



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1250 - HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO. LA ENFERMEDAD SUBESTIMADA

A. Mencía Cordero¹, N. Vivar Hernández², M. Reinares Rueda³ y L. Sánchez Romero²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y obesidad. Acudió a consulta para recoger resultados de analítica general donde se objetiva leucopenia muy discreta y trombopenia. La paciente fue derivada a hematología. Posteriormente acudió a urgencias por hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas. Y finalmente fue estudiada en el servicio de Digestivo.

Exploración y pruebas complementarias: Atención primaria: Exploración general: normal. Analítica: leucocitos 2.800, neutrófilos 1.520, plaquetas 79.000. Resto normal. ANA+. Ecografía abdominal: esteatosis hepática leve y situación esplénica al borde de la esplenomegalia. Urgencias: Analítica: Hemograma: plaquetas 79.000, resto normal. Coagulación normal. Bioquímica: glucosa 175, urea 64, resto normal. Endoscopia: hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas. Servicio de Digestivo: Ecografía abdominal: hepatopatía crónica. Esteatosis grado 2. Esplenomegalia como dato aislado de HTPo. FibroScan: Fibrosis estimada para NAFLD F3-F4.

Orientación diagnóstica: Cirrosis con hipertensión portal cuya etiología más probable sea la enfermedad hepática grasa no alcohólica, que explica la plaquetopenia de larga data de la paciente.

Diagnóstico diferencial: Plaquetopenia por disminución de la producción, como enfermedades congénitas y adquiridas como anemia aplásica, infecciones virales, por destrucción esplénica aumentada, como trombocitopenia autoinmune, púrpura trombocitopénica idiopática, enfermedades autoinmunes, y por hiperesplenismo por hipertensión portal secundaria a hepatopatía crónica.

Comentario final: El hígado graso no alcohólico (HGNA) es una enfermedad prevalente y potencialmente grave que habitualmente se subestima. Su asociación con el desarrollo de cirrosis y de carcinoma hepatocelular está bien establecida. La detección casual de una esteatosis hepática en un examen ecográfico debería alertar a los clínicos sobre la probable coexistencia de múltiples factores de riesgo cardiovascular. El diagnóstico y tratamiento del HGNA deberían ser un objetivo prioritario en Atención Primaria, para evitar la progresión a fibrosis, ya que es el factor más determinante de progresión y mal pronóstico.

Bibliografía

1. Augustin S, et al. Hígado graso no alcohólico: una pandemia poco conocida. Med Clin (Barc). 2017.

2. Caballería LI, Arteaga I, Pera G, et al. Factores de riesgo asociados a la presencia de hígado graso no alcohólico: un estudio de casos y controles.

Palabras clave: Esteatosis. Hígado. Cirrosis.