

la DM1, así como la pesquisa activa, y el abordaje oportuno y especializado de la enfermedad renal diabética, incluyendo la derivación temprana al nefrólogo.

Actualmente no se dispone de ensayos clínicos aleatorizados y controlados diseñados específicamente para la reducción del riesgo cardiovascular en jóvenes con DM1, por lo que las recomendaciones vigentes se basan en estudios observacionales o en datos extrapolados de investigaciones realizadas en personas con DM2.

Sin embargo, se encuentran en curso diversos estudios cuyos resultados estarán disponibles próximamente, en los que se evalúa el efecto de los análogos de GLP-1, los inhibidores SGLT-2, y los agonistas de receptores de mineralocorticoides en niños y adolescentes con DM1.

BIBLIOGRAFÍA

- Manrique-Acevedo C, Hirsch IB, Eckel RH. Prevention of cardiovascular disease in type 1 diabetes. *N Engl J Med* 2024 Apr 4;390(13):1207-1217. doi: 10.1056/NEJMra2311526. PMID: 38598575.
- Rawshani A, Sattar N, Franzén S, et al. Excess mortality and cardiovascular disease in young adults with type 1 diabetes in relation to age at onset: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet* 2018 Aug 11;392(10146):477-486. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31506-X.
- Guo J, Brooks MM, Muldoon MF, et al. Optimal blood pressure thresholds for minimal coronary artery disease risk in type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2019 Sep;42(9):1692-1699. doi: 10.2337/dc19-0480.
- Rawshani A, Rawshani A, Sattar N, et al. Relative prognostic importance and optimal levels of risk factors for mortality and cardiovascular outcomes in type 1 diabetes mellitus. *Circulation* 2019 Apr 16;139(16):1900-1912. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.037454. PMID: 30798638.

MASLD

Dr. Adrián Gadano

La enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica (*metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*, MASLD) se define actualmente por la presencia de esteatosis hepática (en la gran mayoría de los casos detectada por ecografía) asociada a disfunción metabólica (1 de 5 criterios) sin consumo significativo de alcohol (<140 o <210 g por semana en mujeres y hombres, respectivamente).

En Sudamérica, la prevalencia actual de MASLD se estima en un 35,7% en la población general y podría aumentar hasta un 68% en grupos de alto riesgo (es decir, con diabetes mellitus tipo 2 [DM2] u obesidad).

La historia natural de MASLD abarca desde la esteatosis aislada hasta la esteatohepatitis, la fibrosis hepática y la cirrosis. Sin embargo, se ha prestado especial atención a la esteatohepatitis asociada a la disfunción metabólica (MASH) y la fibrosis hepática avanzada, ya que se han relacionado con la progresión de la enfermedad y la mortalidad, respectivamente.

No se recomienda el cribado de MASLD en la población general, ya que la esteatosis aislada no se asocia con un aumento clínicamente significativo del riesgo de complicaciones hepáticas. Se recomienda el cribado de MASLD y de fibrosis en personas con bioquímica hepática anormal o signos radiológicos de esteatosis hepática, así como en aquellas con DM2 o sobrepeso, especialmente en mayores de 50 años. La ecografía es la prueba de primera línea para el cribado de la esteatosis hepática por su accesibilidad y facilidad de uso. La fracción de grasa de densidad protónica (*proton density fat fraction*, PDFF) obtenida por resonancia magnética (RM) ofrece una cuantificación más precisa del contenido de grasa hepática y una disminución relativa $\geq 30\%$, en la FDP-RM se asocia con una mayor probabilidad de respuesta histológica y resolución de la MASH.

El FIB-4 es el biomarcador de elección para estratificar inicialmente el riesgo de fibrosis en la práctica clínica. Es de muy fácil acceso ya que se calcula con la edad del paciente, las transaminasas y el recuento de plaquetas. Los pacientes con riesgo indeterminado o alto según la FIB-4 o su historial clínico deben someterse a un análisis de segundo paso utilizando una técnica con mayor sensibilidad y especificidad para determinar el estadio de fibrosis hepática. En Latinoamérica, se sugiere la elastografía transitoria (FibroScan®) como técnica secundaria para estratificar el riesgo de los pacientes con MASLD.

La dieta mediterránea debe implementarse en todos los pacientes con MASLD, independientemente del estadio de fibrosis. En pacientes con sobrepeso u obesidad (exceso de peso corporal), el objetivo de pérdida de peso recomendado es del 7 al 10% del peso corporal total (3 al 5% en MASLD magro), lo que se asocia con una mejoría en la histología hepática.

En adultos sin contraindicaciones cardiovasculares o musculoesqueléticas se debe recomendar el ejercicio, incluyendo de 150 a 300 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada, de 75 a 150 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa, o una combinación equivalente de actividad aeróbica de intensidad moderada y vigorosa.

En personas con MASLD y fibrosis significativa (F2) se debe recomendar la abstinencia absoluta del alcohol. A los pacientes con MASLD que fuman activamente se les debe aconsejar la interrupción del tabaquismo.

La única droga actualmente aprobada para el tratamiento de pacientes con MASH y fibrosis significativa o avanzada (F2-3) es el resmetirom en dosis de 80 mg o 100 mg. Lamentablemente esta droga no está actualmente disponible en Latinoamérica.

Se podría considerar el uso de terapias basadas en incretinas en personas con MASH y sobrepeso o DM, según la disponibilidad local y la evaluación individual del riesgo de posibles efectos secundarios.

Otras terapias, como la pioglitazona y los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2, se pueden considerar caso por caso, pero no han demostrado un beneficio significativo en la evolución de la fibrosis hepática, cuyo control es el principal objetivo del tratamiento.

Se debe considerar la cirugía bariátrica en pacientes con MASLD y obesidad de clase 2 o 3, especialmente en aquellos que no han logrado una pérdida de peso adecuada ni una mejora metabólica mediante modificaciones del estilo de vida y medicamentos contra la obesidad. Sin embargo, es crucial una selección cuidadosa de los pacientes y una evaluación preoperatoria exhaustiva.

Se debe realizar un cribado del carcinoma hepatocelular (CHC) en todos los pacientes con cirrosis. Los pacientes con fibrosis avanzada (F3) también podrían beneficiarse del cribado, por lo que se podría proponer la vigilancia del CHC en este subgrupo de pacientes. Asimismo, se debe llevar a cabo una evaluación completa del riesgo cardiovascular de forma rutinaria en pacientes con MASLD.

BIBLIOGRAFÍA

- Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, Francque SM, Sanyal AJ, Kanwal F, et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Ann Hepatol* 2024 Jan-Feb;29(1):101133. doi: 10.1016/j.aohep.2023.101133.
- Diaz LA, Arab JP, Idalsoaga F, Perelli J, Vega, Dirchwolf M, Carreño J, et al. Updated recommendations for the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) by the Latin American working group. *Ann Hepatol* 2025 Mar 13;30(2):101903. doi: 10.1016/j.aohep.2025.101903.
- EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol* 2024 Sep;81(3):492-542. doi: 10.1016/j.jhep.2024.04.031.