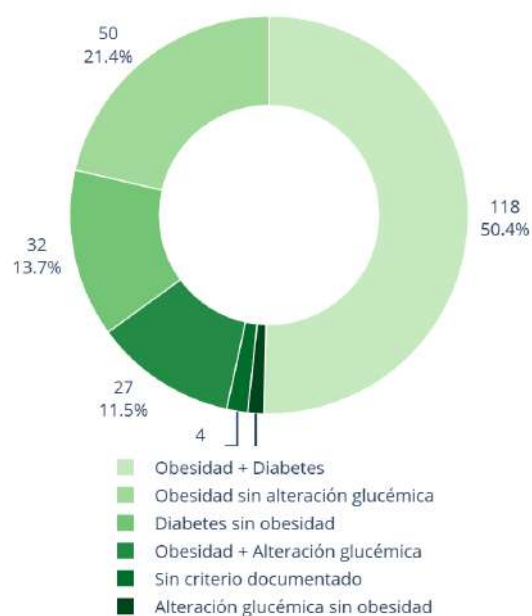


Gráfico 52. Factor metabólico predominante en pacientes con cirrosis por MASLD

Los datos obtenidos muestran que la obesidad asociada a diabetes representa más de la mitad de la muestra con 118 pacientes (50,4%). Siguiéndole en frecuencia la obesidad sin alteración glucémica con 50 pacientes (21,4%). La diabetes sin obesidad incluye a 32 pacientes (13,7%) (Gráfico 53).

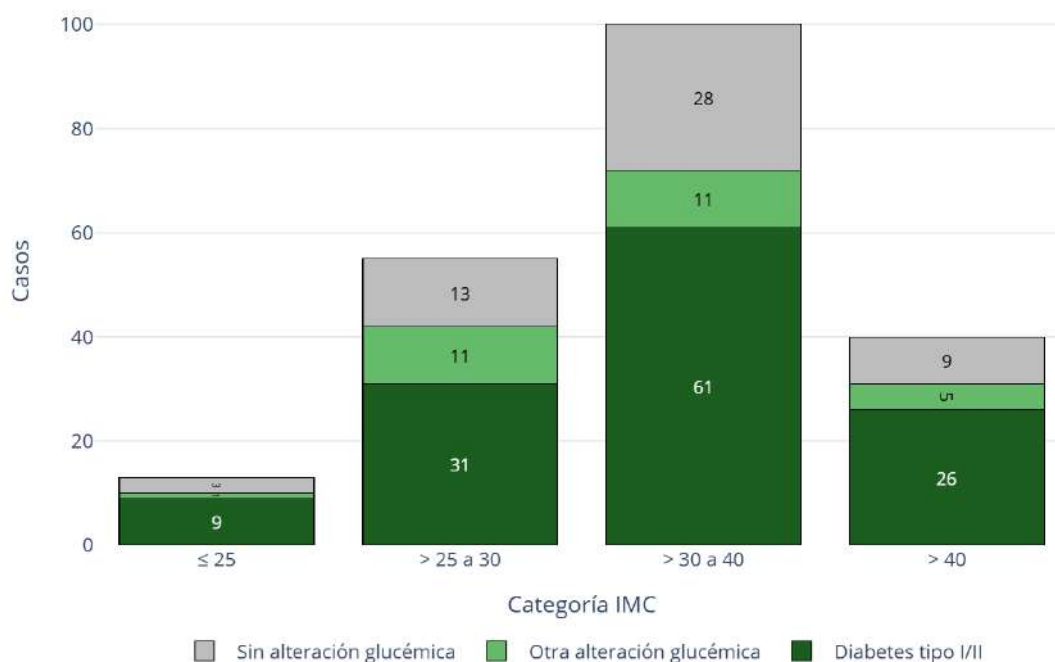


Gráfico 53. Estado glucémico según categoría de IMC en pacientes con cirrosis por MASLD

El 59,8% de los pacientes presenta obesidad (IMC >30), y el rango de índice de masa corporal (IMC) entre 30 y 40 es el más frecuente, con un 42,7%. Al incluir el sobrepeso (IMC $\geq$ 25), la cifra asciende al 83,3% (Gráfico 54). El grupo con peso normal (IMC <25) presentó la tasa porcentual más alta de diabetes (69,2%).

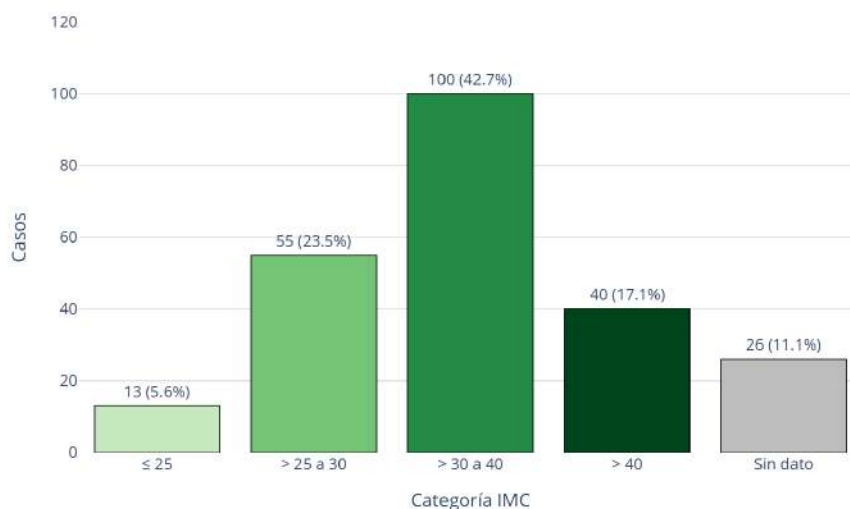


Gráfico 54. Distribución por categoría del IMC en pacientes con cirrosis por MASLD

La obesidad es el factor predominante en la muestra, estando presente en el 83,3% de los pacientes analizados: 50,4% de los pacientes presentan obesidad y diabetes, 11,5% tienen obesidad y otras alteraciones de la glucemia y 21,4% tienen obesidad solamente.

La muestra revela una mayor prevalencia de mujeres en la cohorte analizada para esta patología (Gráfico 55). El IMC de 35 muestra a individuos con un grado de obesidad que ya implica un alto riesgo metabólico y mecánico. Tanto en hombres como en mujeres, la curva mantiene una forma acampanada similar, el IMC se distribuye de manera homogénea entre ambos sexos, variando principalmente en el volumen total de casos (mayor en mujeres).

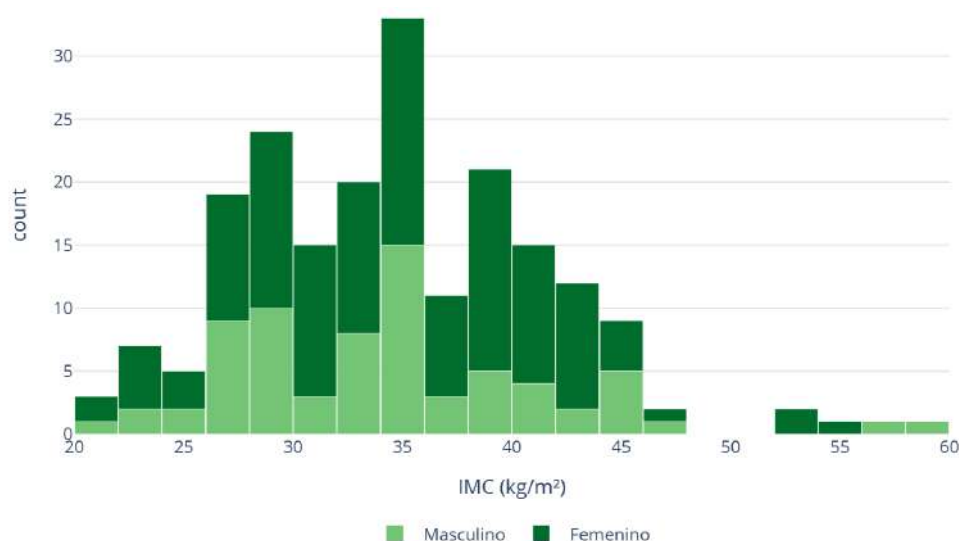


Gráfico 55. Distribución del valor de IMC por sexo en pacientes con cirrosis por MASLD (n=201)

Se observa un predominio absoluto de la diabetes tipo 2, que representa casi la totalidad de los casos de diabetes en la muestra. Si sumamos todas las categorías patológicas (diabetes 1 y 2, glucemias alteradas, intolerancia y Hb glicosilada en riesgo), el 76,5% de los pacientes presenta algún grado de alteración en el metabolismo de la glucosa (Gráfico 56).

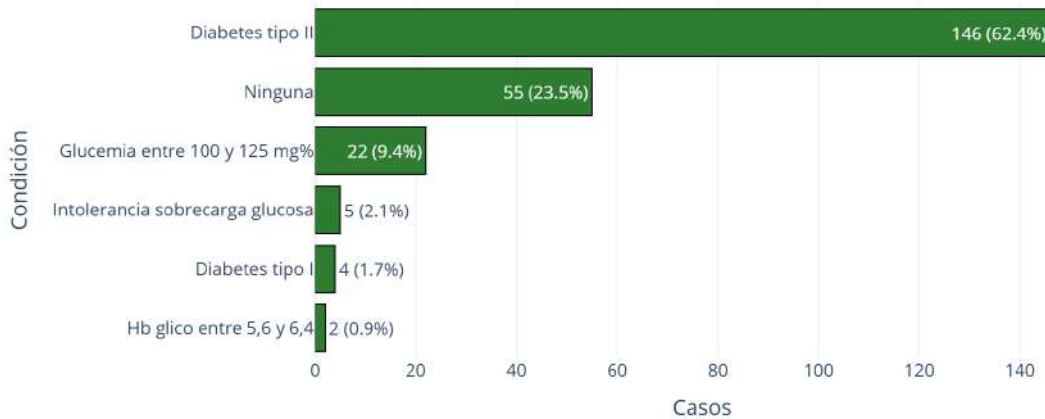


Gráfico 56. Distribución de las alteraciones de la glucemia en pacientes con cirrosis por MASLD

Más allá del compromiso hepático y glucémico, los pacientes presentan una alta prevalencia de componentes del síndrome metabólico, elevando su riesgo cardiovascular general (Gráfico 57):

- Hipertensión arterial (HTA): es la comorbilidad asociada más frecuente, afectando al 48,5% (111 casos) de los pacientes.
- Dislipidemia aterogénica: se evidencia un perfil lipídico de alto riesgo, liderado por el HDL bajo (48,0%) y acompañado por triglicéridos elevados (>150 mg/dl - 22,9%).
- El 40,8% de los individuos registra una circunferencia de cintura aumentada.

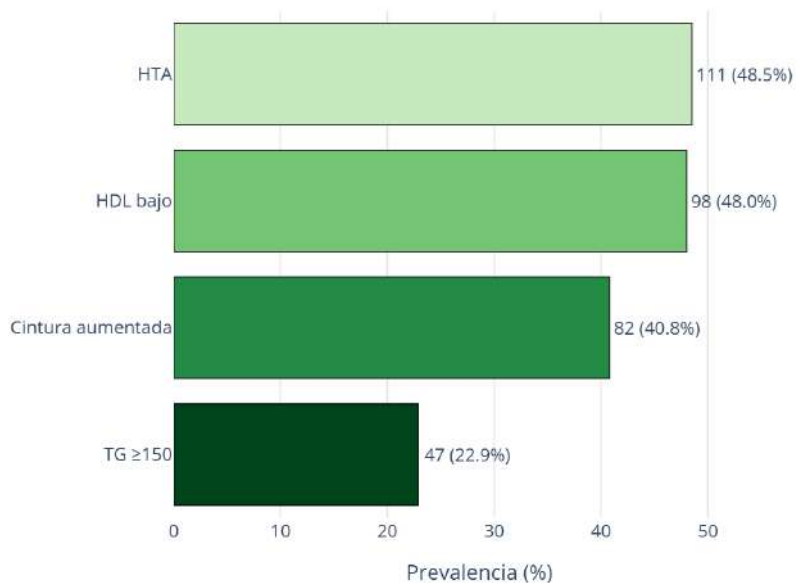


Gráfico 57. Prevalencia de componentes del síndrome metabólico en pacientes con cirrosis por MASLD

Respecto del ámbito de diagnóstico, la consulta ambulatoria refuerza que el MASLD es fundamentalmente una enfermedad silente que se detecta en el seguimiento clínico ambulatorio (por ejemplo, mediante ecografías de control o alteración incidental de enzimas hepáticas). El 17,5% de diagnósticos realizados en pacientes internados sugiere que un grupo no menor de individuos es identificado durante la hospitalización por otras o por complicaciones hepáticas ya avanzadas (Gráfico 58).

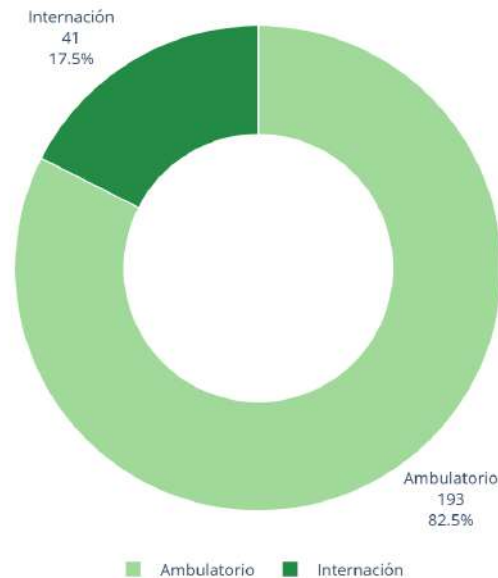


Gráfico 58. Ámbito de diagnóstico de pacientes con cirrosis por MASLD

Del total de pacientes con cirrosis por MASLD, 116 se encontraban compensados y 118 descompensados (Gráfico 59). Aunque la cirrosis esté "compensada", el diagnóstico representa una fase avanzada de la enfermedad hepática por MASLD que exige un monitoreo estricto para evitar la transición hacia la descompensación clínica.

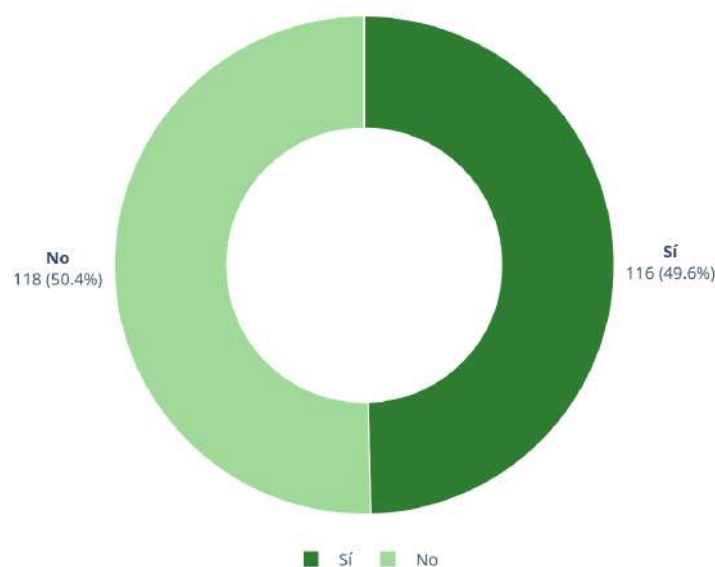


Gráfico 59. Cirrosis compensada versus descompensada al momento del diagnóstico de cirrosis por MASLD

Respecto de la clasificación por Child-Pugh, los resultados fueron los siguientes (Gráfico 60):

- Child-Pugh A (Puntaje 5-6): 139 casos (59,4%)
- Child-Pugh B (Puntaje 7-9): 70 casos (29,9%)
- Child-Pugh C (Puntaje 10-15): 25 casos (10,7%). Es el grupo minoritario con mayor severidad

Casi el 60% de la cohorte se encuentra en el Grado A, mostrando una función hepática preservada o compensada al momento de la evaluación.

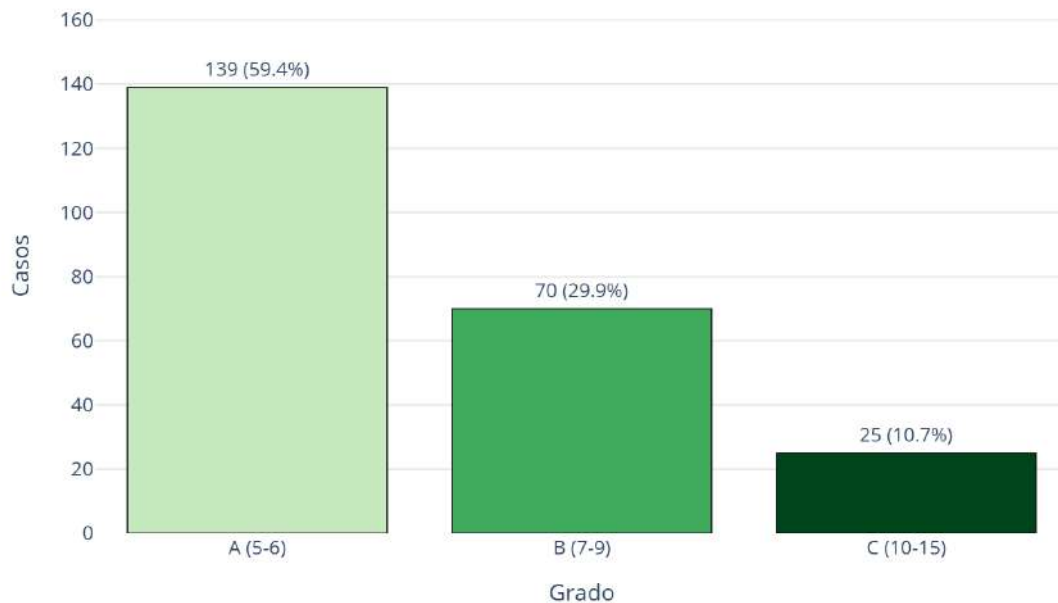


Gráfico 60. Distribución de Child-Pugh en pacientes con diagnóstico de cirrosis por MASLD. Número de casos: 234

Existe una correlación lineal y estadística esperable entre ambas escalas: a mayor puntaje de severidad en la clasificación de Child-Pugh, se observa un incremento directo y proporcional en los valores del score MELD-Na (Gráfico 61).

Se observa que algunos pacientes con Child-Pugh A o B presentan valores de MELD-Na elevados, lo que indica que ciertos individuos compensados clínicamente poseen alteraciones laboratoriales severas (como hiponatremia o falla renal incipiente) que el MELD-Na logra capturar con mayor sensibilidad.

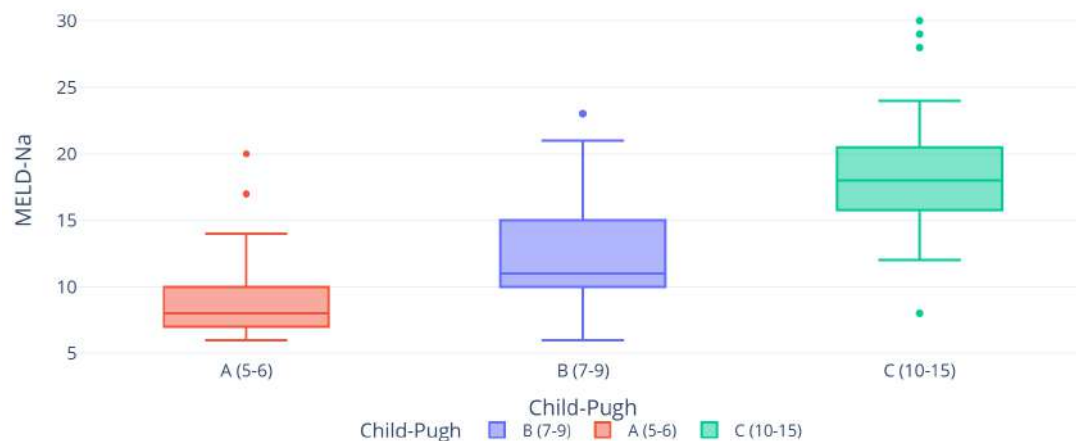


Gráfico 61. MELD-Na según grado de Child-Pugh en pacientes con diagnóstico de cirrosis por MASLD

La gran mayoría de los 234 pacientes evaluados presenta una alta probabilidad de presentar fibrosis avanzada o cirrosis calculada mediante el score no invasivo FIB-4, que considera edad, recuento plaquetario y niveles de enzimas hepáticas ALT y AST (Gráfico 62).

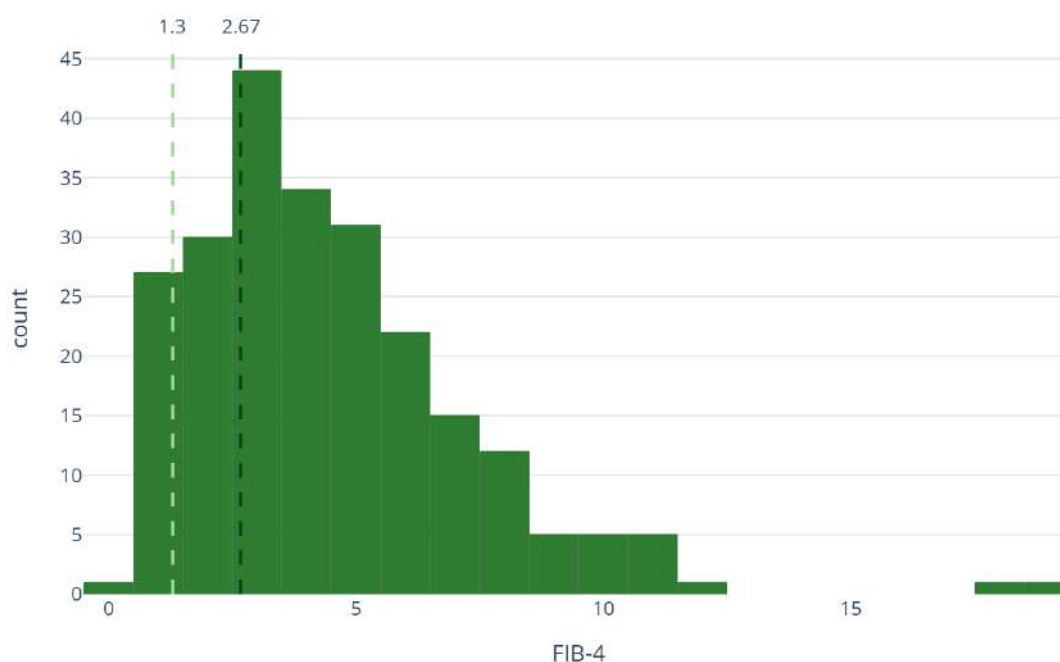


Gráfico 62. Distribución de FIB-4 en pacientes con diagnóstico de cirrosis por MASLD.
Número de casos: 234

La prevalencia de complicaciones de la cirrosis fue la siguiente (Gráfico 63):

- Várices esofágicas: 110 casos (47,0%). Es la complicación más frecuente
- Ascitis: 82 casos (35,0%)
- Encefalopatía hepática: 40 casos (17,1%)
- Hemorragia digestiva: 40 casos (17,1%)

- Injuria renal: 14 casos (6,0%)
- Hepatocarcinoma: 13 casos (5,6%)

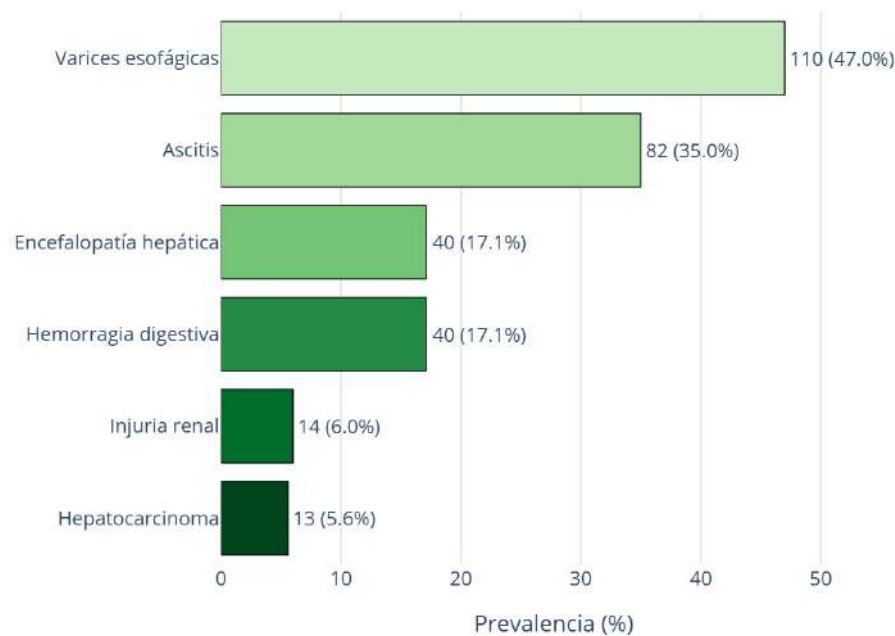


Gráfico 63. Prevalencia de complicaciones en pacientes con cirrosis por MASLD

La presencia de várices esofágicas en casi la mitad de la muestra (47,0%), reflejando un elevado impacto de la hipertensión portal. Complicaciones como la ascitis (35,0%), la encefalopatía (17,1%) y la hemorragia digestiva (17,1%) demuestran el pasaje de cirrosis compensada a descompensada. Además, la detección de un 5,6% de hepatocarcinoma (13 pacientes) y un 6,0% de injuria renal demuestra la alta complejidad y la necesidad de pesquisa oncológica y soporte multiorgánico en este grupo.

Respecto de la ascitis, el 10,3% de los pacientes presenta ascitis mínima y, en total, el 35% de los pacientes tenían ascitis al diagnóstico (Gráfico 64).

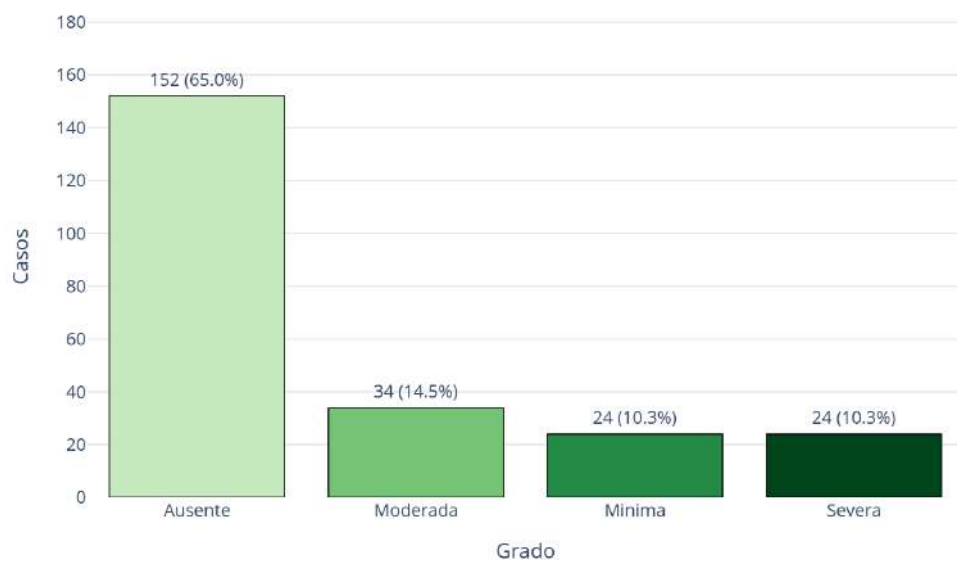


Gráfico 64. Prevalencia y grado de ascitis en pacientes con cirrosis por MASLD

Se detectó hepatocarcinoma (HCC) en el 5.6% de los pacientes: una prevalencia elevada (Gráfico 65).

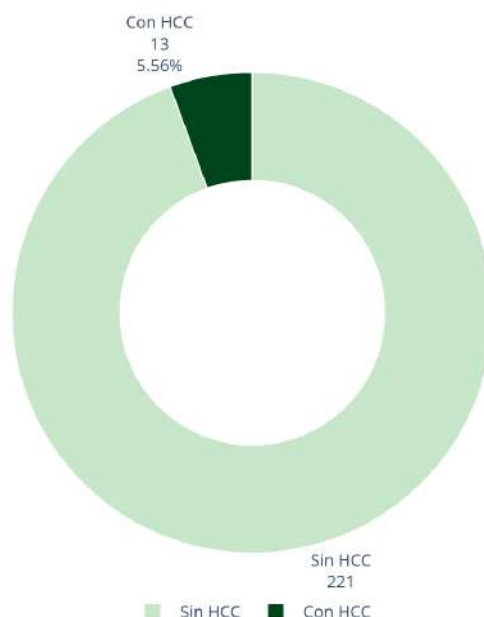


Gráfico 65. Prevalencia de hepatocarcinoma en pacientes con cirrosis por MASLD

Con predominio de diagnóstico tardío, la gran mayoría de los tumores (7,0%, sumando los estadios B, C y D) se detectaron en fases intermedias, avanzadas o terminales (Gráfico 66).

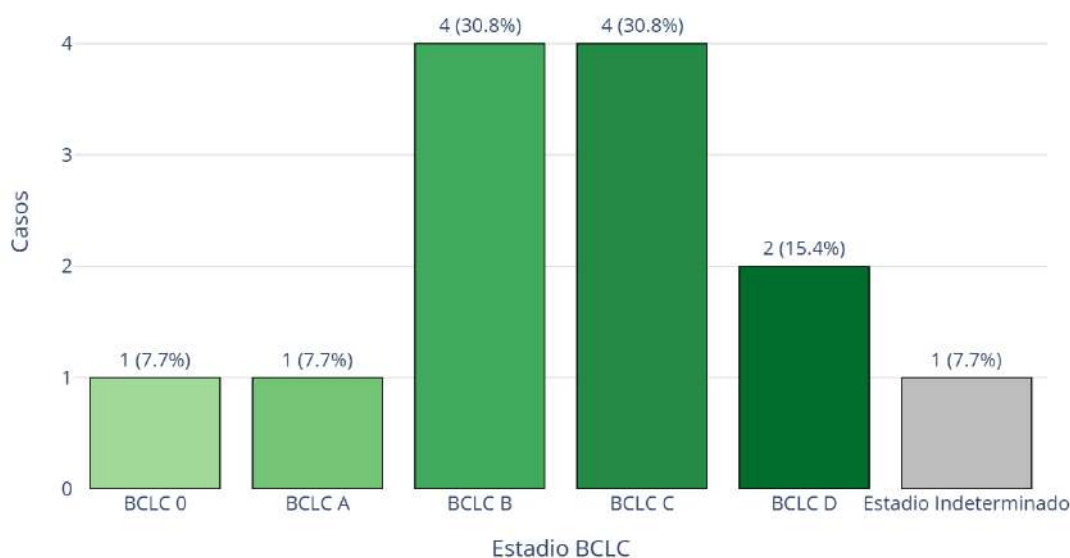


Gráfico 66. Estadio BCLC de hepatocarcinoma al diagnóstico en pacientes con cirrosis por MASLD

Un hallazgo es que 5 de los 13 tumores (38,5% del total de HCC) se desarrollaron en pacientes con cirrosis compensada. Dato muy importante para el seguimiento de estos pacientes (Gráfico 67).

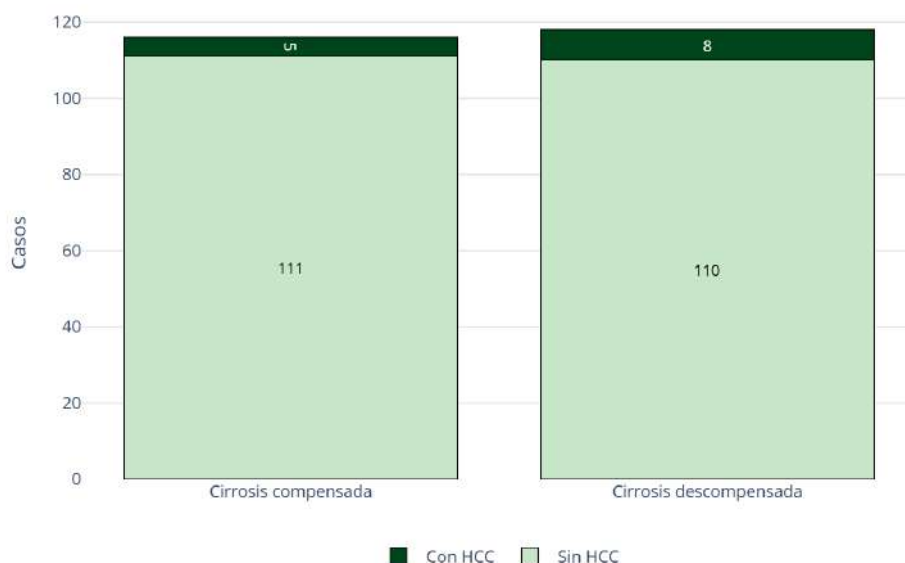


Gráfico 67. Hepatocarcinoma según estado compensado o descompensado de la cirrosis por MASLD

7.9.2 Alcohol

En este primer registro de nuevos casos de cirrosis diagnosticados en el año 2025 en la República Argentina, la segunda etiología fue el alcohol: de los 573 casos diagnosticados, 154 tuvieron esa causa (26,9%). Se incluyeron en la descripción 10 casos que, además, tenían otra etiología asociada (6,5%): 7 hepatitis C, 1 hepatitis B, 1 HAI y 1 CBP. Estos casos presentaron una expresión clínica similar a los que tenían como etiología sólo al alcohol. Doce casos presentaron serología positiva para HIV (7,8%).

Se observó una evidente predominancia del sexo masculino cercana al 90% (Gráfico 68). La edad promedio fue de 58,9 con un desvío estándar de 10,9 años y una mediana de 59.

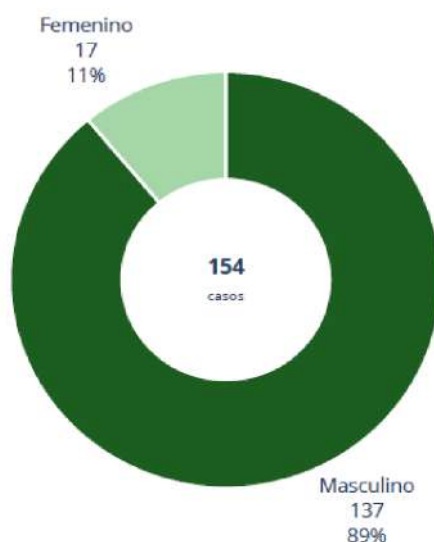


Gráfico 68. Distribución por sexo.

El principal lugar de diagnóstico realizado por los especialistas fue en el ambulatorio (Gráfico 69).

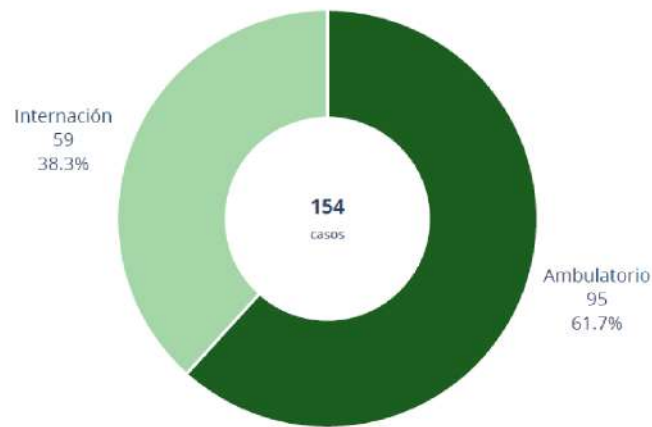


Gráfico 69. Distribución por ámbito de diagnóstico

La mayoría de los casos fueron atendidos a nivel del sector de salud público y de obras sociales (Gráfico 70).

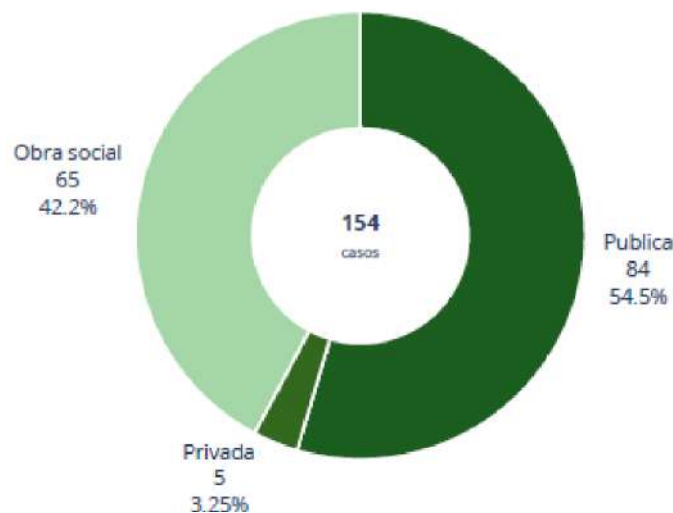


Gráfico 70. Distribución por cobertura médica

Un aspecto importante y revelador fue el dato del nivel educativo que mostró una proporción elevada de casos que no superaron el nivel primario de educación, el cual alcanzó el 61,3%, considerando solamente aquellos casos en los que se obtuvo el dato. Esta información pone de relevancia la necesidad de incluir variables socioeconómicas en este tipo de relevamientos porque ayudan a entender mejor la frecuencia de determinadas patologías y permiten generar, en consecuencia, acciones que ayuden a su prevención (Gráfico 71).

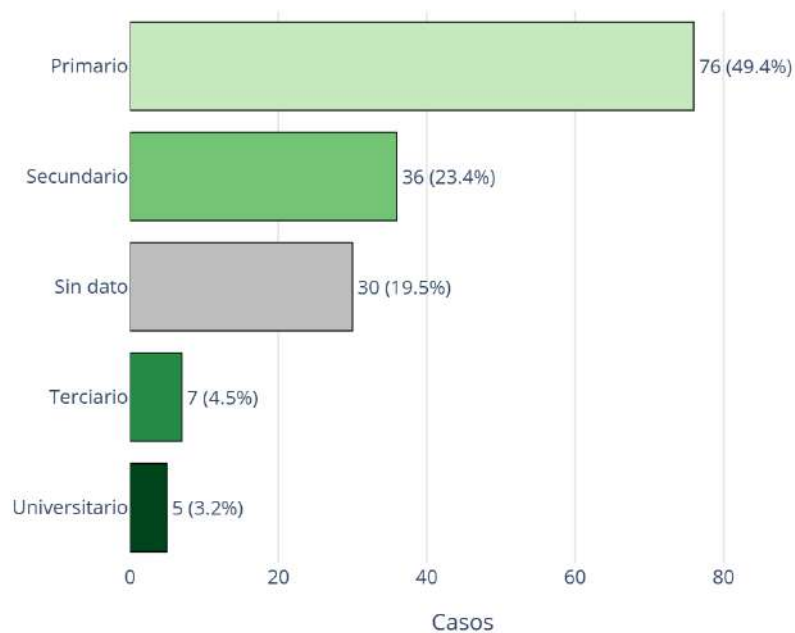


Gráfico 71. Distribución por nivel educativo

El consumo promedio semanal de alcohol fue de $697,5 \pm 417,7$ gramos. El amplio desvío estándar es debido a los criterios de diagnóstico que incluyen a aquellos que tienen altos consumos de alcohol, mayores a 350 gramos la mujer y 420 gramos el hombre por semana, y a aquellos con consumos menores a estos, sin la asociación de factores metabólicos. El 82,4% (14 casos) de las mujeres tenían consumos semanales superiores a 350 gramos y el 17,6 (3 casos) inferiores sin factores de riesgo metabólico. El 75,9% (101 casos) de los hombres tenían consumos semanales superiores a 420 gramos y el 24,1 (36 casos) inferiores sin factores de riesgo metabólico.



Gráfico 72: Distribución por periodo de consumo de alcohol

El 94,1% de los casos tuvo un periodo de consumo superior a los 10 años (Gráfico 72). El consumo regular de alcohol (más de 3 días a la semana) fue el más frecuentemente observado en general, en mujeres y hombres (92%; 94% y 91% respectivamente) en relación con el periódico (8%; 6% y 9%).

El criterio diagnóstico de cirrosis más frecuentemente utilizado en la etiología alcohol fue el clínico (93%) seguido por la elastografía hepática (5%) y finalmente la biopsia hepática en solo el 2% (Gráfico 73).

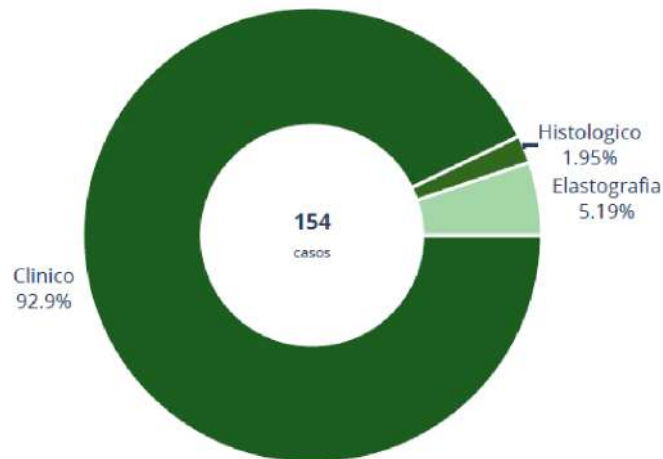


Gráfico 73. Distribución de los criterios de diagnóstico

El principal motivo de consulta fue la ascitis, que aislada correspondió al 40,9% pero combinada con otros motivos alcanzó al 59%. Este evento, sumado a la presencia de encefalopatía hepática y hemorragia digestiva, corresponde al 67% de los casos que llega con una descompensación evidente a la consulta especializada (Gráfico 74).

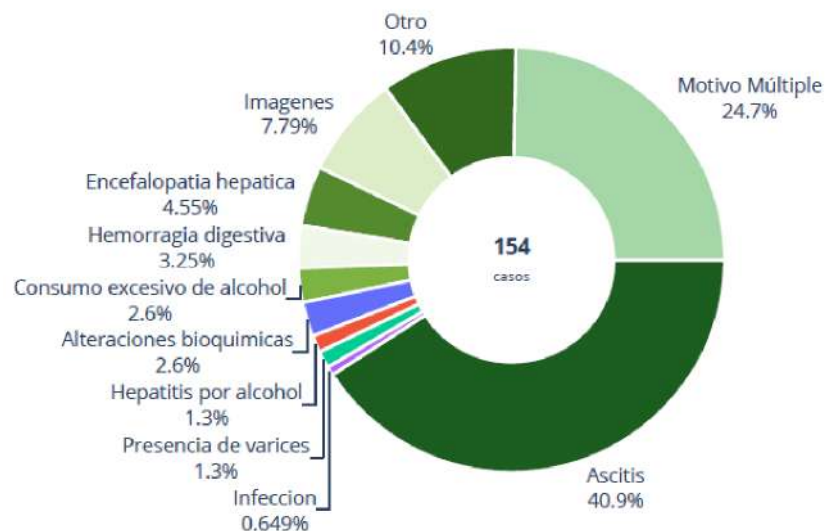


Gráfico 74. Distribución por motivo de consulta

La ascitis estuvo en el motivo de consulta inicial asociada a otras evidencias de enfermedad hepática (motivos múltiples) en el 65% de los casos. Por lo tanto, la ascitis estuvo presente en una proporción significativamente más alta en los casos de cirrosis

por alcohol que en la población general de casos de cirrosis indicando la consulta más tardía en una fase avanzada de la cirrosis hepática (Tabla 9).

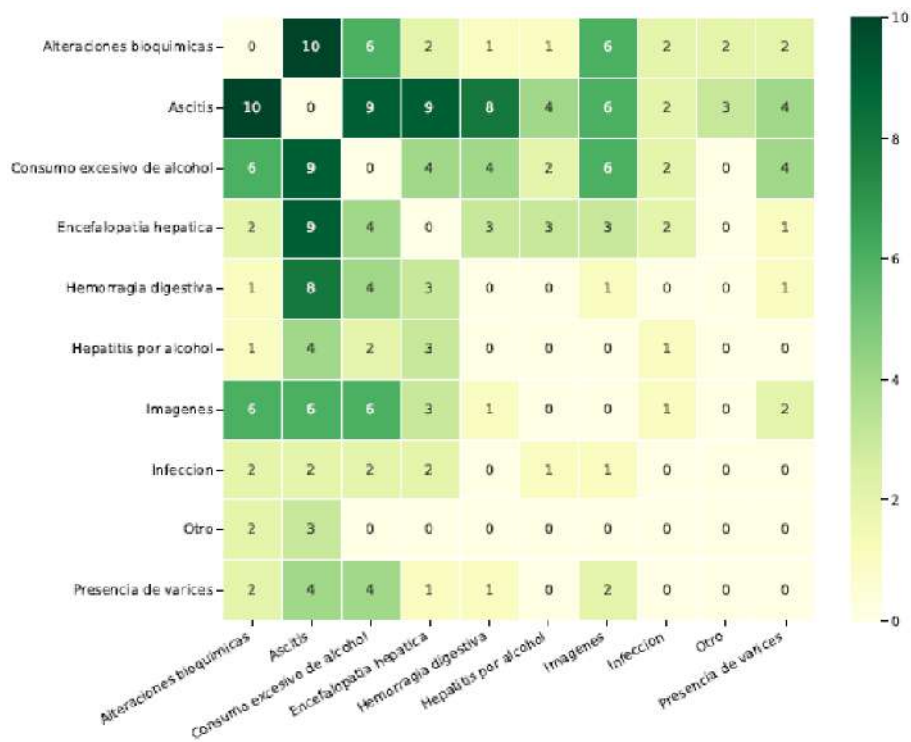


Tabla 9. Concurrencia de motivos de consulta

La cirrosis por alcohol en general a nivel país fue la segunda etiología en frecuencia (25,5%) después del MASLD (38,7%). Por regiones se mantuvo como la segunda causa en frecuencia, salvo en la región centro este (Santa Fe y Entre Ríos) donde predominó sobre MASLD significativamente (51,2% vs 30,2%) y en la Región Patagonia, donde estuvieron equiparadas (Gráficos 75 y 76).

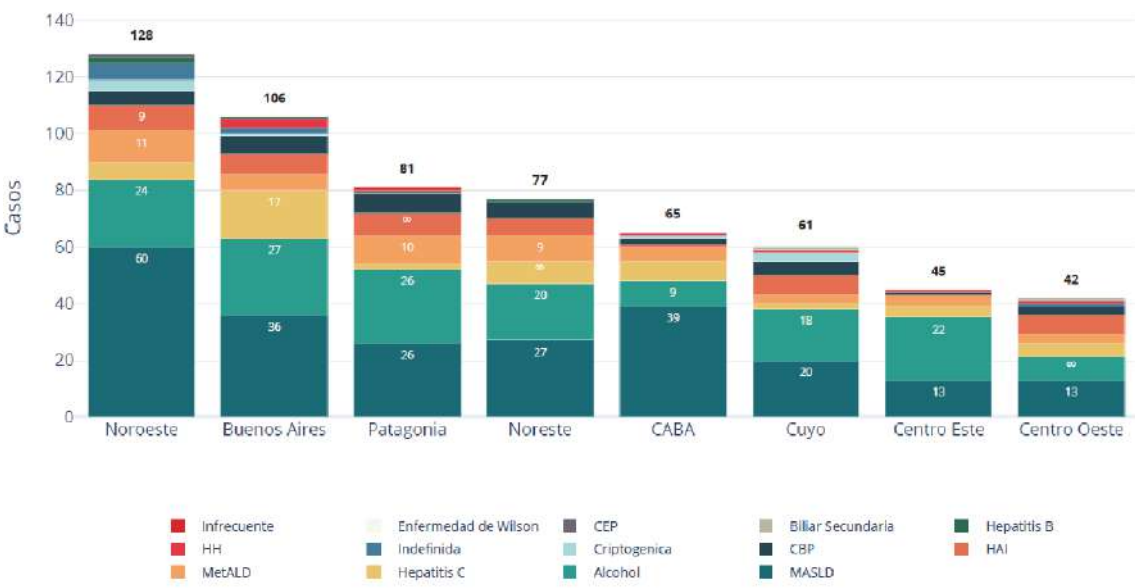


Gráfico 75. Etiología de la cirrosis por regiones en columnas

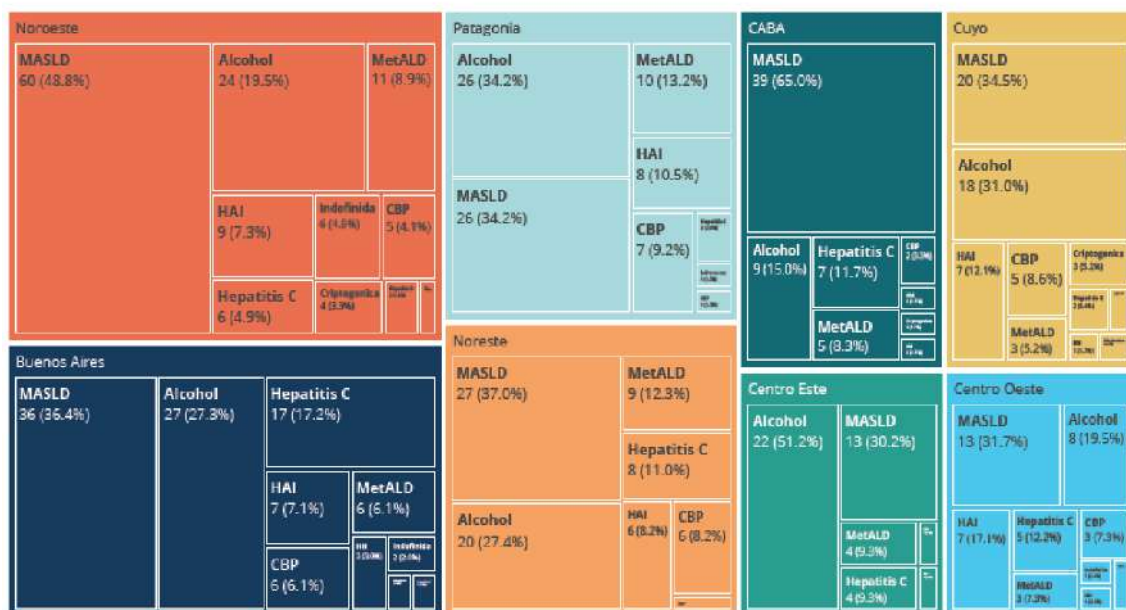


Gráfico 76. Etiología de la cirrosis por regiones (Treemap)

El número de casos registrados fue mayor en las Regiones Buenos Aires y Patagonia y menor en la Región CABA (Gráfico 77).

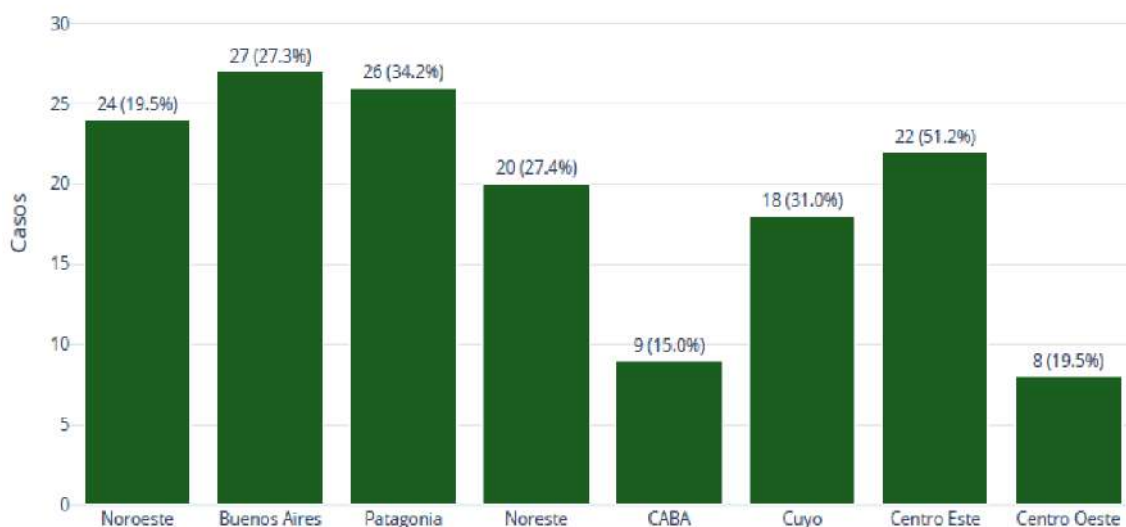


Gráfico 77. Casos de cirrosis por alcohol registrados por región

En la evaluación inicial de los casos realizadas en la consulta especializada, solo un 20,8% (32 casos) tenían una cirrosis por alcohol compensada, un valor significativamente inferior al observado en la población general de cirrosis de todas las etiologías (Gráfico 78). En consecuencia, se observa que la llegada a la consulta especializada es tardía cuando la cirrosis ya se encuentra en un estadio avanzado en la mayoría de los casos.

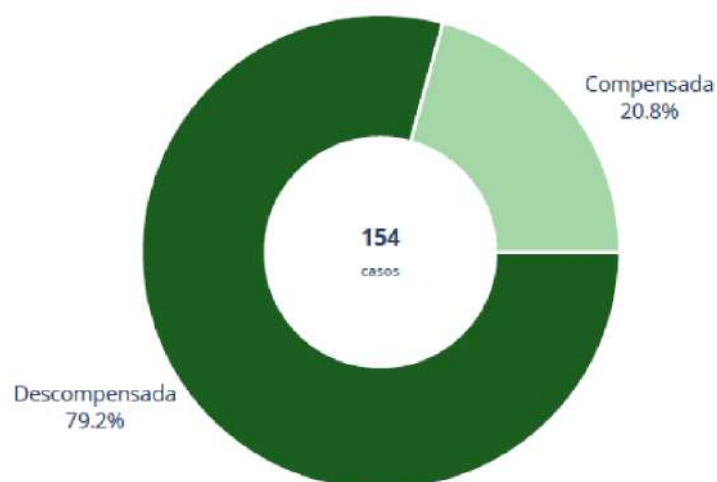


Gráfico 78. Distribución por grado de compensación

De los 122 casos (79,2%) con cirrosis por alcohol descompensada, 91 (59,1%) se presentaron inicialmente como una descompensación aguda (DA) por la aparición de ascitis, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva o ictericia dentro de las 4 semanas previas a la primer consulta y correspondió al 74,5% de las descompensaciones (Gráficos 78 y 79).

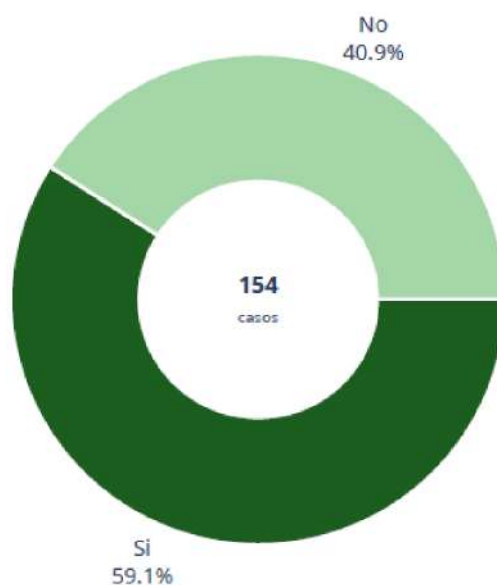


Gráfico 79. Descompensación aguda

Como manifestación de DA, la ascitis fue la más frecuente, presentándose en forma aislada en 44 casos (48,3%) y asociada a otras manifestaciones de DA en 31 (34%). Siguió en frecuencia la encefalopatía hepática en 24 casos (26,3%), en general asociada (75%). La ictericia con insuficiencia hepática se presentó en 21 casos (23%), en general asociada a otras manifestaciones (95%). Por último, la hemorragia digestiva se presentó en 12 casos (13%) y como única manifestación de DA en 5 (Gráfico 80).

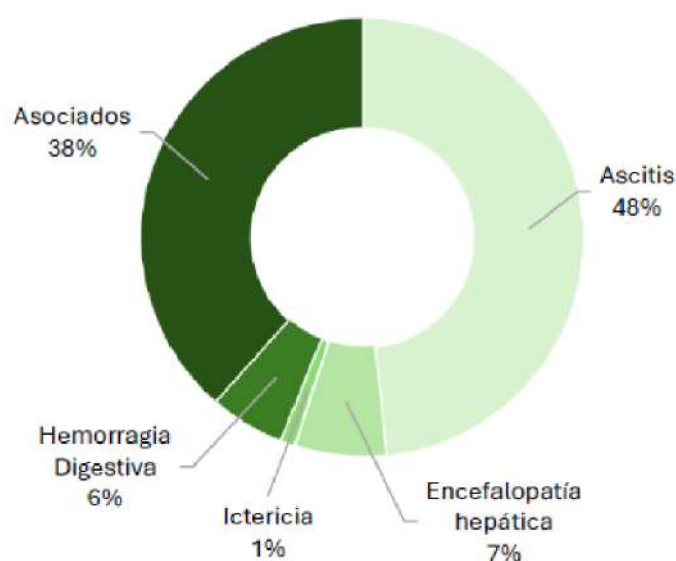


Gráfico 80. Manifestaciones clínicas de la descompensación aguda

Como causas de la descompensación aguda, el consumo de alcohol excesivo se observó en forma aislada en 54 casos (59,3%) y asociado a otras causas no infecciosas en 1 (1%). La infección bacteriana aislada se observó en el 11% de los casos y asociada a alcohol en el 6,6%. Las dos causas más frecuentes de descompensación aguda fueron el consumo de alcohol excesivo y las infecciones bacterianas, que estuvieron presentes en el 76,6% de los casos (Gráfico 81).

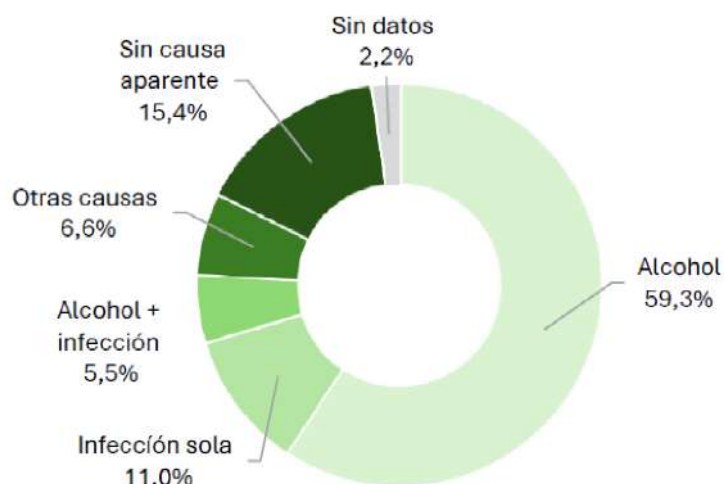


Gráfico 81. Distribución por causas de descompensación aguda

El fallo hepático agudo en enfermedad hepática crónica (ACLF por sus siglas en inglés) se identificó en 19 de los 91 casos con DA (21%). Según su grado, correspondieron 7 al grado Ia, 4 al Ib, 7 al II y 1 al III.

En 70 casos de cirrosis por alcohol (45,5%) se observó algún criterio de disfunción metabólica. Debido a la presencia de ascitis en la evaluación inicial, el dato del peso corporal no se pudo obtener en todos los casos. En aquellos donde sí se

pudo (98 casos) se observó la presencia de sobrepeso y obesidad en 54 casos (55%) (Gráfico 82). Por su parte, la diabetes estuvo presente en 25 casos (16,2%), alteraciones de la glucemia sin diabetes en 13 (8,4%) e hipertensión arterial en 36 (23,4%).

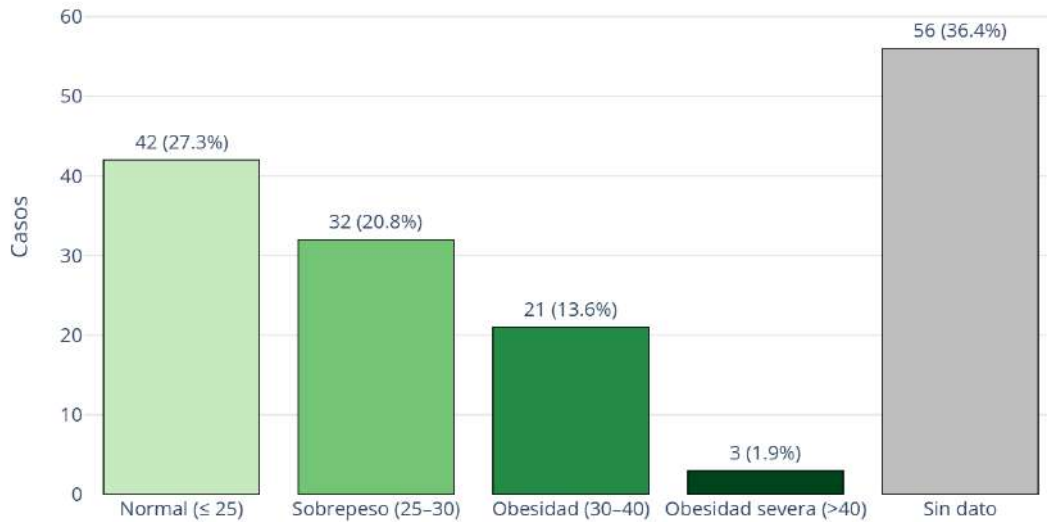


Gráfico 82. Distribución por grado de índice de masa corporal

El 78% de casos de cirrosis por alcohol presentaron deterioro de la función hepática en la consulta inicial (Gráfico 83). La evaluación de la función hepática utilizando un score simple como el Child-Pugh muestra como la mayoría de los casos de cirrosis por alcohol llega a la consulta especializada tardíamente en un estadio avanzado de la enfermedad hepática.

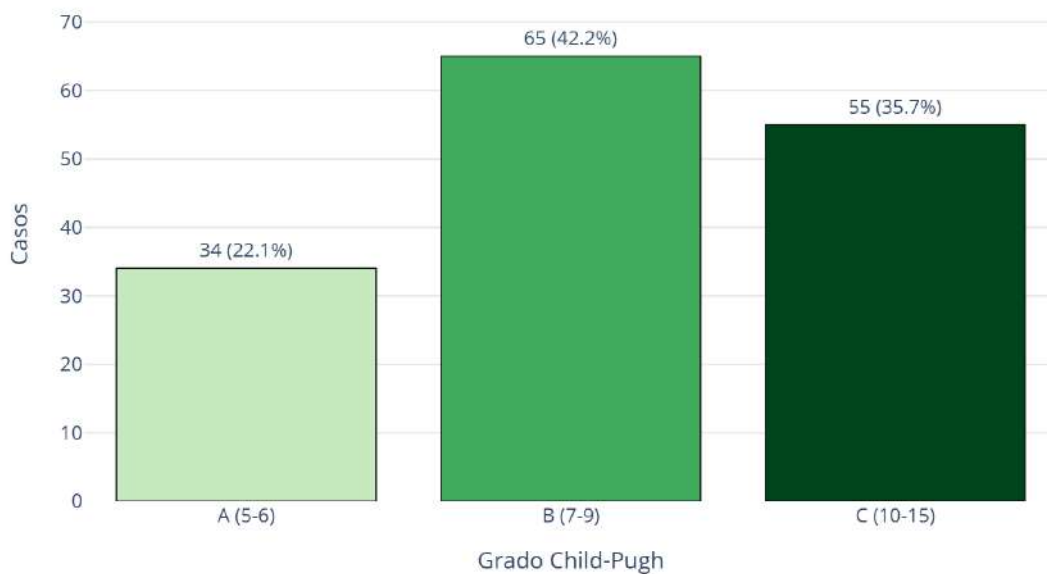


Gráfico 83. Distribución por grado de Child-Pugh

Se realizó una video-endoscopia digestiva alta (VEDA) en 104 casos de cirrosis por alcohol (67,5%). El 71% de los casos presentaban várices esofágicas en la consulta inicial (Gráfico 84).



Gráfico 84. Distribución por presencia de várices esofágicas

El 71% de los casos presentaban algún grado de ascitis en la consulta inicial, observándose más frecuentemente la ascitis moderada y severa (Gráfico 85).

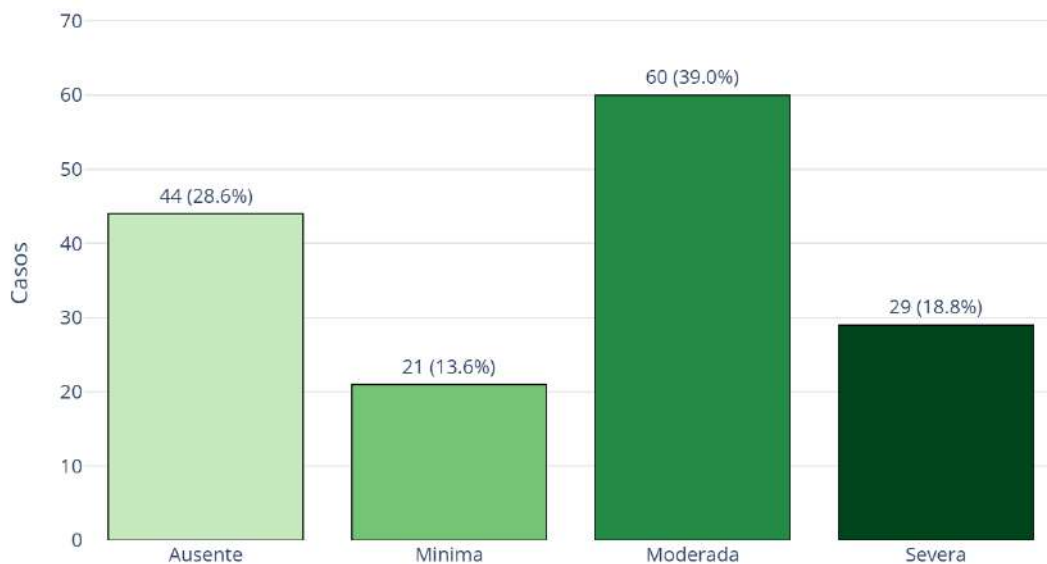


Gráfico 85. Distribución por presencia y grado de ascitis

En 53 casos se observó algún grado de encefalopatía hepática en la evaluación inicial (34,4%) y lo más frecuente fue el hallazgo de los grados I y II (Gráfico 86).



Gráfico 86. Distribución por grado de encefalopatía hepática

En 26 casos se observó algún tipo de injuria renal en la evaluación inicial (16,8%). La causa de alteración de la función renal más frecuentemente observada fue la prerrenal (Gráfico 87).

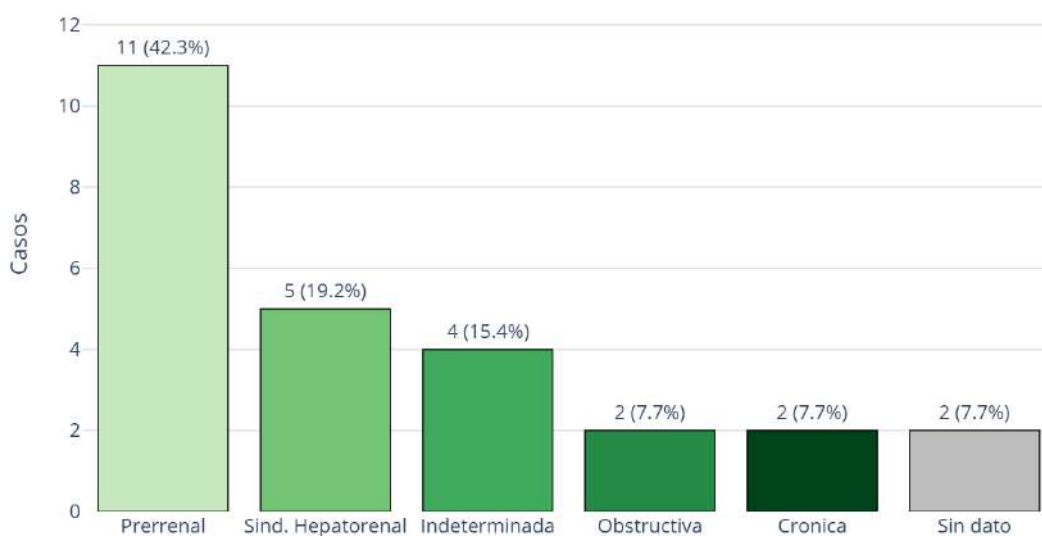


Gráfico 87. Distribución por tipo de alteración de la función renal

En 10 casos se observó la presencia del hepatocarcinoma en la evaluación inicial (6,5%) (Gráfico 88). El estadio indeterminado correspondió a los casos en los cuales el hepatocarcinoma no pudo ser estadificado en el periodo de evaluación de 12 semanas incluido en el registro de los casos de cirrosis.

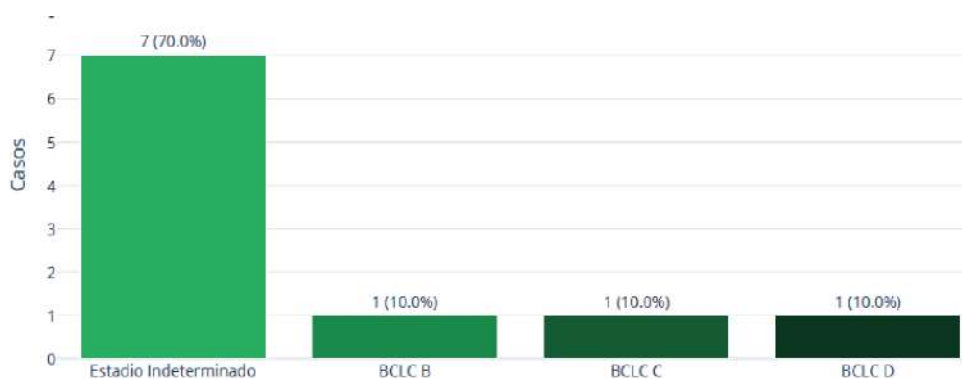


Gráfico 88. Distribución por estadio del hepatocarcinoma

La presencia de hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) asociada a la existencia de várices esofágicas y ascitis fue elevada (87,7%), evidenciando lo avanzado del estadio de la cirrosis por alcohol en la evaluación inicial y, por lo tanto, la detección tardía del compromiso hepático en esta etiología (Gráfico 89).

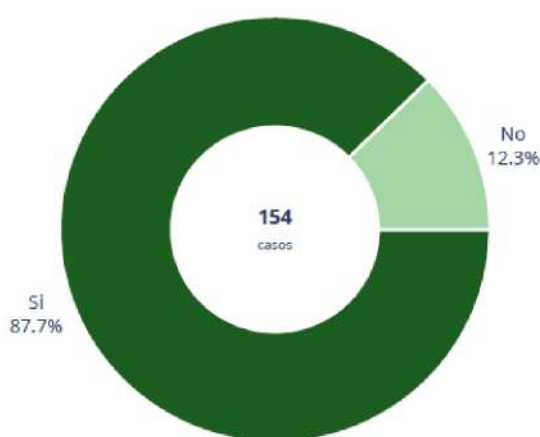


Gráfico 89. Distribución por presencia de hipertensión clínicamente significativa (HPCS)

En la consulta inicial especializada, en un periodo de 12 semanas, fueron evaluados para trasplante hepático 14 casos (9%). De éstos, 8 ingresaron a la lista de espera y uno recibió el trasplante hepático.

Completaron la evaluación de 12 semanas desde el diagnóstico inicial de cirrosis por alcohol 108 casos (72,1%). En estos, se observó abstinencia total de alcohol en el 80% (Gráfico 90).

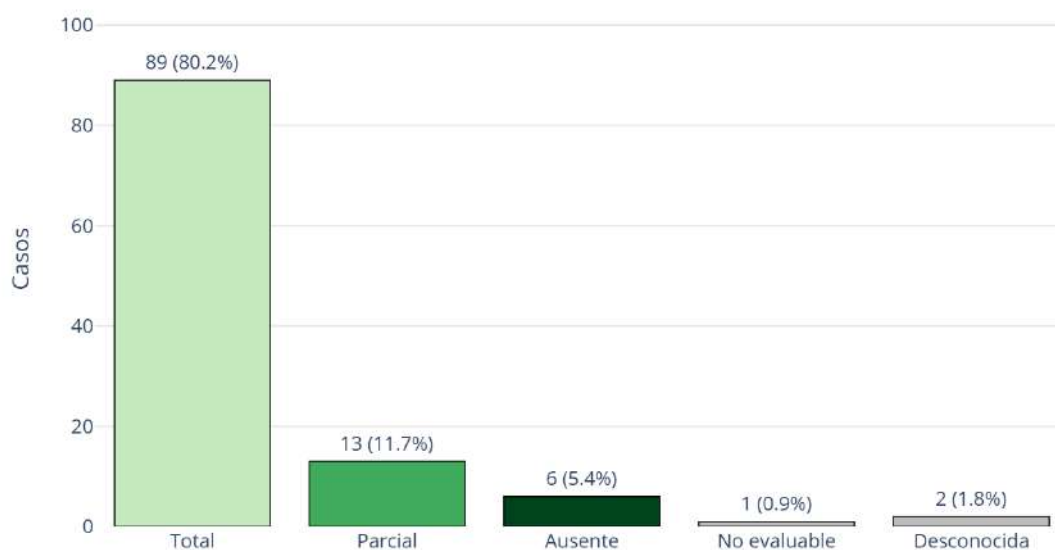


Gráfico 90. Distribución del grado de abstinencia de alcohol

En el periodo inicial de evaluación se constató la muerte de 10 casos (6,5%). Las causas más frecuentes observadas fueron la infección bacteriana y la insuficiencia hepática (Gráfico 91).

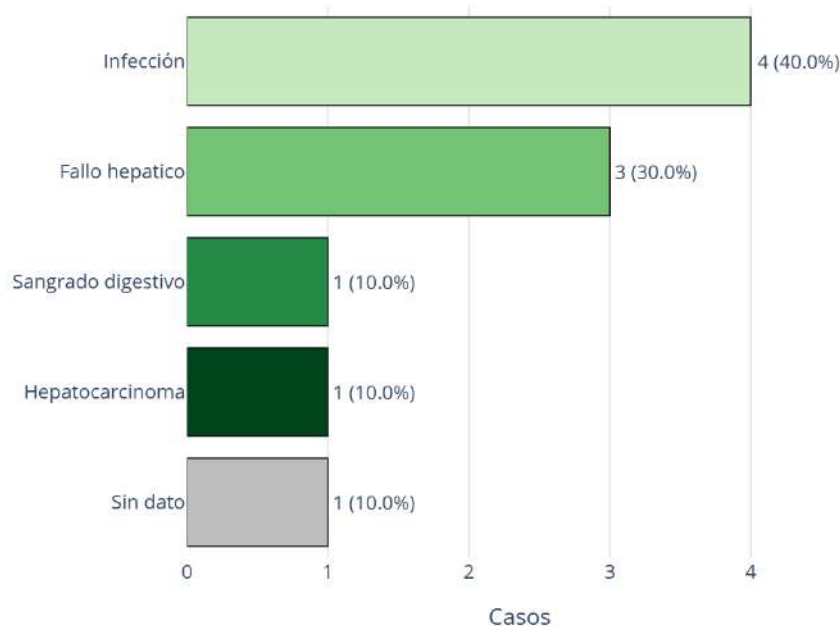


Gráfico 91: Causas de muerte en cirrosis por alcohol

Cumplieron con los criterios para definir hepatitis por alcohol (denominada anteriormente hepatitis alcohólica)¹ 16 casos. Catorce presentaban de base una cirrosis por alcohol y 2 una cirrosis por MetALD. En todos los casos, el diagnóstico fue clínico.

La edad promedio fue $56,1 \pm 8,5$ años (rango 42-77 años). Correspondieron al sexo masculino 13 casos (81,3%) y al femenino 3 (18,7%).

El tipo de consumo previo fue regular (más de 3 días a la semana) en la mayoría (15; 94%) y solo en uno episódico. El nivel de consumo promedio semanal de alcohol fue de $697,5 \pm 417,7$ gramos sin diferencias significativas con los niveles de consumo semanal del total de casos de cirrosis por alcohol al igual que con los periodos de consumo previo.

Todos presentaron una descompensación aguda vinculada al consumo excesivo de alcohol que estuvo asociada a una infección bacteriana en 2 casos (12,5%). Las manifestaciones de descompensación que se observaron, además de la ictericia presente en todos por definición, fueron ascitis en 15 (94%) asociada a síndrome hepatorenal en 2 y encefalopatía hepática en 13 (81%).

En 8 casos se observó un ACLF (Gráfico 92).



Gráfico 92. Distribución de los tipos ACLF

La mayoría tenían un grado C de Child Pugh (15; 94%) con un score promedio de $12 \pm 1,3$. La hepatitis por alcohol grave definida por un MELD-Na >20 se observó en 10 casos (62%), por un MELD 3.0 >20 en 11 (69%) y por un score de Maddrey >32 en 6 de los 11 en los cuales se obtuvo (45%) (Tabla 10). Se observó una mayor eficiencia y aplicabilidad de los scores MELD para evaluar la severidad de la hepatitis por alcohol.

Score	Con dato	Sin dato	Media	DE	Mediana	Mín	Máx
Child-Pugh	16	0	12,0	1,3	12,0	9,0	14,0
MELD-Na	16	0	21,9	6,0	22,0	10,0	30,0
MELD 3.0	15	1	23,4	4,8	22,0	17,0	33,0
Maddrey	11	5	43,6	20,3	41,0	14,0	81,0

Tabla 10. Scores de evaluación de la severidad de la hepatitis por alcohol

Todos presentaron hipertensión portal clínicamente significativa. En 9 se realizó VEDA de los cuales 7 presentaron várices esofágicas (5 casos ≥ 5 mm y 2 casos < 5 mm).

Ninguno presentó hepatocarcinoma.

En el periodo de observación de 12 semanas no se realizó evaluación para trasplante hepático en ninguno de los casos y sólo se constató la muerte de un caso, asociada a infección bacteriana.

Referencias:

1. Guía de Manejo de las Enfermedades Hepáticas Asociadas al Consumo de Alcohol 2018. Sociedad Argentina de Hepatología. Disponible en: <https://sahe.org.ar/wp-content/uploads/2025/03/Gua-Manejo-de-las-Enfermedades-Hepticas-Asociadas-al-Consumo-de-Alcohol.pdf>

7.9.3 MetALD

Durante el año 2025, los miembros participantes del Observatorio Nacional de Enfermedades Hepáticas (ONEH) registraron 573 casos nuevos de cirrosis hepática. En cuanto a la etiología de la cirrosis, en 51 pacientes (8,9% del total) se consideró que la misma era MetALD. En este segmento del informe, se considerarán sus características demográficas, clínicas y de laboratorio en comparación con las de la etiología MASLD (n 234, 40,8% del total) y con la cirrosis alcohólica (n 154, 26,9% del total).

En cuanto a la distribución por sexos, 45 de 51 pacientes con MetALD (88,2%) eran varones y sólo 6 (11,8%) eran mujeres. Esta relación se asemeja a la observada en cirrosis por alcohol, donde 137 pacientes de 154 (89,0%) fueron de sexo masculino y sólo 17 (11%) de sexo femenino. En cambio, en la etiología más frecuente de este primer informe anual, MASLD, 149 pacientes fueron mujeres y 85, varones, correspondiendo a porcentajes de 63,7% y 36,3%, respectivamente.

La edad media $\pm$ DE en el momento del diagnóstico fue de $58,9 \pm 10,9$ años en la cirrosis alcohólica, menor que en los pacientes con MASLD, $62,8 \pm 10,3$ años, e intermedia en pacientes con MetALD, $61,1 \pm 10,0$ años (Tabla 11).

Cohorte	n total	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Sin dato n (%)	Edad media $\pm$ DE
Alcohol	154	137 (89,0%)	17 (11,0%)	0 (0,0%)	$58,9 \pm 10,9$
MASLD	234	85 (36,3%)	149 (63,7%)	0 (0,0%)	$62,8 \pm 10,3$
MetALD	51	45 (88,2%)	6 (11,8%)	0 (0,0%)	$61,1 \pm 10,0$

Tabla 11. Distribución de sexos y edad en el momento del diagnóstico en pacientes con cirrosis por alcohol, MASLD y MetALD

En cuanto a los motivos de consulta, los más frecuentes en pacientes con MetALD fueron ascitis y motivo múltiple (ambos con 19,6%), seguidos por alteraciones bioquímicas en 17,6%. En cambio, la ascitis fue mucho más predominante en cirrosis alcohólica (40,9%), seguido por motivo múltiple en 24,7%. Y en MASLD, alteraciones en las imágenes fue el motivo de consulta más frecuente (26,1%), seguido de ascitis (17,9%).

En pacientes con MetALD, el criterio clínico fue la herramienta que más frecuentemente llevó al diagnóstico de cirrosis (88,2%) a semejanza de lo observado en cirrosis alcohólica (92,9% de diagnóstico por criterio clínico). En MASLD, el porcentaje de diagnóstico por criterio clínico fue un poco menor (76,5%). En estos pacientes, el diagnóstico fue por elastografía en 18,8% y por histología en 4,7%.

Entre los pacientes con MetALD, 68,6% se presentaron con cirrosis descompensada y 31,4%, con una enfermedad compensada. Este porcentaje es intermedio entre lo observado en la cirrosis alcohólica y la cirrosis por MASLD, donde 79,2% y 50,4% de los pacientes, respectivamente, se presentaron con una cirrosis descompensada.

Con respecto al tipo de descompensación, en las 3 etiologías la más frecuente fue la ascitis, que estuvo presente en 59,9%, 51,8% y 51,0% de los pacientes con cirrosis por alcohol, MASLD y MetALD, respectivamente (Gráfico 93).

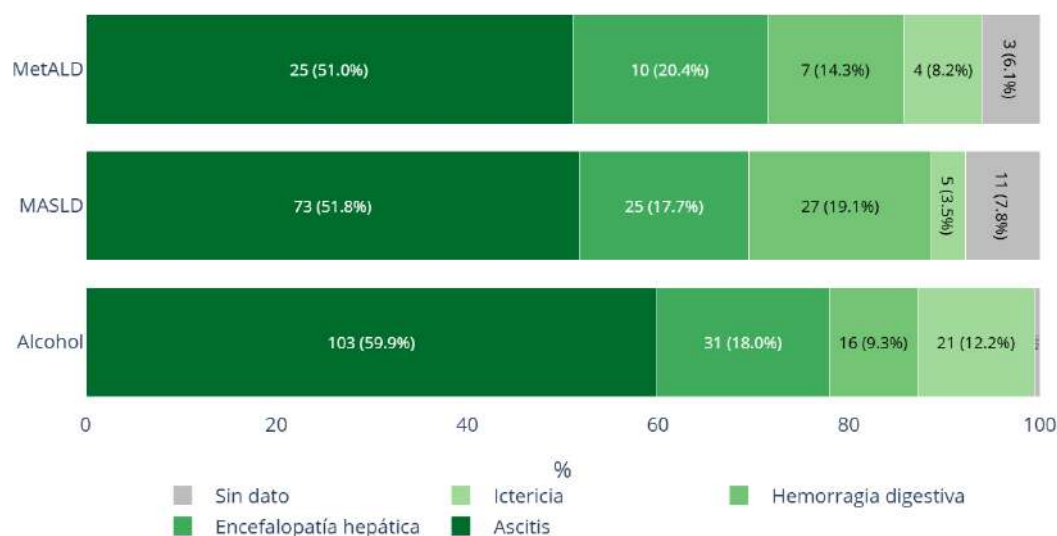


Gráfico 93. Tipos de descompensación en pacientes con cirrosis por MetALD, MASLD y alcohol

En cuanto a las variables de laboratorio, la tabla 12 muestra cómo los parámetros que reflejan el estado de la función hepatocelular, como la albúmina sérica, actividad de protrombina y bilirrubina, están más alteradas en pacientes con cirrosis alcohólica que en MASLD, mientras que en los pacientes con MetALD son intermedias.

Variable	Alcohol n=154	MASLD n=234	MetALD n=51
Bilirrubina total	1,7 [0,9-3,3] 3,0 ± 3,7 n=154	1,0 [0,6-1,6] 1,6 ± 2,3 n=234	1,6 [0,8-4,2] 3,1 ± 3,2 n=50
ALT	1,0 [0,6-1,3] 1,3 ± 1,3 n=154	1,0 [0,7-1,4] 1,5 ± 2,5 n=234	0,9 [0,5-1,3] 1,3 ± 1,2 n=51
AST	1,4 [1,0-2,3] 2,1 ± 3,0 n=154	1,2 [0,9-1,7] 1,6 ± 2,3 n=234	1,2 [0,9-2,4] 1,7 ± 1,3 n=51
GGT	2,7 [1,1-4,4] 4,1 ± 5,8 n=120	1,9 [1,0-3,5] 3,0 ± 3,8 n=188	1,2 [0,7-3,6] 3,0 ± 4,1 n=42
Albúmina	3,1 [2,7-3,6] 3,2 ± 0,7 n=154	3,6 [3,1-4,0] 3,5 ± 0,7 n=233	3,3 [3,0-3,7] 3,3 ± 0,7 n=51
Protrombina	60,0 [48,0-75,5] 65,7 ± 61,4 n=151	76,0 [63,0-90,0] 75,5 ± 18,8 n=227	63,0 [49,5-82,8] 65,8 ± 21,4 n=50
Plaquetas	130,5 [95,0-182,0] 148,4 ± 83,8 n=154	125,0 [93,0-179,0] 147,2 ± 86,0 n=233	116,0 [88,5-148,5] 127,7 ± 69,3 n=51

Tabla 12. Resultados de bilirrubina total, ALT, AST, GGT, albúmina, actividad de protrombina y recuento de plaquetas en pacientes con cirrosis por alcohol, MASLD y MetALD, expresados en mediana [rango intercuartil] y en media ± DE

De manera similar, el score de Child-Pugh fue más elevado en pacientes con cirrosis alcohólica (mediana 8,5, rango intercuartil 7,0-10,0) que en los pacientes con MASLD (mediana 6,0, rango intercuartil 5,0-8,0). Una vez más, en los pacientes con MetALD se observaron valores intermedios (Gráfico 94).

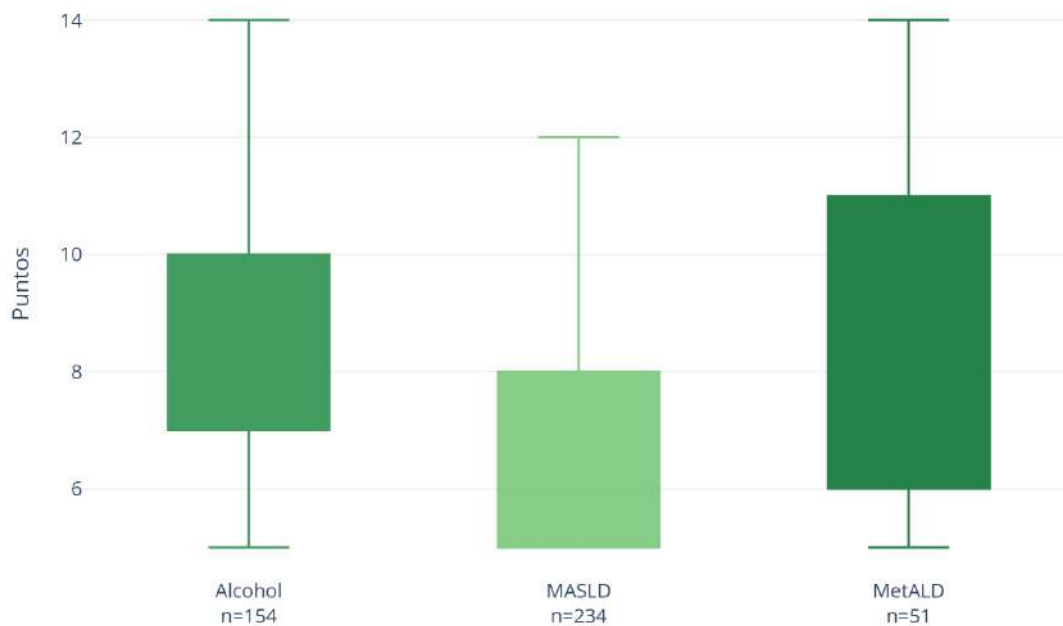


Gráfico 94. Gráfico de box-plots que muestra los valores de score de Child-Pugh en pacientes con cirrosis por alcohol, MASLD y MetALD

Una similar observación se produce al comparar los resultados de MELD-Na. Los valores de mediana (rango intercuartil) son más elevados en cirrosis por alcohol (14,5 [10,0-20,0]) que en MASLD (9,0 [7,0-12,0]); mientras que en MetALD son intermedios (11,0 [8,0-18,5]).

Como es esperable, esta observación se repite en la comparación de los resultados de MELD 3.0.

La tabla 13 nos muestra los resultados de Child-Pugh, MELD-Na y MELD 3.0 en los pacientes con cirrosis por alcohol, MASLD y MetALD.

Score	Alcohol n=154	MASLD n=234	MetALD n=51
Child-Pugh	n=154 Mín 5 - Máx 14 8,6 ± 2,4 8,5 [7,0-10,0]	n=234 Mín 5 - Máx 13 6,7 ± 2,0 6,0 [5,0-8,0]	n=51 Mín 5 - Máx 14 8,1 ± 2,7 7,0 [6,0-11,0]
MELD-Na	n=152 Mín 6 - Máx 35 15,6 ± 6,8 14,5 [10,0-20,0]	n=233 Mín 6 - Máx 30 10,8 ± 4,7 9,0 [7,0-12,0]	n=47 Mín 6 - Máx 30 13,4 ± 6,1 11,0 [8,0-18,5]
MELD 3.0	n=150 Mín 6 - Máx 78 16,4 ± 8,2 15,0 [11,0-20,0]	n=229 Mín 6 - Máx 32 11,4 ± 4,7 10,0 [8,0-13,0]	n=48 Mín 6 - Máx 31 13,9 ± 6,3 12,0 [8,0-19,0]

Tabla 13. Resultados de Child-Pugh, MELD-Na y MELD 3.0 en los pacientes con cirrosis por alcohol, MASLD y MetALD

En cuanto a la prevalencia de diferentes complicaciones de la cirrosis, la ascitis estuvo presente en 71,4%, 35,0% y 56,9% de los pacientes con alcohol, MASLD y MetALD, respectivamente; encefalopatía, en 34,4%, 17,1% y 31,4% respectivamente, de los pacientes con alcohol, MASLD y MetALD; y hemorragia digestiva en 24,0%, 17,1% y 17,6%, respectivamente, de los pacientes con alcohol, MASLD y MetALD.

La prevalencia de injuria renal también fue más elevada en cirrosis por alcohol que en MASLD (15,6% versus 6,0%, respectivamente) e intermedia en MetALD (9,8%) (Gráfico 95).

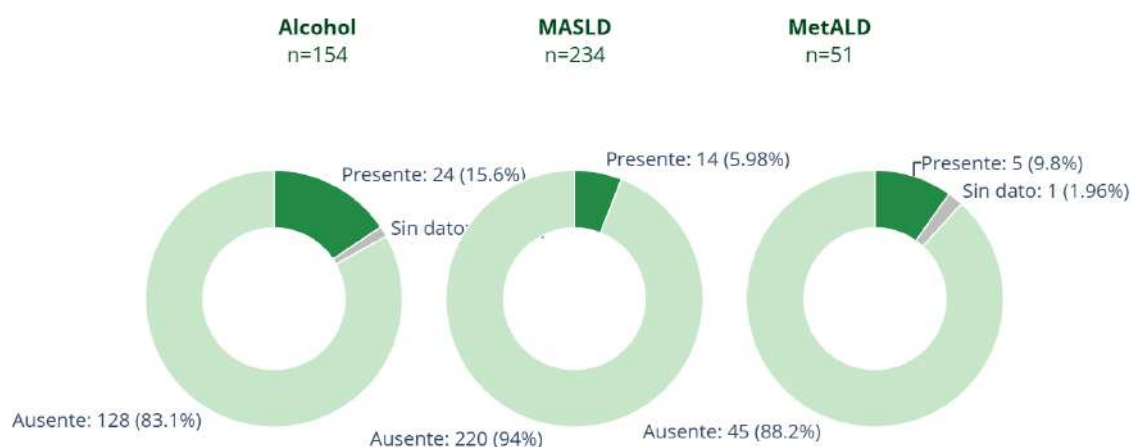


Gráfico 95. Prevalencia de injuria renal en pacientes con cirrosis por alcohol, MASLD y MetALD

La prevalencia de hepatocarcinoma (HCC) fue similar en las 3 etiologías, 6,5% en alcohol, 5,6% en MASLD, 5,9% en MetALD (Gráfico 96).

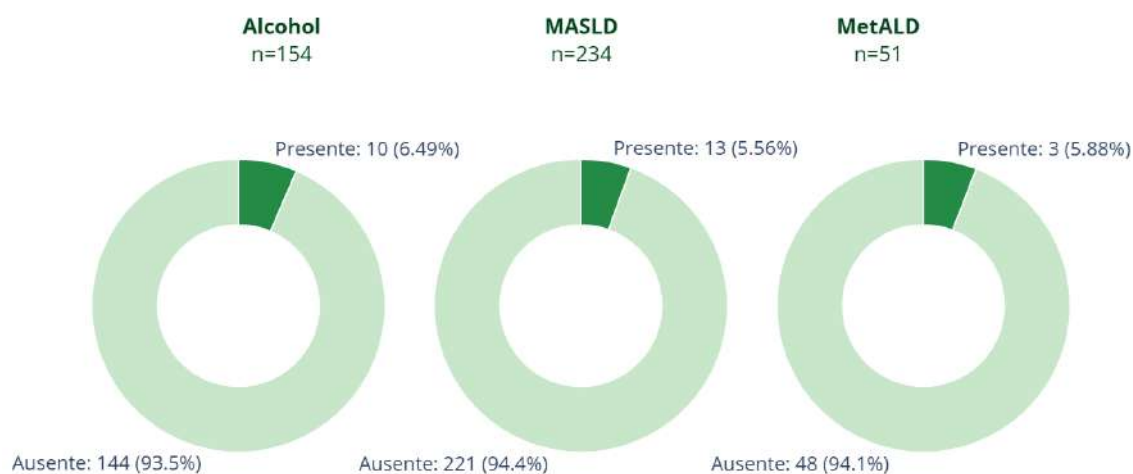


Gráfico 96. Prevalencia de HCC en pacientes con cirrosis por alcohol, MASLD y MetALD

La tabla 14 muestra las variables continuas analizadas en los pacientes con cirrosis por MetALD, separadas de acuerdo a si la enfermedad estaba compensada o descompensada. Como es esperable, los valores de score de Child-Pugh, MELD-Na, MELD 3.0 son significativamente más elevados en la cirrosis descompensada que en la compensada; mientras que los de albúmina y actividad de protrombina son significativamente menores en la cirrosis descompensada que en la compensada.

Variable	Compensada n=16 ; mediana [IQR]	Descompensada n=35 ; mediana [IQR]	p-valor	p adj (BH)	r	Sig
Edad (años)	63,5 [58,2-67,0]	60,0 [52,5-67,0]	0,2189	0,2675	-0,218	
Child-Pugh	5,0 [5,0-6,0]	9,0 [7,0-11,0]	< 0,0001	0,0002	0,755	Sí
MELD-Na	9,0 [7,0-11,0]	14,0 [10,2-19,0]	0,0114	0,0251	0,482	Sí
MELD 3.0	8,0 [7,0-11,0]	16,0 [11,0-20,0]	0,0011	0,0040	0,594	Sí
Bilirrubina total	0,9 [0,8-2,2]	2,2 [1,0-5,7]	0,0394	0,0619	0,366	-
ALT	0,9 [0,4-1,6]	1,0 [0,5-1,3]	0,6113	0,6113	0,091	
AST	0,9 [0,6-1,4]	1,4 [1,0-2,6]	0,0311	0,0571	0,380	-
GGT	2,1 [0,5-5,4]	1,1 [0,9-2,9]	0,5170	0,5687	-0,123	
Albúmina	3,7 [3,5-4,1]	3,0 [2,8-3,5]	0,0002	0,0013	-0,648	Sí
Protrombina	83,0 [74,2-95,2]	59,0 [48,2-71,2]	0,0031	0,0086	-0,524	Sí
Plaquetas	133,0 [101,8-207,8]	105,0 [82,0-125,0]	0,0646	0,0889	-0,327	-

Tabla 14. Variables continuas en pacientes con cirrosis compensada versus descompensada por MetALD

Se debe recordar que el término MetALD es relativamente nuevo y fue propuesto en los mismos consensos de tipo Delphi que reemplazaron a la antigua definición de NAFLD por la nueva nomenclatura MASLD (por *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*)^{1,2}. Los autores acordaron que se definiría como portador de MASLD a aquel paciente que tuviera esteatosis hepática más la presencia de al menos 1 de 5 factores de riesgo cardiometabólicos y cuya ingesta de etanol fuera menor que 140 gr/semana en la mujer y menor que 210 gr/semana en el hombre. Además, acuñaron el nuevo término MetALD para definir a pacientes con esteatosis hepática más al menos 1 de 5 factores de riesgo cardiometabólicos pero que tuvieran una ingesta de alcohol mayor que la aceptada para la definición de MASLD. Los márgenes propuestos para la definición de MetALD son una ingesta de alcohol mayor que 140 pero hasta un máximo de 350 gr/semana en la mujer y mayor que 210 pero hasta un máximo de 420 gr/semana en el hombre. Si los niveles de ingesta de etanol fueran mayores que los señalados, la etiología de la enfermedad hepática sería considerada el consumo excesivo de alcohol aunque el paciente tuviera presencia de alguno de los 5 criterios cardiometabólicos.

Estas definiciones tienen la dificultad de que se basan en la anamnesis del paciente y/o de sus familiares, lo que podría en alguna ocasión subestimar la real ingesta de etanol. Algunos expertos están proponiendo el uso de biomarcadores del metabolismo del etanol, como el fosfatidil-etanol o el uso de cuestionarios como el AUDIT-C para minimizar el problema³. Una fortaleza de nuestro registro es que, en general, el interrogatorio de los pacientes y/o sus familiares sobre los antecedentes de ingesta de etanol ha sido realizado por los mismos miembros de la SAHE que participan del observatorio (y no por auxiliares administrativos, enfermeras, etc., como a veces sucede en algunos estudios). Mientras tanto, es importante enfatizar que, dado la reciente definición de esta entidad, la historia natural y pronóstico de los pacientes con MetALD es menos conocido que el de pacientes con esteatosis hepática metabólica pura o con esteatosis hepática alcohólica (consumo de alcohol semanal mayor de 350 gr en la mujer y mayor de 420 gr en el hombre).

En nuestra serie, el grupo de pacientes con MetALD se asemeja más en cuanto a sus características demográficas, clínicas y bioquímicas al de los pacientes con cirrosis alcohólica que a los de MASLD. Esto podría ser secundario a una característica intrínseca de esta nueva entidad, muy probable ya que se trata de pacientes que tienen 2 diferentes noxas que pueden conducir a la progresión de la injuria y la fibrosis hepática; o al aspecto ya mencionado de basar el diagnóstico en el consumo de alcohol auto-reportado por los pacientes. También, es importante señalar que esta evaluación actual de nuestro registro tiene que ser considerada como algo preliminar, dado que la serie por el momento sólo comprende a 51 pacientes con esta patología.

Referencias

1. Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Hepatology* 2023;78:1966-1986.

2. Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclatura. J Hepatol 2023;79:1542-1556.
3. Arab JP, Díaz LA, Rehm J, et al. Metabolic dysfunction and alcohol-related liver disease (MetALD): Position statement by an expert panel on alcohol-related liver disease. J Hepatol 2025;82:744-756.

7.9.4 Autoinmunidad

De los 573 casos diagnosticados durante el 2025, el 13,8% (79 casos) correspondió a enfermedades hepáticas autoinmunes: 42 casos de hepatitis autoinmune (HAI), 33 casos de colangitis biliar primaria (CBP), 1 caso de colangitis esclerosante primaria (CEP) y 3 casos de superposición (uno de HAI + CEP y dos de HAI + CBP) (Gráficos 97 y 98).

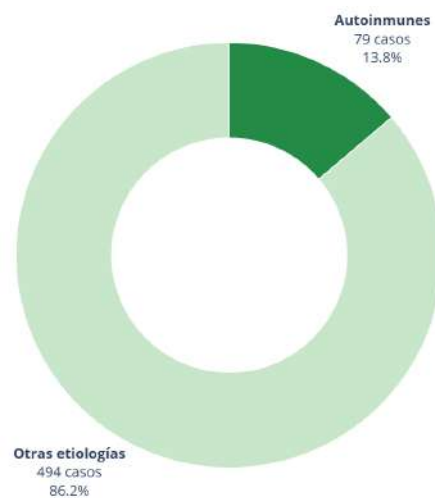


Gráfico 97. Casos autoinmune sobre el total de reportes (573 casos)

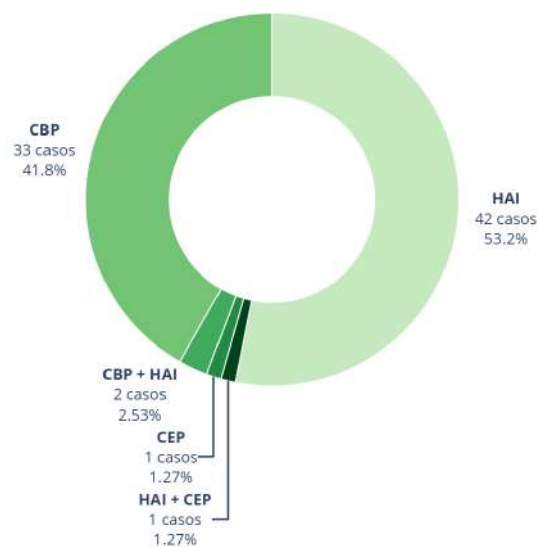


Gráfico 98. Distribución de casos autoinmunes por etiología. Total pacientes con enfermedad autoinmune: 79

De estos 79 casos, el 83,5% (66 casos) corresponden a pacientes del sexo femenino, mientras que el 16,5 % (13 casos) son de sexo masculino. El rango etario de mayor frecuencia fue de los 50 a 59 años, con la siguiente distribución por edad y sexo: 10 a 19 años, 2 mujeres; 20 a 29 años, 2 mujeres; 30 a 39 años, 3 mujeres y 1 varón; 40 a 49 años, 10 mujeres y 2 varones, 50 a 59 años, 24 mujeres y 4 varones; 60 a 69 años, 17 mujeres y 5 varones, 70 a 79 años, 8 mujeres; 80 a 89 años, 1 varón (Gráficos 99 y 100).

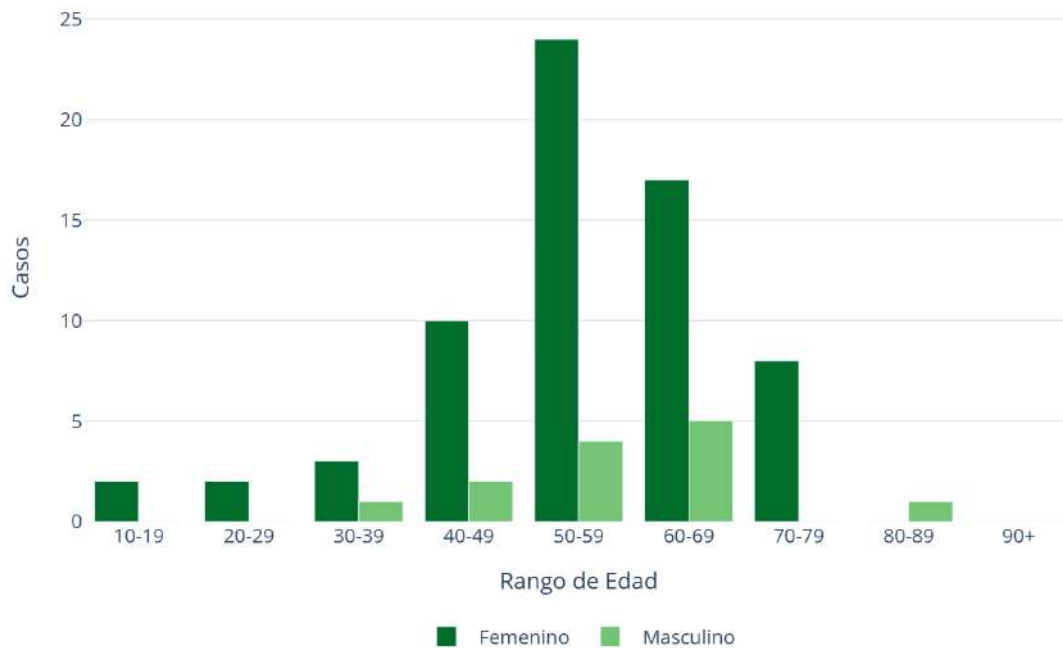


Gráfico 99. Distribución por sexo y edad

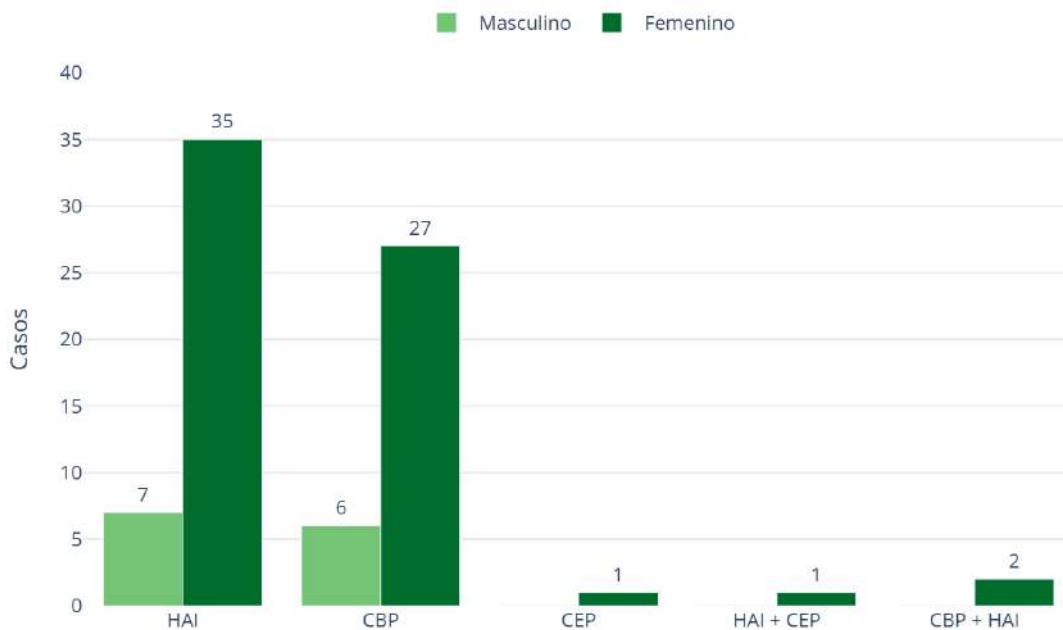


Gráfico 100. Distribución de etiología por sexo

El 53,2% de los casos de patologías autoinmunes son de HAI (42 casos). La edad mínima de los casos es de 19 y la máxima es de 82, con un promedio 54,6. El sexo de los casos fue predominantemente femenino: 35 mujeres y 7 hombres. El Child promedio fue de 8,2 (mínimo 5, máximo 13), el MELD Na promedio de 15,5 (mínimo 6, máximo 29) y el MELD 3.0 promedio de 16,7 (mínimo 7, máximo 31). La HAI tuvo mayores valores de MELD y Child tanto por sí sola como en superposición con CEP.

El 41,8% de los casos de patologías autoinmunes son de CBP (33 casos). La edad mínima de los casos es de 43 y la máxima es de 76, con un promedio 56,8. El sexo de los casos fue predominantemente femenino: 27 mujeres y 6 hombres. El Child promedio fue de 7,2 (mínimo 5, máximo 12), el MELD Na promedio de 11,8 (mínimo 6, máximo 30) y el MELD 3.0 promedio de 13,4 (mínimo 6, máximo 30).

El 2,53% de los casos de patologías autoinmunes son de CBP + HAI (2 casos). Uno de los casos es de 55 años y otro de 63 años. Ambas pacientes eran mujeres. El Child promedio fue de 7,5 (uno de 6 y uno de 9), el MELD Na promedio de 14 (uno de 13 y uno de 14) y el MELD 3.0 promedio de 16,5 (uno de 15 y uno de 18).

El 1,27% de los casos de patologías autoinmunes son de HAI + CEP (1 caso). La paciente es femenina y tiene 46 años. El Child fue de 10 y el MELD Na fue de 29.

El 1,27% de los casos de patologías autoinmunes son de CEP (1 caso). La paciente es femenina y tiene 61 años. El Child fue de 6, el MELD Na fue de 10 y el MELD 3.0 de 12 (Gráficos 101 y 102).

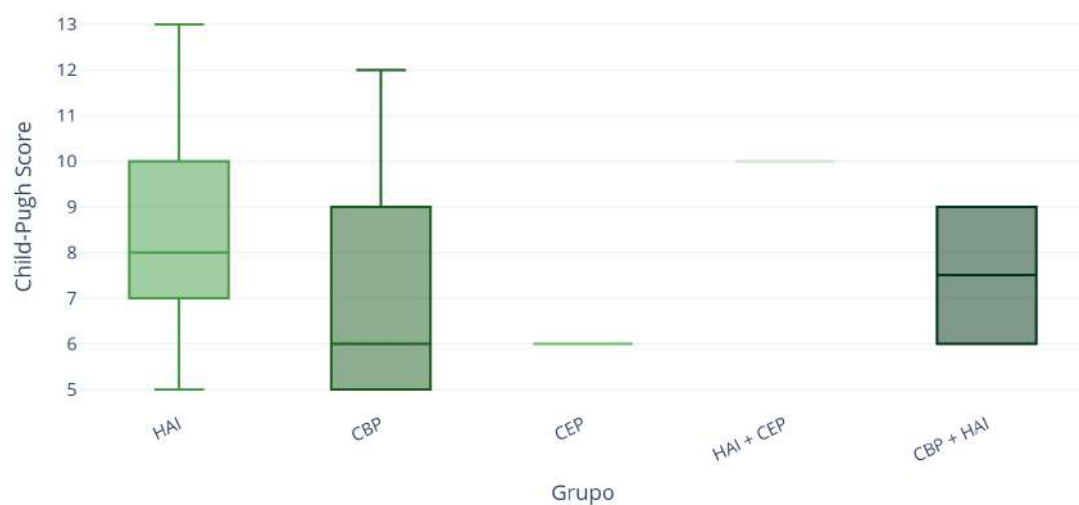


Gráfico 101. Child-Pugh por grupo de enfermedad autoinmune



Gráfico 102. MELD-Na y MELD 3.0 por grupo de enfermedad autoinmune

Estas características se corresponden con la prevalencia por sexo y por edad reportada para las enfermedades autoinmunes. La hepatitis autoinmune tiene una incidencia global de 1,28 casos cada 100000 personas-años y una prevalencia de 15,65 casos cada 100000 personas, con una marcada predominancia femenina en una relación de 4 a 10:1, variación geográfica e incidencia en aumento de los últimos años^{1,2}. Los reportes iniciales sugerían una distribución etaria bimodal con picos a los 10-30 y 40-60 años, pero hoy se la reconoce en todos los grupos etarios desde la infancia hasta octogenarios^{2,3}. La mayor prevalencia es en adultos de más de 65 años (44.05 cada 100000)¹. No hay datos referentes a los pacientes en latinoamérica, pero se sabe que los pacientes hispanos frecuentemente se encuentran cirróticos al momento del diagnóstico y tienen menor edad al promedio reportado (50-59 años)^{3,4}. Por su parte, la colangitis biliar primaria tiene una incidencia global de 1,76-1,8 cada 100000 personas-años y una prevalencia de 14,6-18,1 cada 100000 personas. También tiene una marcada predominancia femenina en una relación de 10:1⁹, variación geográfica y prevalencia en aumento^{5,6,7}. Los estudios sugieren que al menos 1 de cada 1000 mujeres de más de 40 años tiene la enfermedad⁸. El pico de incidencia es entre los 60 y 79 años^{5,7}.

El diagnóstico de cirrosis en la gran mayoría de los casos fue clínico. Se realizaron biopsias con mayor frecuencia en los casos de superposición y de hepatitis autoinmune - lo cual se correlaciona con la importancia del estudio histológico para el diagnóstico certero de estas enfermedades (Gráfico 103).

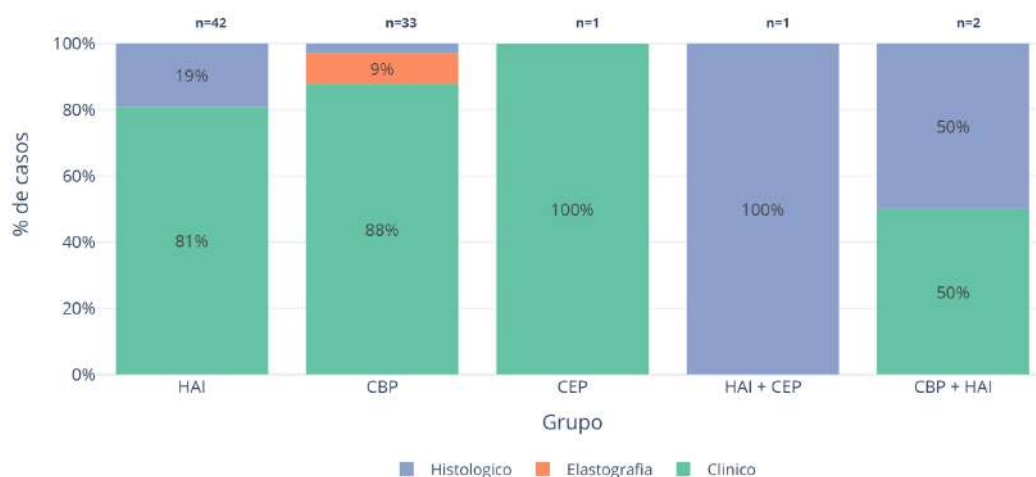


Gráfico 103. Criterio de diagnóstico de cirrosis por grupo de enfermedad autoinmune

Como en la mayor parte de los reportes de nuestro registro, el 60,8% de los casos de hepatopatías autoinmunes se encontraban descompensados y el motivo de consulta (Gráfico 104 y Tabla 15) frecuentemente fue múltiple (26 casos del total), siendo los principales: alteraciones bioquímicas, ascitis y otros (no especificados). La co-ocurrencia de motivos mostró una asociación repetida de alteraciones bioquímicas e imágenes (10 casos), alteraciones bioquímicas y otros (6 casos), ascitis y encefalopatía (5 casos). La presencia aguda de descompensaciones ocurrió en el 40,5%, siendo baja la prevalencia de enfermedad aguda sobre crónica (ACLD), en sólo 7 casos: 3 casos con ACLD I, 2 casos con ACLD II y 2 casos con ACLD III. La causa de la descompensación fue informada en menos de la mitad de los casos, y fue sin causa aparente en la mayoría de los mismos (27,8%), seguido por otra causa (no especificada - 9 casos - 11,4%), infección bacteriana (5 casos - 6,3%), un caso (1,3%) por múltiples causas y un caso (1,3%) por consumo de alcohol.

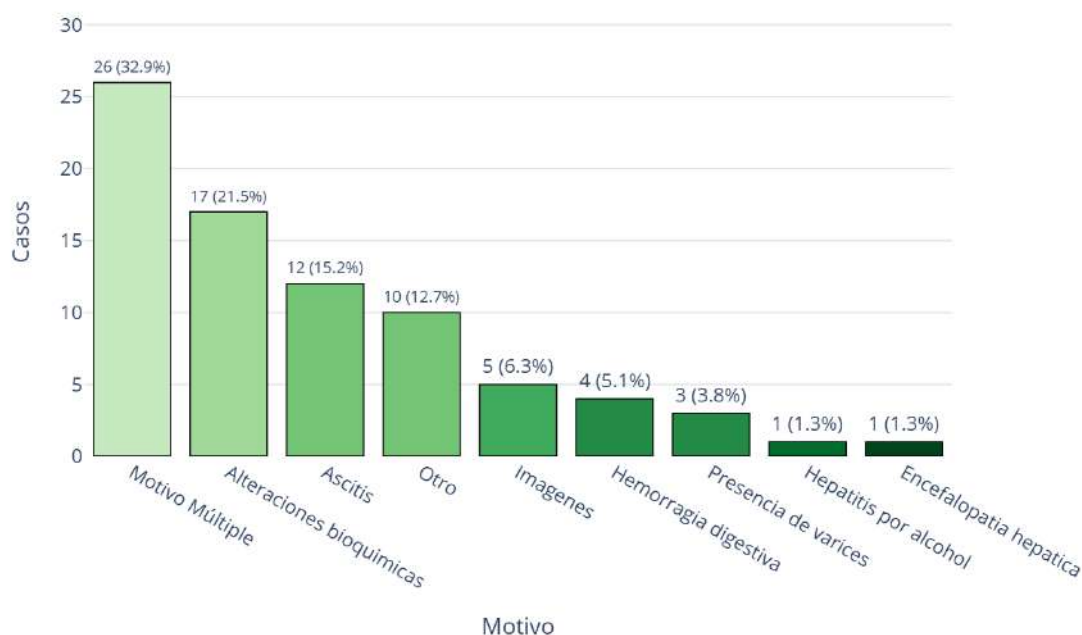


Gráfico 104. Motivo de consulta en pacientes con enfermedad autoinmune

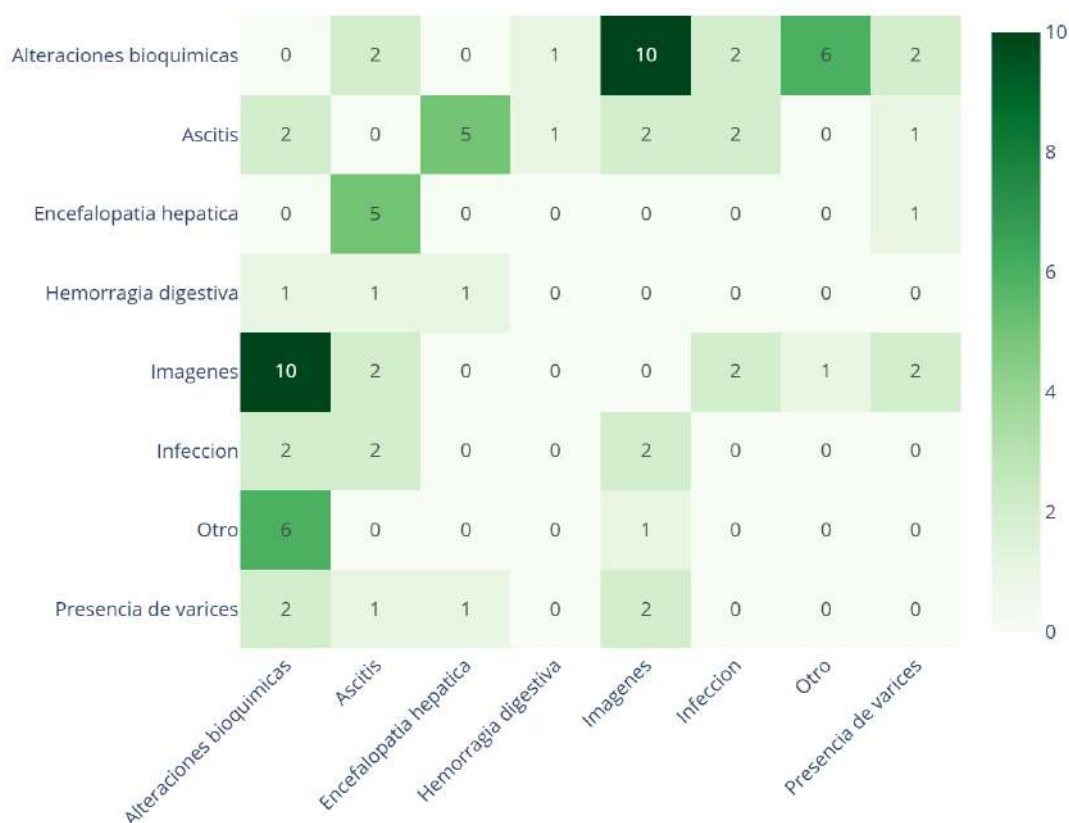


Tabla 15. Co-ocurrencia de motivos de consulta en pacientes con enfermedad autoinmune

Como describe la bibliografía, la hipertensión portal clínicamente significativa de los pacientes con hepatitis autoinmune se manifiesta de manera predominante mediante esplenomegalia, seguido de la presencia de várices esofágicas, colaterales portosistémicas, ascitis, encefalopatía hepática y hemorragia variceal¹⁰. En nuestro registro se produjeron los siguientes hallazgos respecto de cada uno de los tipos de descompensaciones. El 40,5% de los casos presentaban ascitis al diagnóstico (Gráfico 105). De estos, el 24,1% tenía ascitis moderada, el 8,9% mínima y el 7,6% severa. El 15,2% presentaban encefalopatía: 33,3% grado I, 50% grado II y 16,7% grado III. Los pacientes con injuria renal fueron 5 de 79 (6.3%), siendo 4 casos de injuria prerrenal y un caso de injuria crónica. El 69,6% de las autoinmunes tenía hipertensión portal clínicamente significativa. De 57 pacientes con VEDA realizada (Gráfico 106), el 66,6% tenía várices (36,8% pequeñas y 29,8% grandes). Diez casos habían presentado hemorragia digestiva variceal (Gráfico 107). Sólo 1 caso de los 79 tuvo diagnóstico de hepatocarcinoma, de estadio indeterminado.

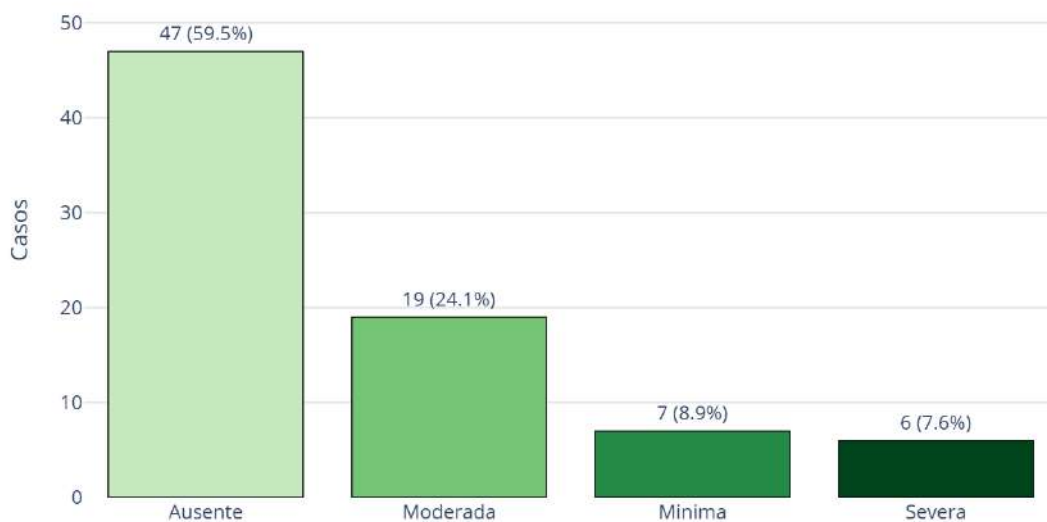


Gráfico 105. Prevalencia de ascitis en pacientes con diagnóstico de cirrosis de etiología autoinmune

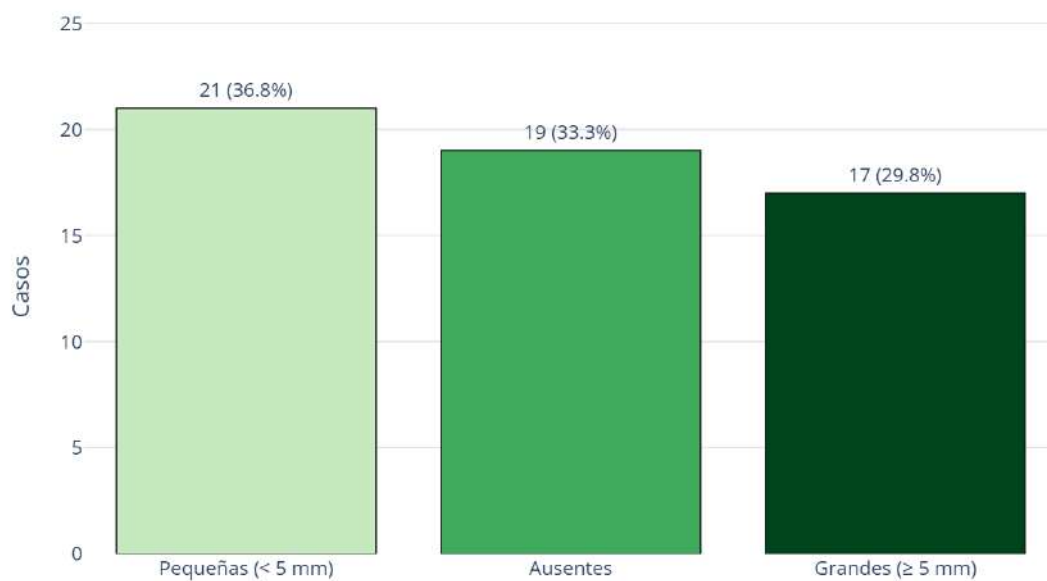


Gráfico 106. Presencia de várices esofágicas en pacientes con cirrosis de etiología autoinmune en quienes se realizó VEDA (57 de 79 pacientes - 72,2%)

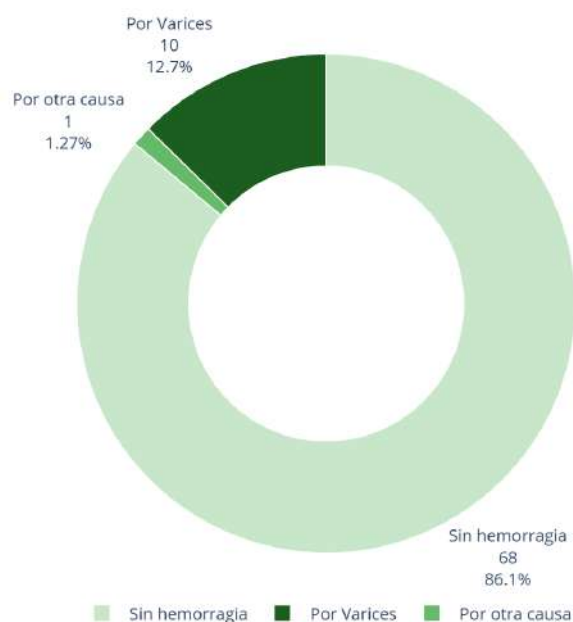


Gráfico 107. Antecedente de hemorragia digestiva y su causa en pacientes con cirrosis de etiología autoinmune. Casos de hemorragia: 11 de 79 (13,9%)

Al hacer el análisis de descompensaciones por etiología, observamos que dentro de los 42 casos de hepatitis autoinmune, el 71% presentaba hipertensión portal con várices en el 48%, ascitis en el 45% y encefalopatía el 17%. Hubo 3 casos (7%) de injuria renal, dos (5%) de hemorragia variceal y un caso (2%) de hepatocarcinoma. Dentro de los 33 casos de CBP, el 73% presentaba hipertensión portal con várices en el 52%, ascitis en el 36% y hemorragia en el 24%. Hubo 4 casos (12%) de encefalopatía, 2 casos (6%) de injuria renal y ningún hepatocarcinoma (Gráfico 108). El caso de CEP, que fue único, estaba descompensado por encefalopatía. De los casos de superposición, el de HAI + CEP se encontraba compensado y de los dos de CBP + HAI presentaban hipertensión portal, várices, ascitis y hemorragia digestiva.

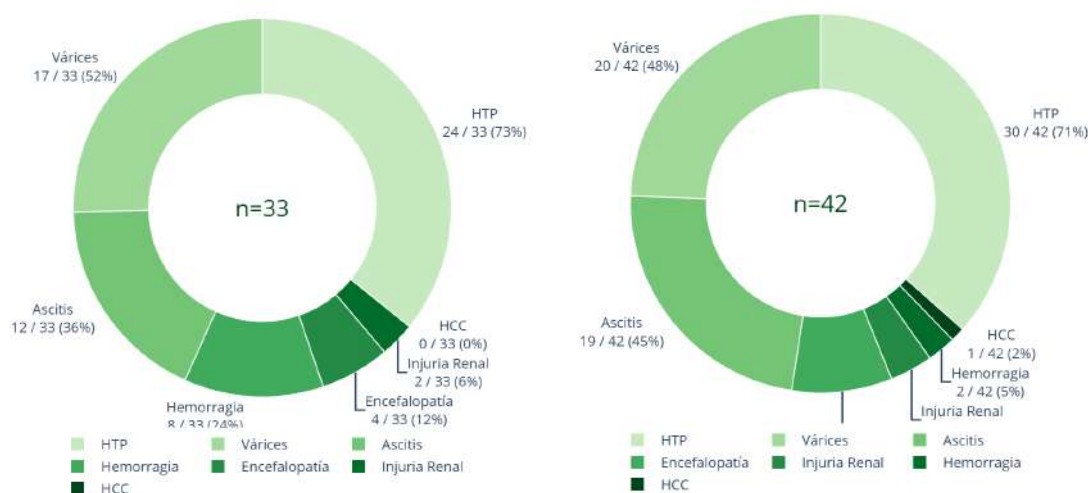


Gráfico 108. Complicaciones de cirrosis de etiología HAI (izquierda) y CBP (derecha)

Fueron evaluados para trasplante el 21,5% de las enfermedades autoinmunes, 17 de 79 casos: 12 de los 49 de HAI (29%), 4 de los 33 de CBP (12%) y el caso de HAI + CEP. De estos 17 totales, sólo 3 fueron efectivamente trasplantados (1 HAI y 2 CBP). La mortalidad a la semana 12 fue del 7,6% (6 casos de 79 - 4 con CBP y 2 con HAI) (Gráfico 109). De estos 6 casos, 3 (50%) fallecieron por causas infecciosas. Del resto se desconocen las causas.

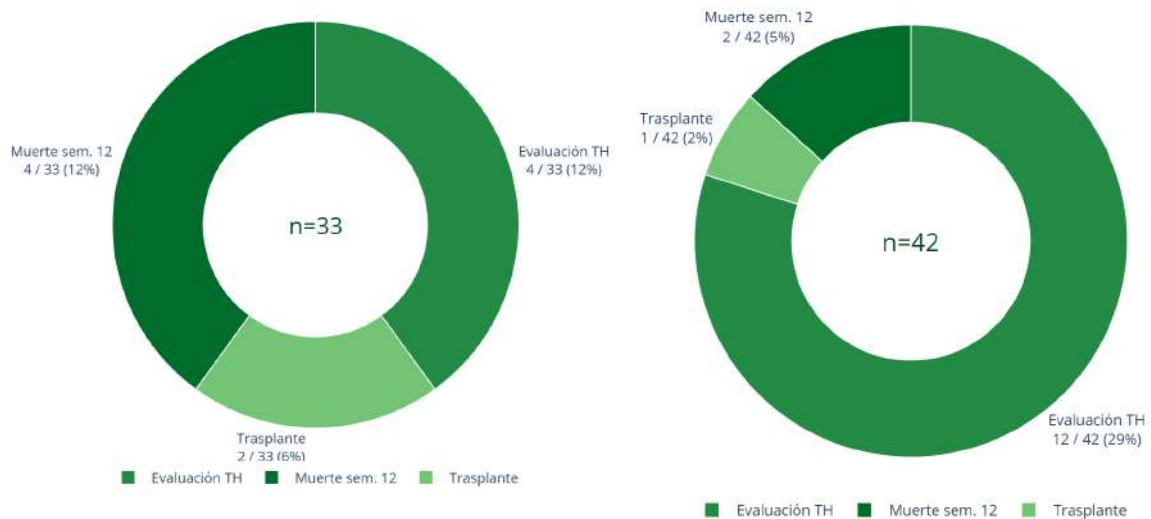


Gráfico 109. Evaluación para Trasplante y mortalidad a las 12 semanas del diagnóstico de cirrosis de etiología HAI (izquierda) y CBP (derecha)

Por último, podemos mencionar las características de la distribución geográfica de los casos de enfermedades hepáticas autoinmunes, dado que se observa cierta concentración en las regiones Patagonia, Noroeste, Buenos Aires y Cuyo (Gráficos 110 y 111).



Gráfico 110. Etiologías autoinmunes por región de país

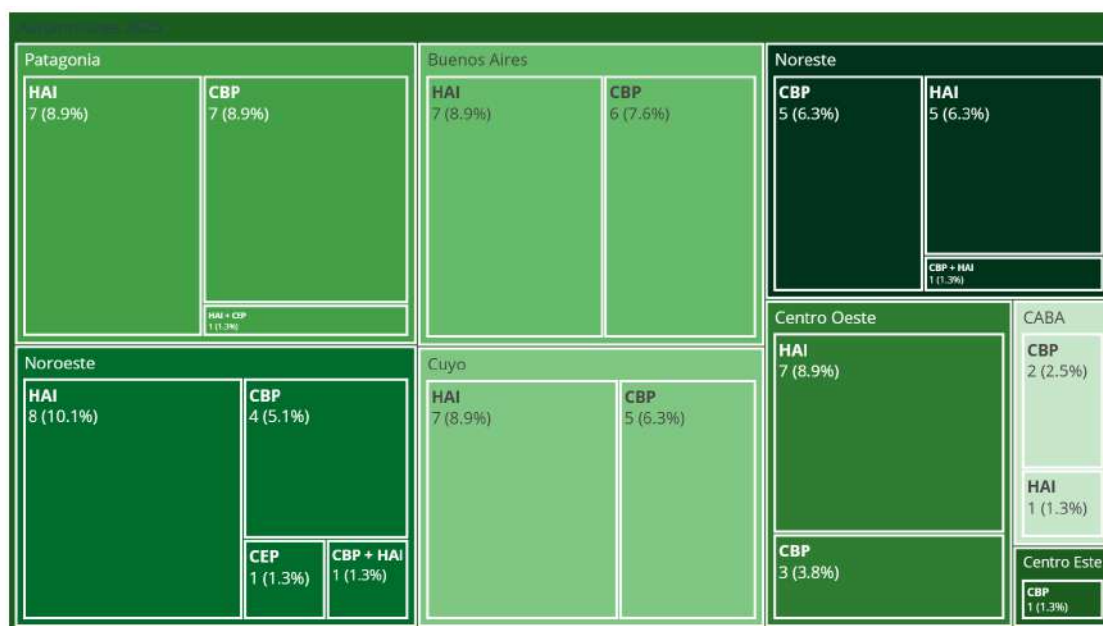


Gráfico 111. Etiologías autoinmunes por provincia y región de país

Referencias:

1. Hahn JW, Yang HR, Moon JS, et al. Global Incidence and Prevalence of Autoimmune Hepatitis, 1970-2022: A Systematic Review and Meta-Analysis. *E-Clinical Medicine*. 2023;65:102280
2. Heneghan MA, Yeoman AD, Verma S, Smith AD, Longhi MS. Autoimmune Hepatitis. *Lancet*. 2013;382(9902):1433-44
3. Mack CL, Adams D, Assis DN, et al. Diagnosis and Management of Autoimmune Hepatitis in Adults and Children: 2019 Practice Guidance and Guidelines From the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2020;72(2):671-722
4. Bittermann T, Lewis JD, Levy C, Goldberg DS. Sociodemographic and Geographic Differences in the US Epidemiology of Autoimmune Hepatitis With and Without Cirrhosis. *Hepatology*. 2023;77(2):367-378
5. Tanaka A, Ma X, Takahashi A, Vierling JM. Primary Biliary Cholangitis. *Lancet*. 2024;404(10457):1053-1066
6. Jie-Rae Tan J, Lam Chung AH, Loo JH, et al. Global Epidemiology of Primary Biliary Cholangitis: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2025;S1542-3565(25)00418-5
7. Lv T, Chen S, Li M, et al. Regional Variation and Temporal Trend of Primary Biliary Cholangitis Epidemiology: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2021;36(6):1423-1434
8. Lleo A, Wang GQ, Gershwin ME, Hirschfield GM. Primary Biliary Cholangitis. *Lancet*. 2020;396(10266):1915-1926

9. Carey EJ, Ali AH, Lindor KD. Primary Biliary Cirrhosis. Lancet. 2015;386(10003):1565-75
10. Burghart L, Treiber S, Bauer D, et al. Clinical Features of Portal Hypertension and Their Prognostic Implications in Patients With Autoimmune Hepatitis. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2026;63(2):264-275

7.9.5 Hepatitis virales crónicas

Se reportaron 51 (8,9%) casos de hepatitis C y 4 casos de hepatitis B (0,7%). Analizaremos cada una de las infecciones por separado.

7.9.5.1 Hepatitis C

Los datos demográficos informaron 31 pacientes de sexo masculino (60,8%) y 20 pacientes de sexo femenino (39,2%), con una mediana de edad de 60 años.

De los 51 casos de hepatitis C, 35 de ellos (68,3%) tenían hepatitis C como única causa de cirrosis, 8 pacientes (15,7%) presentaron hepatitis C + alcohol, 5 pacientes (9,8%) hepatitis C + MASLD y 3 casos (5,88%) registraron hepatitis C + MetALD, afirmando la importancia del hígado graso y el alcohol en nuestro país.

La distribución por rango etario y sexo fue la siguiente:

- De 40 a 49 años: 3 varones (5,9%) y 1 mujer (2,0%)
- De 50 a 59 años: 13 varones (25,5%) y 8 mujeres (15,7%)
- De 60 y 69 años: 10 varones (19,6%) y 8 mujeres (15,7%)
- De 70 a 79 años: 5 varones (9,8%) y 1 mujer (2,0%)
- De 80 a 89 años: 2 varones (el 3,9%).

Estos datos son consistentes con las características de nuestra región y refuerzan la idea de insistir no solo con el testeo universal, sino también con la necesidad de implementar estrategias más activas en la detección precoz del HCV. En esta muestra no encontramos impacto en población más joven, quizás porque no tuvieron tiempo de desarrollar cirrosis. Si el 30% de los pacientes con HCV desarrollan cirrosis, ¿cuántos de los pacientes con HCV están esperando ser diagnosticados en estadios anteriores sin cirrosis y sin descompensación?

Al analizar el motivo de consulta, los datos se distribuyeron de la siguiente manera:

- Alteraciones bioquímicas 16 casos (31,4%)
- Ascitis 14 casos (27,5%)
- Imágenes 6 casos (11,8%)
- Encefalopatía hepática 5 casos (9,8%)
- Hemorragia digestiva 4 casos (7,8%)
- Infección 3 casos (5,9%)
- Presencia de várices 1 caso (2,0%)
- Otros motivos 15 casos (18,4%)

Estos valores hallados mantienen concordancia con lo que señala la literatura científica universal, asimismo ponen de manifiesto el carácter asintomático y la baja sospecha del sistema de salud.

Al examinar los genotipos del virus HCV, se evidenciaron los siguientes datos:

- Genotipo 1b: 12 casos (23,5%)

- Genotipo 3: 3 casos (5,9%)
- Genotipo 2: 2 casos (3,9%)
- Genotipo 1a: 2 casos (3,9%)
- No corresponde: 1 caso (2,0%). Viremia negativa.
- Sin datos: 1 caso (2,9%)

Cabe destacar que se registraron 30 casos (58,8%) sin genotipificar, según la tendencia actual de las guías.

En cuanto a la viremia, en nuestra cohorte encontramos que 36 pacientes (70,6%) tuvieron viremia detectable, 11 pacientes (21,6%) viremia no detectable y 4 pacientes (7,84%) viremia no disponible.

Con respecto al tratamiento, 39 pacientes (76,5%) no recibieron tratamiento previo y 12 pacientes (23,5%) sí lo recibieron. De éstos últimos, 11 casos registraron viremia no detectable y un caso detectable. En cuanto a los que estaban sin tratamiento previo, la viremia fue detectable en 35 pacientes (97,2%).

La acción terapéutica correcta y la respuesta virológica sostenida (RVS) resultan vitales para observar la evolución de la patología y alcanzar la cura, por lo que se requiere la mirada atenta de un grupo de profesionales de la salud que incluya un hepatólogo.

La falta de confirmación de la viremia es un factor importante en la pérdida de seguimiento de los pacientes con HCV. Es necesario desarrollar estrategias de atención centradas en cada paciente, basadas en un enfoque panviral, preventivo y simplificado que favorezca la continuidad del seguimiento. La hostilidad del sistema de salud, las barreras económicas y sociales son también responsables de que no podamos erradicar las hepatitis virales.

Como muestran las Tablas 16 y 17, los casos curados fueron solo 11, por lo cual la muestra resulta insuficiente para el análisis estadístico, aunque se evidencia una tendencia en todas las variables hacia menos severidad en pacientes curados. Esto se refleja en los deltas de mejora que se observan en la siguiente tabla.

Variable	n	Curados n=11 Mediana [RIC]	n	No curados n=36 Mediana [RIC]	p (MW)	Δ mejora (%)
MELD-Na	11	8,0 [6,5-10,0]	36	9,5 [7,0-13,2]	0,176	+15,8%
MELD 3.0	11	8,0 [7,5-10,5]	35	10,0 [8,0-16,0]	0,209	+20,0%
Child-Pugh	11	5,0 [5,0-6,0]	36	6,0 [5,0-8,0]	0,108	+16,7%
Bilirrubina total	11	0,7 [0,6-1,4]	36	1,2 [1,0-2,0]	0,047	+41,7%
Albúmina	11	3,7 [3,5-4,3]	35	3,6 [3,0-3,8]	0,138	+2,8%
FIB-4	11	4,1 [2,4-6,8]	36	5,3 [3,7-8,2]	0,113	+23,1%
Elastografía (kPa)	8	17,9 [16,4-19,2]	11	24,9 [17,3-28,5]	0,215	+28,3%

Tabla 16. Laboratorio y scores en pacientes curados y no curados con hepatitis C

Complicación / estado	Curados n _{≤11}	No curados n _{≤36}	p (Fisher)	Δ mejora (%)
Descompensada	2/11 (18%)	18/36 (50%)	0,086	+64%
Várices esofagogástricas	3/10 (30%)	8/25 (32%)	1,000	+6%
Ascitis	1/11 (9%)	14/36 (39%)	0,078	+77%
Hepatocarcinoma	1/11 (9%)	6/36 (17%)	1,000	+45%

Tabla 17. Complicaciones en pacientes curados y no curados con hepatitis C

7.9.5.2 Cirrosis de etiología hepatitis C

Se presentaron en forma compensada 29 casos (56,9%) y 22 en forma descompensada (43,1%). Según score de Child-Pugh: A (5-6 puntos) 30 casos (58,8%), B (7-9 puntos) 13 casos (25,5%) y C (10-15 puntos) 8 casos (15,7%). Según MELD 3.0 (n=50): 10 (mediana) y MELD-Na (n=51): 10 (mediana).

La mediana en kPa de elastografía hepática (n= 20) fue de 18,3. Estos datos de disponibilidad de elastografía muestran la brecha entre la teoría y la práctica.

Los resultados de FIB-4 score fueron 4.8 (mediana).

Como parte de la investigación, se le realizó VEDA a 38/51, con evidencia de várices esofágicas pequeñas (menores a 5 mm) en 7 casos (18,4%), várices grandes (mayor o igual a 5 mm) en 12 casos (31,6%) y no presentaron várices 19 casos (50%). Presentaron ascitis 17 (33,33%) pacientes de los 51 de la muestra, resultando leve en 3 casos (17,6%), moderada en 9 (52,9%) y severa en 5 casos (29,4%).

La encefalopatía hepática estuvo presente en 6 (11,76%) de los 51 pacientes. En cuanto a la clasificación por grado, se registró el siguiente porcentaje calculado sobre n=6: grado I – 1 caso (16,7%); grado II – 4 casos (66,7%); grado III – 1 paciente (16,7%); grado IV – ningún caso.

No se evidenció injuria renal en 48 casos de los 51 casos. Se registró el siguiente porcentaje calculado sobre 3 casos con injuria renal (n=3): síndrome hepatorenal 1 paciente (33,3%), insuficiencia renal crónica 1 paciente (33,3%) e insuficiencia renal indeterminada también un caso (33,3%). No hubo casos de injuria prerrenal en este grupo.

Sobre la muestra de 51 casos, 6 (11,8%) presentaron várices y 45 casos (88,2%) sin várices.

7.9.5.3 Pacientes con hepatitis C que desarrollaron HCC

Se registraron 11 casos con hepatitis C con hepatocarcinoma (HCC), distribuidos el 81,8% en el sexo masculino y el 18,2% en el femenino. La edad mediana de los pacientes fue de 61 años. Estos casos con HCC por virus C (21,56%) presentaron mayor tendencia al HCC comparado con el grupo total de pacientes cirróticos (8,9%). Además, de los 11 pacientes con HCV que desarrollaron HCC, 5 casos presentaron hepatitis C sola (45,5%) y 6 casos evidenciaron etiología múltiple (54,5%). Solo 1 paciente curado desarrolló HCC.

Al analizar el sistema de salud y el tipo de cobertura médica, 5 pacientes se atendían en el ámbito público (45,5%), 2 (18,2%) lo hacían en el sector privado y 4 (36,4%) tenían obra social.

En cuanto al nivel educativo se observó que 3 pacientes tenían estudios primarios (27,3%), otros 3 pacientes nivel secundario (27,3%), 1 paciente había alcanzado estudios terciarios (9,1%) y 4 pacientes no presentaron ningún dato (36,4%).

Sobre el total de los 11 pacientes, se observó que la atención médica se distribuyó geográficamente de la siguiente manera dentro del país: Buenos Aires 3 casos (27%), Santa Fe 2 casos (18%), Córdoba 2 casos (18%), Tucumán 1 caso (9%), Misiones 1 caso (9%), Ciudad Autónoma de Buenos Aires 1 caso (9%) y Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur 1 caso (9%).

7.9.5.4 Hepatitis B

Los pacientes con hepatitis B fueron 4, todos del sexo masculino y la mediana de la edad fue de 64,5 años.

La hepatitis B es un problema de baja prevalencia en nuestro país, la información del ONEH es coherente con esta data, preocupa que estamos hablando de una enfermedad prevenible, poniendo foco en la vacunación y el diagnóstico precoz.

La distribución por rango etario fue la siguiente: de 40 a 49 años: 1 caso, de 60 a 69 años: 2 casos; de 80 a 89 años: 1 caso.

Como se observa, son muy pocos casos como para establecer un análisis significativo, pero en coherencia con el total MASLD y alcohol muestran importancia epidemiológica. En cuanto a los cuatro casos de hepatitis B, 2 pertenecían a hepatitis B aislada, 1 caso a hepatitis B + MASLD y 1 caso a hepatitis B + alcohol.

El análisis sobre el nivel educativo arrojó los siguientes datos: 1 paciente con título universitario, 1 paciente con título secundario, 1 caso con estudios terciarios y 1 caso sin datos.

Con respecto a las etiologías, si bien cada paciente puede tener más de una, se registró 1 caso de hepatitis B + alcohol y 1 caso de hepatitis B + MASLD.

Los motivos de consulta fueron los siguientes: alteraciones bioquímicas: 1 caso; ascitis: 1 caso; hemorragia digestiva: 1 caso; presencia de várices: 1 caso.

En cuanto a la viremia, en 3 casos fue detectable y 1 caso no detectable. Con respecto al tratamiento previo, 1 paciente lo había recibido, mientras que 3 pacientes no lo habían hecho. Se registró 1 caso con viremia detectable tratado previamente, 1 caso no detectable sin tratamiento previo y 2 casos detectables sin tratamiento previo. Estos porcentajes fueron calculados dentro de cada grupo de viremia en base a 4 casos con ambos datos. Como se observa, solo un caso estaba bajo tratamiento, dato que a pesar de corresponder a una muestra pequeña debería hacernos reflexionar.

Se presentaron 2 casos de cirrosis compensada y 2 de cirrosis descompensada. Según score de Child-Pugh: Child A (5-6) 2 casos, Child B (7-9) 1 caso y Child C (10-15) 1 caso.

En el único paciente al cual se le realizó una elastografía el valor en kPa fue de 50,0.

Se registró 1 caso sin VEDA. En los otros 3, el resultado fue: várices grandes (mayor o igual a 5 mm) 2 casos y várices pequeñas (menores a 5 mm) 1 caso. En

cuanto a la hemorragia digestiva previa (n=4) un caso fue por várices, en dos casos estuvo ausente y se registró 1 caso por otra causa.

7.10 Etiologías poco frecuentes

En la Tabla 18 se muestran los datos de etiologías infrecuentes, indefinidas y citogenéticas.

Etiología	Total	% del total	Compensada	Descompensada
Colangitis esclerosante primaria	2	0,3%	2	0
Hemocromatosis	7	1,2%	3	4
Enfermedad de Wilson	1	0,2%	0	1
Déficit de alfa-1 antitripsina	0	0,0%	0	0
Criptogénica	9	1,6%	1	8
Indefinida	9	1,6%	1	8
Infrecuente	1	0,2%	1	0

Tabla 18. Otras etiologías sobre total de 573 casos

8. Conclusiones

De este primer proyecto del Observatorio Nacional de Enfermedades Hepáticas de la Sociedad Argentina de Hepatología, participaron 138 profesionales de 51 centros de todo el país. La carga se inició en septiembre de 2025 y finalizó en marzo 2026, incluyendo pacientes con diagnóstico de cirrosis durante el año 2025 y completando una evaluación de 12 semanas.

El total de casos cargados fue de 573, con una leve predominancia masculina y una edad promedio de 60,6 años. El nivel educativo de la población fue principalmente el primario y la cobertura de salud predominó en las obras sociales. La distribución geográfica fue predominante en las provincias de Buenos Aires, Jujuy y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En general, la causa más frecuente de derivación a la consulta especializada fue la ascitis (27,4%) variando la frecuencia en relación con la etiología. La ascitis más otras manifestaciones de descompensación (hemorragia digestiva y encefalopatía hepática) estuvieron presentes en el 45% de los casos, mostrando una derivación tardía.

Las alteraciones de laboratorio y las imágenes fueron el motivo de derivación al especialista en poco más de un tercio de los casos. Al considerar este dato, surge la necesidad de incrementar el uso de estas herramientas en forma sistemática para detectar compromiso hepático y llevar a una derivación temprana antes de que la descompensación se manifieste clínicamente.

Por diagnósticos, las etiologías más frecuentemente observadas fueron MASLD (38,7%), seguida por alcohol (25,5%). Siguieron en frecuencia la hepatitis C (8,43%), el MetALD (8,43%), HAI (7,44%) y CBP (5,79%).

Por regiones se mantuvo como primera causa de cirrosis el MASLD seguida por el alcohol, salvo en la región Centro Este (Santa Fe y Entre Ríos) donde el alcohol predominó sobre MASLD significativamente (51,2% vs 30,2%) y en la región Patagonia donde estuvieron equiparadas.

De los 573 pacientes registrados, el 61,8% (354) se diagnosticaron en fase de cirrosis descompensada y el 76,6% tienen hipertensión portal clínicamente significativa, poniendo en evidencia la llegada tardía al diagnóstico de la enfermedad. La complicación más frecuente fue la ascitis moderada, presente en casi la mitad de los pacientes evaluados (47,8%), y un cuarto de esos casos fueron detectados al estudiarlos ya que no consultaron por ascitis, por lo que sugerimos buscarla en forma activa.

El síndrome hepatorenal fue detectado en frecuencias muy bajas respecto a otras publicaciones internacionales. Debemos cuestionarnos si tiene relación con una mejoría de los tratamientos, un subdiagnóstico, una presentación fenotípica de pacientes diferentes a otros países, tener población ambulatoria prevalente en este grupo de pacientes u otros motivos. Es la menos frecuente de las complicaciones reportadas: sólo 8 pacientes lo presentaron.

La hemorragia digestiva variceal fue la forma de presentación más frecuente de sangrado digestivo, con diferencias significativas respecto a otras presentaciones, siendo cercano al 70%. En la mayoría de los pacientes con cirrosis se realizó VEDA (74%), detectándose várices en más de la mitad, en su mayoría en estadios más avanzados (grandes, 60%).

La encefalopatía hepática es la segunda complicación reportada en frecuencia, en poco menos de un cuarto de los pacientes (22,7%). Los grados leves a moderados (I y II) se presentaron con mayor frecuencia estadística respecto de las formas severas (III y IV).

La hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) se encuentra en casi el 77% de la población diagnosticada. Sin dudas, en esta muestra, el diagnóstico de cirrosis se hace mayormente cuando el aumento de la presión portal se vuelve clínicamente significativo. El debut clínico se produce mediante la aparición de ascitis, de várices o de ambos. Existe un grupo significativo de pacientes con HPCS que no serían detectados de no realizarse estudios de mayor complejidad, tales como elastografía hepática o VEDA.

La descompensación se produjo sin causa aparente en el 41%, 22% secundario a consumo de alcohol y 14% desencadenada por infección bacteriana. Un 11% de los pacientes con cirrosis descompensada cumplieron criterios de ACLF. Si bien el principal criterio diagnóstico fue clínico, un tercio de los pacientes con cirrosis compensada se diagnosticaron por elastografía. En los pacientes compensados los principales motivos de consulta fueron hallazgos de laboratorio e imágenes. Los pacientes compensados fueron en su mayoría mujeres 56,6%, mientras que los pacientes descompensados fueron en su mayoría varones 61,3%.

Aproximadamente la mitad de los pacientes con MASLD fueron diagnosticados en fase de cirrosis compensada, a diferencia de pacientes con cirrosis por alcohol, MetALD y hepatitis autoinmune, en los que el 80%, el 70% y el 72% respectivamente fueron diagnosticados en fase de cirrosis descompensada.

La principal etiología de los pacientes diagnosticados en fase de cirrosis compensada fue el MASLD 48%, y luego en mucha menor proporción las otras etiologías alcohol 13%, hepatitis C 11%, MetALD, CBP, HAI. La principal etiología de los pacientes que se presentaron con cirrosis descompensada fueron el alcohol y el MASLD, ambas en similar proporción de un 32% cada una.

Los pacientes de etiología alcohol tienen 3 veces más chances de presentarse en fase de cirrosis descompensada con respecto a las otras etiologías, lo contrario ocurre con la etiología MASLD y HCV. Los pacientes con MASLD tienen la mitad de probabilidades de estar descompensados con respecto a las otras etiologías y esta probabilidad es aún mucho menor en la etiología por HCV.

Los pacientes con etiología alcohólica presentan una severidad clínica y analítica, de acuerdo a los scores de MELD, MELD-Na y Child significativamente mayor que aquellos con MASLD o HCV. La hepatitis autoinmune muestra una tendencia consistente hacia la mayor severidad dentro de la cohorte, igualando o superando los scores de la etiología alcohólica, aunque el tamaño de la muestra es más acotado. Esta tendencia a mayor severidad también se observa en pacientes con MetALD.

Los pacientes evaluados para trasplante representaron el 12,2% de las cirrosis registradas en 2025 y correspondieron mayoritariamente a enfermedad descompensada (85,7%). La causa metabólica (MASLD y MetALD, 41,4%) fue el grupo etiológico predominante, con una carga autoinmune/colestásica también elevada (25,7%) y una contribución viral baja (11,4%), en línea con la transición etiológica descrita en la región y con el impacto de los antivirales sobre la hepatitis C. Al corte, se habían realizado 8 trasplantes y se registraron 8 fallecimientos, mientras 55 pacientes continuaban en seguimiento. Estos hallazgos ofrecen una primera referencia nacional sobre el extremo más grave del espectro de la cirrosis y sientan las bases para el seguimiento de tendencias a medida que el registro incorpore la enfermedad en todos sus estadios.

MASLD es la primera causa de cirrosis en el país, representando el 38,7% de los casos. El 63,7% de los pacientes con cirrosis por MASLD son mujeres frente al 36,3% de hombres. Se presenta mayoritariamente en la sexta década de la vida. Esto difiere de los países desarrollados, donde en los hombres ocurre una década antes. La distribución geográfica deberá evaluarse más adelante con mayor carga de pacientes.

La mayoría de los pacientes no presenta síntomas. El diagnóstico se logra principalmente por hallazgos fortuitos en estudios de imágenes y alteraciones en análisis de laboratorio (bioquímica).

Las imágenes y el laboratorio clínico superan a las consultas por descompensación hepática, aunque la combinación de ambas (imágenes más alteraciones bioquímicas) es el escenario más frecuente.

Respecto de los factores de riesgo metabólicos mencionamos:

- Exceso de peso: el 83,3% de la muestra presenta sobrepeso u obesidad (IMC >25).
- Valor del IMC: el 59,8% ya sufre de obesidad (IMC >30), siendo el rango más frecuente entre 30 y 40 (42,7%).
- Vínculo obesidad-diabetes: El 50,4% (118 pacientes) presenta la combinación de obesidad y diabetes.

- El grupo de pacientes con peso normal (IMC <25) registró la tasa porcentual más alta de diabetes (69,2%), lo que demuestra que la disfunción metabólica severa ocurre incluso sin exceso de peso visible.

Cuando se compararon las alteraciones metabólicas en relación con la severidad de la enfermedad, no se observaron diferencias significativas.

En este registro de cirrosis prospectivo, realizado por médicos especialistas, los datos sobre consumo de alcohol fueron recopilados luego de una anamnesis directa, cara a cara, con el paciente y familiares, en un periodo de evaluación de 12 semanas en el cual se registraron el nivel de consumo de alcohol en gramos como promedio semanal, el tipo de consumo (regular o episódico) y la duración en décadas. Esta forma de registro constituye el estándar de oro del registro del consumo de alcohol en su vinculación con la enfermedad hepática. Estos datos permitieron a los especialistas incluir los casos en las distintas etiologías como alcohol, MASLD y MetALD.

Esta metodología permitió realizar el diagnóstico de cirrosis por alcohol en el 26,9%, constituyendo la segunda etiología más frecuente a nivel nacional y en la mayoría de las regiones del país.

Solo el 20% tuvo una cirrosis compensada en el momento de la evaluación inicial realizada por el especialista. Cuatro de cada cinco pacientes presentaron una descompensación hepática, principalmente debido a la presencia de ascitis en más del 80% de los casos, revelando la presencia de una enfermedad hepática avanzada con una reducción significativa de la sobrevida.

La derivación temprana de la enfermedad hepática vinculada al alcohol, a través de la detección en la anamnesis de un consumo excesivo o la presencia de alteraciones bioquímicas o imágenes que indiquen compromiso hepático, permitirá realizar el diagnóstico en etapas tempranas que implican un mejor pronóstico de vida para el paciente y menores gastos en salud.

Entre los 573 casos registrados, en 51 de ellos (8,9% del total) se consideró que la etiología era MetALD. Al comparar las características demográficas, clínicas, bioquímicas y de la reserva funcional hepática de los pacientes con MetALD con los de la cirrosis por alcohol y por MASLD, se observó que en general eran intermedias. Por ejemplo, la edad media $\pm$ DE en el momento del diagnóstico fue de $61,1 \pm 10,0$ años, mayor que la de cirrosis por alcohol y menor que la de cirrosis por MASLD. En cuanto a la distribución por sexos, en la cirrosis por MetALD hubo una mayoría de pacientes del masculino (88,2%) y una minoría del femenino (11,8%). Estos porcentajes se asemejan a lo observado en la cirrosis por alcohol (sexos masculino y femenino en 89% y 11%, respectivamente; y difieren de los encontrados en MASLD (36,3% varones, 63,7% mujeres).

La herramienta más utilizada para el diagnóstico fue el criterio clínico en los 3 grupos: 92,9% en los pacientes con cirrosis por alcohol, 88,2% en MetALD y 76,5% en MASLD. Entre los pacientes con MetALD, 68,6% se presentaron con cirrosis descompensada y 31,4%, con una enfermedad compensada. Nuevamente, estos porcentajes son intermedios entre lo observado en cirrosis por alcohol y por MASLD, en los cuales 79,2% y 50,4% de los pacientes, respectivamente, se presentaron con una cirrosis descompensada. El síndrome de descompensación más frecuente fue la ascitis, presente en 59,9%, 51,8% y 51,0% de los pacientes con cirrosis por alcohol, MASLD y MetALD, respectivamente.

Los parámetros de laboratorio que reflejan la reserva funcional hepática (actividad de protrombina, albúmina sérica, bilirrubina), estuvieron más alterados en los pacientes con cirrosis por alcohol que en MASLD, siendo los valores intermedios en el grupo MetALD. Como consecuencia, el score de Child-Pugh fue más elevado en pacientes con cirrosis alcohólica (mediana 8,5, [7,0-10,0]) que en los pacientes con MASLD (mediana 6,0, [5,0-8,0]). Una vez más, en los pacientes con MetALD se observaron valores intermedios (mediana 7,0, [6,0-11,0]). Una situación similar se presentó con el score de MELD-Na, que fue más elevado en cirrosis por alcohol (mediana 14,5 [rango intercuartil 10,0-20,0]), intermedio en MetALD (mediana 11,0 [8,0-18,5]) e inferior en MASLD (mediana 9,0 [7,0-12,0]).

La prevalencia de las 3 complicaciones clásicas de la cirrosis (ascitis, encefalopatía y hemorragia variceal) también fue mayor en el grupo alcohol que en MASLD, e intermedia en MetALD. La frecuencia de injuria renal también fue más elevada en cirrosis por alcohol que en MASLD (15,6% versus 6,0%, respectivamente) e intermedia en MetALD (9,8%). En cambio, la prevalencia de hepatocarcinoma (HCC) fue similar en las 3 etiologías, 6,5% en alcohol, 5,6% en MASLD, 5,9% en MetALD.

El 13,8% de los casos diagnosticados correspondió a enfermedades hepáticas autoinmunes: HAI, CBP, CEP y tres casos de superposición (HAI + CEP y HAI + CBP). Los pacientes tuvieron una gran predominancia de sexo femenino y una edad entre los 50 a 59 años. El diagnóstico se hizo de manera clínica en su mayoría, con predominancia de cirrosis descompensadas, alta prevalencia de hipertensión portal clínicamente significativa y motivos de consulta múltiples, con Child promedio B y scores de MELD mayores a los 15 puntos. La evaluación para trasplante fue en menos del cuarto de los casos, y sólo 3 se trasplantaron efectivamente. Hubo un solo caso de HCC. Se observó cierta concentración en las regiones Patagonia, Noroeste, Buenos Aires y Cuyo.

Respecto de las hepatitis virales, si bien la aparición de los nuevos tratamientos de acción directa han cambiado su situación como causa de cirrosis, lejos estamos de alcanzar los objetivos de la OMS para el 2030. Seguimos teniendo diagnósticos tardíos de hepatitis virales con impacto en la aparición de complicaciones graves como el HCC. Estos datos nos alertan de la necesidad de acciones de promoción, prevención y tratamiento que nos saquen de la paradoja de tener herramientas eficaces y no poder usarlas eficientemente.

Dentro de las etiologías poco frecuentes de cirrosis, se reportaron los siguientes casos: 2 de colangitis esclerosante primaria (ambos compensados), 7 de hemocromatosis (3 compensados, 4 descompensados), 1 de enfermedad de Wilson (descompensado), 9 de cirrosis criptogénica (1 solo compensado), 9 de cirrosis indefinida (1 solo compensado) y 1 de cirrosis infrecuente (compensado).

El mensaje central del informe es contundente: la enfermedad hepática relacionada con la obesidad y el síndrome metabólico ya superó al alcohol y a los virus como principal causa de cirrosis en la Argentina, replicando una tendencia que también se observa en México y en el resto de América Latina. Al mismo tiempo, la mayoría de los pacientes llega a la consulta especializada cuando el hígado ya está complicado, lo que abre una oportunidad clara: si se detectan a tiempo el sobrepeso, la diabetes y el consumo de alcohol de riesgo —con un simple análisis de sangre o una ecografía—, muchos de estos casos podrían diagnosticarse antes de que aparezcan las complicaciones.