

# Enfermedad por hígado graso no alcohólico: una epidemia en ascenso

## Non alcoholic fatty liver: a growing epidemic

Pedro Montes Teves<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú.

<sup>2</sup> Editor asociado de la Revista de Gastroenterología del Perú. Lima, Perú.

Recibido: 22-8-2016

Aprobado: 24-8-2016

Actualmente la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGN) se está convirtiendo en un problema de salud pública; ésta es definida como la presencia de esteatosis macrovesicular en > 5% de los hepatocitos, en ausencia de consumo significativo de alcohol, es considerada como la manifestación hepática del síndrome metabólico y engloba en realidad a dos tipos de enfermedades con pronósticos distintos: la esteatosis simple y la esteatohepatitis no alcohólica, la primera de ellas con una evolución por lo general benigna, en tanto la segunda se asocia al desarrollo de fibrosis y riesgo de desarrollar cirrosis hepática y hepatocarcinoma.

En los últimos años se ha reportado un incremento en el número de casos de EHGN de manera global, siendo esta prevalencia mayor en países como Estados Unidos, donde se considera que un tercio de su población presenta hígado graso no alcohólico <sup>(1,2)</sup>. En países desarrollados se considera que el EHGN es la causa más frecuente de enzimas hepáticas elevadas, así mismo en muchas series es la causa más frecuente de enfermedad hepática crónica y en EEUU es la segunda indicación de trasplante hepático <sup>(1,2)</sup>. Así mismo se ha reportado que los pacientes con EHGN tienen mayor riesgo cardiovascular que la población general.

EL incremento en el número de casos de EHGN guarda relación con el incremento en la incidencia de obesidad, diabetes y síndrome metabólico; en países donde estas enfermedades son más prevalentes, la EHGN también lo es.

En Estados Unidos el porcentaje de enfermedad hepática crónica causado por EHGN ha incrementado de 46,8 % en el periodo 1988-1994 a 75% en el periodo 2005-2008 <sup>(3)</sup>. La prevalencia en la población general en dicho país se estima entre el 27-34%; un dato interesante es el hecho de que todos los grupos étnicos de EEUU, el más comúnmente afectado es el de Hispanos con una prevalencia del 43% <sup>(4)</sup>.

En Latinoamérica los estudios realizados muestran una prevalencia variable, que oscila entre un 17% a 33,5% <sup>(5)</sup>. En nuestro país Tagle *et al*, en un estudio

prospectivo en pacientes con sobrepeso-obesidad a los cuales se les realizó biopsia hepática encontró una prevalencia de esteatohepatitis no alcohólica del 44% <sup>(6)</sup>. No disponemos de estudios grandes de prevalencia de hígado graso en la población general, pero diversos estudios han mostrado una prevalencia del síndrome metabólico de 17-25,8% <sup>(7,8)</sup>.

Se considera que la verdadera carga de enfermedad de EHGN es subestimada, en base a ciertos factores: la larga evolución de la enfermedad, la mortalidad que a menudo no está asociada a enfermedades hepáticas y la falta de conciencia de enfermedad tanto en el médico como en la población general <sup>(1)</sup>. Con respecto a este último punto en nuestro país, un estudio evaluó el conocimiento con respecto a EHGN en médicos generales, encontrando que menos del 50% tenían un conocimiento adecuado con respecto a esta enfermedad <sup>(9)</sup>.

Actualmente el screening de EHGN en la población general no se encuentra indicado, pero en sujetos con obesidad o síndrome metabólico, el screening con ecografía y/o pruebas de laboratorio debería ser parte de la evaluación de rutina <sup>(10,11)</sup>.

En lo referente al manejo, este se basa en 3 pilares: modificación de estilo de vida, manejo de los componentes del síndrome metabólico y farmacoterapia dirigida específicamente a la esteatohepatitis no alcohólica, es en este último punto donde se presenta la mayor dificultad en el manejo pues no disponemos de una terapia farmacológica eficaz para manejar esta patología, actualmente el uso de Vitamina E y de pioglitazona se presentan como alternativas de manejo, pero distan mucho de ser ideales <sup>(10,11)</sup>.

El incremento en la prevalencia de esta enfermedad y el impacto que tiene en la salud pública deben motivarnos a difundir más el conocimiento con respecto a esta, tanto en médicos como en la población, y dada su relación con el síndrome metabólico motivando estilos de vida saludable, así como a estimular la producción científica en torno a este problema.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Sherif Z, Saeed A, Ghavimi S, Nouraie SM, Laiyemo AO, Brim H, et al. [Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease and perspectives on US minority populations](#). *Dig Dis Sci*. 2016;61(5):1214-25.
2. Loomba R, Sanyal AJ. [The global NAFLD epidemic](#). *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2013;10(11):686-90.
3. Younossi ZM, Stepanova M, Afendy M, Fang Y, Younossi Y, Mir H, et al. [Changes in the prevalence of the most common causes of chronic liver diseases in the United States from 1988 to 2008](#). *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2011;9(6):524-30.
4. Browning JD, Szczepaniak LS, Dobbins R, Nuremberg P, Horton JD, Cohen JC, et al. [Prevalence of hepatic steatosis in an urban population in the United States: impact of ethnicity](#). *Hepatology*. 2004;40(6):1387-95.
5. López-Velázquez JA, Silva-Vidal KV, Ponciano-Rodríguez G, Chávez-Tapia NC, Arrese M, Uribe M, et al. [The prevalence of nonalcoholic fatty liver disease in the Americas](#). *Ann Hepatol*. 2014;13(2):166-78.
6. Tagle M, Poggi L, Ferrari N, Siu H, Aguinagac M, Luna E, et al. [Hallazgos clínicos, bioquímicos y de histología hepática en adultos peruanos con sobrepeso y obesos: primer estudio prospectivo nacional](#). *Rev Gastroenterol Peru*. 2008;28(4):323-31.
7. Cárdenas Quintana H, Sanchez Abanto J, Roldan Arbieta L, Mendoza Tasayco F. [Prevalencia del síndrome metabólico en personas a partir de los 20 años. Perú, 2005](#). *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83(2):257-65.
8. Pajuelo J, Sanchez-Abanto J, Torres HL, Miranda M. [Prevalencia del síndrome metabólico en pobladores peruanos por debajo de 1 000 y por encima de los 3 000 msnm](#). *An Fac med*. 2012;73(2):101-6.
9. Correa-Carhuachin KV, Manayalle-Torres CM, León-Jiménez FE, Díaz-Vélez C, Cubas-Benavides F. [Conocimiento sobre hígado graso no alcohólico en médicos generales de dos distritos de Chiclayo, Perú, durante el 2012](#). *Rev Gastroenterol Peru*. 2014;34(1):29-32.
10. [EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of nonalcoholic fatty liver disease](#). *J Hepatol* 2016;64(6):1388-402.
11. Review Team, LaBrecque DR, Abbas Z, Anania F, Ferenci P, Khan AG, et al. [World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Nonalcoholic fatty liver disease and non alcoholic steatohepatitis](#). *J Clin Gastroenterol*. 2014;48(6):467-73.