Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):745

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4838 - ESTEATOSIS HEPÁTICA: ¿INFRAVALORAMOS SU TRASCENDENCIA CLÍNICA?

A. Fernández Pérez[a], D. Cuetos Suárez[b], J. Cuetos Álvarez[a], P. Bedia Cueto[c] y L. Alberdi Martín[a]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Área IV. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años, asintomático. Acude a su MAP por los resultados de analítica rutinaria donde se objetiva alteración de las pruebas de función hepática (PFH): ALT 105, AST 64 y GGT 448. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia, bebedor ocasional, exfumador. Tratamientos crónicos: metformina 850 mg, gliclazida 30 mg. Revisada historia clínica, el paciente presenta alteración de las PFH de años de evolución. Se inicia estudio y se completan pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Peso 136 kg. Altura 1,80 cm. IMC = 41,8 (obesidad grado 3, mórbida). Perímetro abdominal 140 cm. Bioquímica: triglicéridos 334; ferritina normal. Serologías virus hepáticos: negativas. Autoinmunidad: autoanticuerpos negativos, inmunoglobulinas normales. Ecografía abdominal (Atención Primaria): estudio limitado por la obesidad del paciente; esteatosis grado III que dificulta valoración del parénquima hepático y estructuras hepáticas; vesícula biliar distendida con microlitiasis en su interior; quiste renal simple en polo inferior de riñón derecho. Fatty Liver Index (FLI) = 0,953 × triglicéridos + 0,139 × IMC + 0,718 × GGT + 0,053 × perímetro abdominal - 15,745 = 99,94 (> 60 alta probabilidad de esteatosis hepática).

Juicio clínico: Estamos ante una elevación moderada de las transaminasas, sobre todo ALT, con un patrón de colestasis discreto en un paciente con síndrome metabólico, esteatosis hepática ecográfica y un índice serológico predictor de la presencia e esteatosis (FLI) del 99,94. Una vez descartada la presencia de otras hepatopatías nos sugiere como impresión diagnóstica un hígado graso no alcohólico (HGNA), por lo que se recomiendan medidas higiénico-dietéticas durante 6 meses y se deriva a Digestivo. Se confirma el diagnóstico: Fibroscan 27,4 KPa, fibrosis significativa y NAFLD score (Non Alcoholic Fat Liver Desease) indeterminado. En la actualidad el paciente ha perdido 20 kg con mejoría de los valores analíticos.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis tóxicas, metabólicas, víricas y autoinmunes.

Comentario final: Debemos concienciarnos de la trascendencia clínica de esta patología frecuente que se encuentra infradiagnosticada por considerarla un proceso banal. Desde Atención Primaria tenemos un papel esencial en el diagnóstico y manejo inicial de los pacientes con HGNA, así como en el control estricto de los principales factores de riesgo (diabetes, obesidad) que pueden fomentar su

progresión a fibrosis.

Bibliografía

1. EASL-EASD-EASO. Clinical practice guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. J Hepatol. 2016;64:1388-402.

Palabras clave: Hígado graso no alcohólico. Síndrome metabólico. Ecografía abdominal.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.