



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 de 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.