



## 213 - CARACTERIZACIÓN METABÓLICA Y CARDIORRENAL DE LOS PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA

S. Echeverría Andueza<sup>1</sup>, C.M. Perdomo Celaya<sup>1</sup>, J.K. Zapata Cárdenas<sup>1</sup>, E. Chumbiauca Vela<sup>1</sup>, M. García Goñi<sup>1</sup>, A. Ezponda Casajús<sup>2</sup>, Ó. Beloqui Ruiz<sup>3</sup>, G. Bastarrika Aleman<sup>2</sup> y F.J. Escalada San Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición; <sup>2</sup>Radiología; <sup>3</sup>Unidad de Chequeos. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El hígado graso no alcohólico (HGNA) se relaciona con un aumento en la morbilidad cardiovascular (CV) y renal. El objetivo del estudio es caracterizar variables clínico-analíticas en pacientes con HGNA y compararlas con pacientes sin HGNA.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de una cohorte de 342 pacientes con esteatosis (173; 50,6%) y sin ella (169; 49,4%) valorados en la Clínica Universidad de Navarra entre 2003 y 2006 y diagnosticados de HGNA mediante TAC. No se pudo valorar fibrosis por falta de datos. Motivos de exclusión: antecedente de patología CV o hepática previa, enfermedad inflamatoria sistémica o neoplasia activa.

**Resultados:** Se han analizado 235 hombres y 107 mujeres: edad media 57,9 años (34-84) e IMC  $27,38 \pm 8$  kg/m<sup>2</sup>. 135 hombres (57,4%) y 38 mujeres (35,5%) fueron diagnosticados de HGNA ( $p = 0,000$ ). Los pacientes con HGNA tuvieron más prevalencia de síndrome metabólico (SM): intolerancia a los hidratos de carbono (35,5 vs. 19%;  $p = 0,002$ ) y triglicéridos (123 vs. 97,6 mg/dl;  $p = 0,000$ ) con mayor IMC (28 vs. 26,7 kg/m<sup>2</sup>;  $p = 0,003$ ) y niveles significativamente más elevados de glucosa, urato, triglicéridos, colesterol total y colesterol LDL. No se encontraron diferencias significativas en prevalencia de hipertensión arterial ni SAOS, ni en los valores de insulina basal ni HOMA-R. No se han observado diferencias significativas en calcio coronario (192 vs. 139 unidades Agatston;  $p = 0,229$ ) ni función renal [filtrado glomerular por CKD-EPI (83,8 vs. 85,6 ml/min;  $p = 0,270$ ) y albúmina/creatinina (2,18 vs. 1,64 mg/g;  $p = 0,227$ )].

**Conclusiones:** La prevalencia de HGNA es alta, y los pacientes con HGNA tienen mayor prevalencia de SM. En nuestro análisis, la presencia de HGNA no se asocia a peor función renal ni enfermedad subclínica CV. Sin embargo, su identificación precoz puede favorecer la instauración de medidas preventivas que reduzcan el elevado riesgo de enfermedad CV y renal que la HGNA puede ocasionar a largo plazo.