



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/990 - El asesino silencioso

E. Cañada Cámara^a, C. García Balsalobre^a, N. Martínez^a, M. Rodríguez Alonso^a, A.M. Moreno Rodríguez^b, A. Sánchez Saura^c, C. Pérez-Crespo Gómez^d, A. Cebrián Cuenca^d, M. Pons Claramonte^e y A.C. Coman^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto Puntales. Cádiz. ^cMédico Residente de Oncología. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ^eMédico de Familia. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Valencia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena Casco. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: AMMF, mujer de 45 años, en estudio por su médico de Atención Primaria (MAP) porque en varios controles rutinarios de salud se detecta elevación de transaminasas. Trabaja como cocinera 12 horas/día. Fumadora de 15 cigarros/día.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, sequedad de piel, discreto tinte icterico a nivel de conjuntivas y región facial. No ingurgitación yugular. Abdomen globuloso, con hepatomegalia de 3 traveses de dedo no dolorosa, no signos de ascitis; en miembros inferiores presenta edemas con fovea pretibial. IMC: 36,921. TA: 120/75 mmHg. Analítica: colesterol: 202, HDL-colesterol: 47, LDL-colesterol: 123, triglicéridos: 275, hierro: 95, ferritina: 217, glicemia basal: 107, tiempo protrombina: 1,2, GOT: 90, GPT: 122, GGT: 96, fosfatasa alcalina: 122, TSH: 4,57, T4: 1,3, ceruloplasmina, AMA, anti-LKM, AML y alfa 1-antitripsina negativos. Serología hepatotropa: negativa. Ante una hipertransaminemia asociada a colostasis, solicito ecografía abdominal, con diagnóstico: enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHNA).

Juicio clínico: Cirrosis hepática secundaria a enfermedad hepática no alcohólica (EHNA), Child-Pugh A6.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad hepática alcohólica, hepatitis C (genotipo 3), enfermedad de Wilson, Hígado graso agudo del embarazo, inanición, nutrición parenteral.

Comentario final: Inicialmente planteo abordaje terapéutico basado en medidas higiénico-dietéticas (dieta y ejercicio, abandono del hábito tabáquico y controles analíticos y de imagen rutinarios). Pero hay situaciones especiales en la vida de la paciente (divorcio, muerte de su exmarido, depresión, acoso laboral, cáncer de cérvix CIN-I resuelto) que le hacen tener mala adherencia al tratamiento, no acudiendo a la mayoría de las revisiones concertadas con enfermería ni con el médico. Tampoco cumple las medidas higiénico dietéticas. Posteriormente se diagnostica diabetes mellitus tipo II de difícil control e hipertensión arterial. En una visita reciente, aporta informe hospitalario debido a hemorragia digestiva alta y melenas de días de evolución, siendo diagnosticada de cirrosis hepática secundaria a EHNA, Child-Pugh A6. La hipertransaminemia asociada a EHNA es frecuente y su seguimiento por MAP es habitual. El riesgo de fibrosis se calcula mediante 'fibrosis score' que incluye variables disponibles en Atención Primaria: edad, IMC, AST, ALT, plaquetas, ser diabético, albúmina. Se estima que la evolución de EHNA a fibrosis es de un 10-25% en 10 años. Debemos prestar atención a esta patología que creíamos tan benigna.

Bibliografía

1. Brçha R. Approach to patients with liver diseases. Vnitr Lek. 2015;61(Suppl 4):4s6-12.
2. Karim MF, Al-Mahtab M, Rahman S, Debnath CR. Non-alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) -A Review. Mymensingh Med J. 2015;24:873-80.
3. Lazo M, Bilal U, Perez-Escamilla R. Epidemiology of NAFLD and Type 2 Diabetes: Health Disparities Among Persons of Hispanic Origin. Curr Diab Rep. 2015;15:116.

Palabras clave: Transaminases. Fatty liver disease. Cirrosis liver.