

Esteatosis Hepática no Alcohólica

Javier Brahm*

*Trabajo presentado en el
XII Congreso Peruano
de Endoscopia
Digestiva. Septiembre
18-22, 2001 13-15.*

**Hospital Clínico
Universidad de Chile*

La esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) es una entidad clínica patológica, que se caracteriza por depósitos grasos en el hígado y hepatitis lobular, en ausencia de alcoholismo. La mayoría de los pacientes con EHNA son mujeres y obesas, y la diabetes mellitus está frecuentemente presente. Es así como estos factores pueden ser reconocidos en hasta el 92% de los pacientes con EHNA. La edad media del diagnóstico es 50 años, pero se han descrito casos entre los 16 y 80 años. La gran mayoría de los pacientes son asintomáticos y la enfermedad se descubre generalmente durante la evaluación de ele-

vaciones leves a moderadas de las transaminasas. Cuando los pacientes tienen síntomas, pueden tener dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen y decaimiento. En el 90% de los casos, puede haber hepatomegalia clínica, pero es excepcional la presencia de esplenomegalia, ascitis y otros estigmas de enfermedad hepática crónica. Frecuentemente los pacientes con EHNA tienen antecedentes de estar tomando uno o más drogas, por enfermedades concomitantes.

En los exámenes de laboratorio, destacan elevaciones leves a moderadas de las transaminasas oxaloacética y pirúvica, al que muy raramente sobrepasan 3 veces el valor normal. La bilirrubina habitualmente es normal, no excediendo 2 mg%. Es muy infrecuente la presencia de hipoalbuminemia o hipoprotrombinemia y solamente el 30% de los pacientes tienen hipergamaglobulinemia.

Desde el punto de vista inmunológico, no hay marcadores serológicos que la caractericen, habiéndose detectado en un porcentaje variable de enfermos autoanticuerpos séricos. Con alguna frecuencia se detectan además hipercolesterolemia e hiperlipide-

mia, principalmente en pacientes que tienen concomitantemente sobrepeso y/o diabetes mellitus.

Desde el punto de vista histológico, la EHNA se caracteriza por esteatosis macrovesicular predominantemente en la zona III (centrilobulillar), y muy ocasionalmente puede ser microvesicular o mixta, asociada a quistes grasos o distribuidos en forma difusa.

La EHNA se ha clasificado según la magnitud de los depósitos grasos en leve, si compromete entre 30 a 50% de éstos y severa, si compromete más del 50% de los hepatocitos. Además, en la biopsia habitualmente hay focos de necrosis, típicamente centrilobulillar, asociado con infiltrado linfocítico, mononuclear y neutrófilo. Puede haber fibrosis, particularmente si la causa ha estado presente por un tiempo prolongado, y usualmente ésta es perivenacental y pericelular. Pueden acompañarse también de cuerpos de Mallory.

En la ecotomografía de abdomen, habitualmente hay un patrón un característico, con atenuación de los ecos en las partes profundas del hígado. La sensibilidad del ultrasonido para diagnosticar esteatosis hepática es del 94% y su especificidad es de alrededor del 84%.

El diagnóstico diferencial de la EHNA es muy amplio y fundamentalmente requiere la exclusión de otros factores, particularmente de la ingesta de drogas como amiodarona, metotrexato, corticoesteroides y estrógenos entre otros. Sin embargo, el diagnóstico diferencial más común es precisamente la esteatohepatitis de origen alcohólico. Otros diagnósticos diferenciales son patologías como consecuencia de los by-pass yeyuno-ileal y casos con nutrición parenteral total prolongada.

La prevalencia de la EHNA en la población general es desconocida, pero estudios sugieren que los cambios grasos y hepatitis lobulillar están presentes en al menos el 9% de los individuos obesos.

La historia natural de esta enfermedad se ha establecido con el seguimiento con estudios histológicos

seriados, que demuestran que puede evolucionar hacia un daño hepático crónico, con fibrosis y cirrosis, en un período variable de tiempo. Estos pacientes son habitualmente catalogados como cirrosis criptogénica.

El tratamiento de la EHNA es reconocer y tratar adecuadamente su causa, una vez establecida. En este sentido, los tratamientos dietéticos y el control metabólico de las enfermedades concomitantes son fundamentalmente. Por otra parte ha habido algunos informes recientes en los cuales la terapia con ácido ursodeoxicólico ha sido beneficiosa.