



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

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ^cMédico 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) = $0,953 \times \text{triglicéridos} + 0,139 \times \text{IMC} + 0,718 \times \text{GGT} + 0,053 \times \text{perímetro abdominal} - 15,745 = 99,94 (> 60$ 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 Disease) 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.