



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/1454 - Lo que hay que ver y todo esto sin beber

R. Baró Álvarez, O.M. Pérez Gandía, S. Calvo Trujillo, A.G. Almagro Arenillas, Z. Nikolaychuk, M.Á. Alcalá del Olmo y M.T. García Alegre

Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Trueta. Alcorcón.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo 2 de difícil control, dislipemia e hipotiroidismo. En tratamiento con levotiroxina, repaglinida, metformina, enalapril y fenofibrato. Acude semestralmente a nuestra consulta de atención primaria (AP) para control analítico de factores metabólicos. Refiere estar asintomático.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física es normal. En las analíticas de control sucesivas de los últimos diez años se aprecia aumento progresivo de GGT hasta alcanzar cifras de 314, manteniendo alfa-fetoproteína normal. Ecografía abdominal de centro privado sin hallazgos. Se solicitó nueva ecografía y se derivó a Gastroenterología. En consultas de Digestivo, repiten analítica de sangre con GGT de 500 y en nueva ecografía ya solicitada se informa de esteatosis hepática y/o hepatopatía difusa. Completan el estudio descartando hepatopatías virales, enfermedades genéticas, autoinmunes e infiltrativas. Dan de alta para control por médico de atención primaria (MAP), diagnostican de esteatosis hepática no alcohólica, secundaria a factores metabólicos y recomiendan controles analíticos. Seis meses tras el alta, mantiene incremento progresivo de GGT y se observa discreto aumento de GOT y GPT. En nueva ecografía solicitada por MAP informan de múltiples imágenes hipoecoicas milimétricas dispersas y lesión en lóbulo hepático derecho, confirmadas con TC abdominal que informan como imágenes compatibles con hepatocarcinoma multifocal. Se remite a Digestivo para tratamiento.

Juicio clínico: Hepatocarcinoma multifocal sobre esteatosis hepática no alcohólica.

Diagnóstico diferencial: La prevalencia mundial de hipertransaminemia oscila del 4-13%. Entre las causas de hipertransaminemia prolongada están las hepatopatías virales crónicas por VHB o VHC, hepatitis autoinmune, alcohólica, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, déficit de alfa-1-antriptisina, CBP, esteatosis no alcohólica, hepatitis asociada a fármacos o a hipotiroidismo.

Comentario final: La esteatosis hepática simple parece tener un pronóstico benigno mientras que la esteatohepatitis (esteatosis que cursa con algún grado de fibrosis confirmada mediante biopsia) tiene un peor pronóstico. La primera causa de mortalidad es cardiovascular, por disfunción endotelial y por aterotrombosis. Otra causa importante de morbilidad y mortalidad es por tumores malignos.

Bibliografía

1. Díez-Vallejo J, Comas-Fuentes A. Hipertransaminemia asintomática en atención primaria. Rev Esp Enferm Dig. 2011;103:530-5.

2. Cuadrado A, Crespo J. Hipertransaminasemia en pacientes con negatividad de marcadores virales. Rev Esp Enferm Dig. 2004;96:484-500.

Palabras clave: Hepatocarcinoma. Esteatosis hepática no alcohólica.