



**CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2023, (mayo 2023) ISSN 2415-0282**

## **Caracterización clínica- epidemiológica de la enfermedad hepática grasa no alcohólica**

Dr. Raudel Emilio Hernández Yero <sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0008-6390-5362>

Dra. Miriam Belkis Nápoles Valdés <sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4614-8381>

<sup>1</sup> Especialista de Primer Grado en Gastroenterología. Profesor Instructor. Hospital General Docente Camilo Cienfuegos. Santi Espíritus. Servicio de Gastroenterología. [leduarvanerau@gmail.com](mailto:leduarvanerau@gmail.com)

<sup>2</sup> Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología. Profesora Auxiliar. Investigador Agregado. Máster en Atención Integral a la Mujer. Hospital General Docente Camilo Cienfuegos. Santi Espíritus Servicio de Gastroenterología. [Mirianbnv70@gmail.com](mailto:Mirianbnv70@gmail.com)

### **RESUMEN**

**Introducción:** La Enfermedad Hepática Grasa No alcohólica es una condición clínica que comprende un daño hepático. **Objetivo:** Caracterización clínica- epidemiológica de la enfermedad hepática grasa no alcohólica y exámenes complementarios. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, prospectivo en el consejo popular Olivos 3, perteneciente al Policlínico Juana Naranjo León, en el período de 2019 a 2022. La población de estudio estuvo conformada por 297 pacientes y la muestra del tipo no probabilística intencional por 64 pacientes. **Resultados:** Predominaron las edades entre 48 – 57 años y en el sexo femenino, en los factores de riesgo sed estacaron la dieta no adecuada, en el cuadro clínico los trastornos dispépticos como síntomas y el examen físico negativo. **Conclusiones:** La enfermedad hepática grasa no alcohólica guarda relación con el síndrome metabólico, frecuente en edades entre la cuarta y quinta década de la vida, la dieta no adecuada contribuye a la aparición de la misma, su presentación asintomática.

**Palabras claves:** hígado grasa no alcohólico, síndrome metabólico, tratamiento.

### **INTRODUCCION**

Las enfermedades crónicas no trasmisibles en los países en vías de desarrollo han superpuestos a las enfermedades agudas convirtiéndose en un serio problema de salud porque no se cuenta con los mismos recursos para diagnosticar y tratarlas que existen en países desarrollados. <sup>1</sup>

La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) es la infiltración de grasa al hepatocito en ausencia del consumo de alcohol u otras enfermedades hepáticas crónicas secundarias. Comprende un espectro de afecciones hepáticas que va desde la simple

esteatosis a la esteatohepatitis, fibrosis y hasta cirrosis, aparece en estrecha relación con el síndrome metabólico y con ello el aumento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y enfermedades malignas.<sup>1</sup>

LA EHGNA es lenta pero progresiva en su evolución, tanto que alcanza formas avanzadas de daño hepático hasta un 30 % de los casos en un período de 20 a 30 años<sup>2-3</sup>. Asociadas a la epidemia de la obesidad y diabetes mellitus, la EHGNA se ha incrementado de un 2,8 % a un 46 %, asimismo antes del 2010 ya había pasado a ser el 75 % de las enfermedades hepáticas crónicas<sup>4</sup>

La incidencia y prevalencia mundial de la EHGNA es elevada a nivel global y actualmente representa la enfermedad hepática crónica más frecuente en los países occidentales, con una prevalencia estimada del 25 % en Europa en adultos y se estima que aproximadamente un 25-30 % de estos pacientes evolucionaran a esteatohepatitis no alcohólica, representando una prevalencia estimada de aproximadamente el 15 %.<sup>5-6</sup>

En Italia entre el 15 y 25 % de la población general presenta EHGNA y su prevalencia aumenta entre un 57,5 % a 74 % en personas obesas y afecta a la población de niños normales en un 2,6 % y entre el 22,5 % y 52,8 % de los niños obesos. Se estima que en Estados Unidos la prevalencia en la población general varía de un 3 % al 23 %.<sup>7</sup>

En Cuba la prevalencia real de la enfermedad es desconocida, con antecedentes de un estudio realizado en el Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto” se encontró que el 36 % de las biopsias correspondían con el diagnóstico de hígado graso no alcohólico<sup>3</sup>. En La provincia Sancti Spíritus se manifiesta una escasa expresividad clínica de la enfermedad, la ausencia en una metodología en el pesquisaje, añadido a la diversidad de criterios diagnósticos utilizados, han sobrellevado a un subregistro de la enfermedad. Argumentos anteriores que permiten formular como **el siguiente objetivo:** Caracterizar clínica- epidemiológica de la enfermedad hepática grasa no alcohólica y exámenes complementarios

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo en el consejo popular Olivos 3, perteneciente al Policlínico Juana Naranjo León, Área Centro, de Sancti Spíritus, en el período de 2019 a 2022.

La población de estudio estuvo conformada por 297 pacientes mayores de 18 años de edad, de ambos sexos que asistieron a la consulta de gastroenterología. Se seleccionó a través de un muestro no probabilístico intencional la muestra constituida por 64 pacientes con el diagnóstico de enfermedad hepática grasa no alcohólica.

### **Técnicas y procedimientos**

Para la obtención de la información se utilizó el interrogatorio y la observación como método directo y la aplicación de un modelo de recogida de la información en forma de entrevista semiestructurada, como método indirecto. La fuente secundaria fue el análisis documental mediante la revisión de las Historia Clínica ( HC) de las personas con diagnóstico de enfermedad hepática grasa no alcohólica.

Se operacionalizaron como variables objeto de la investigación: Enfermedad Hepática Grasa No Alcohólica, edad, sexo, factores de riesgo, síntomas y cuadro clínico. Manifestaciones clínicas de la enfermedad hepática grasa no alcohólica.

### Análisis de la información

Las variables cualitativas se analizaron mediante la triangulación de datos y las variables cuantitativas se utilizaron métodos estadísticos descriptivos en forma de tablas con cálculo porcentual.

Una vez recolectado el dato primario se confeccionó una base de datos para el procesamiento de la información y los resultados que se obtuvieron fueron agrupados en tablas estadísticas de dos o más entradas para su análisis y discusión, esta se realizó mediante una amplia y profunda revisión de la literatura internacional y nacional sobre el tema, lo cual permitió arribar a conclusiones y se ofrecieron recomendaciones

### RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que predominó del sexo femenino en el 65 % y el grupo de edad de 45 a 57 años para el 37,5 %.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad y sexo

GRUPOS DE EDADES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
18-27	2	2,5	0	0	2	2,5
28-38	4	5	8	10	12	15
38-47	6	7,5	12	15	18	22,5
48-57	26	32,5	4	5	30	<b>37,5</b>
58-67	8	10	2	2,5	10	12,5
68 y más	6	7,5	2	2,5	8	10
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>65</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Fuente: Modelo de HC

Se destaca en la tabla 2 la distribución de los pacientes según factores de riesgo y sexo. Predominó la dieta no adecuada en el 52,2 % y las comorbilidades asociadas en el 44,8 % de los examinados.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según factores de riesgo y sexo

Factores de riesgo		femenino		masculino		Total	
		#	%	#	%	#	%
Dieta	Adecuada	8	4,16	6	1,6	14	11,2
	No adecuada	44	22,8	22	6,1	<b>66</b>	<b>52,2</b>
	<b>TOTAL</b>	52	41,6	28	7,8	80	100
Estilo de vida	Sedentaria	42	21,8	14	3,9	56	44,8
	No sedentaria	10	5,2	14	3,9	24	19,2

	TOTAL	52	41,6	28	7,8	80	100
IMC	Obeso	36	18,7	20	5,6	56	44,8
	No obeso	16	8,3	8	2,2	24	19,2
	TOTAL	52	41,6	28	7,8	80	100
Comorbilidad	No	14	7,2	10	2,8	24	19,2
	Si	38	19,7	18	5,0	<b>56</b>	<b>44,8</b>
	Total	52	41,6	28	7,8	80	100
Síndrome metabólico	HTA	14	7,2	10	2,8	<b>24</b>	<b>13,4</b>
	Diabetes Mellitus	9	4,6	3	0,84	12	6,7
	Dislipidemias	5	2,6	4	1,12	9	5,0
	Obesidad	36	18,7	20	25	56	44,8

Fuente: Modelo de HC

En la tabla 3 se aprecia como predominan los trastornos dispépticos en el 50 % de los pacientes examinados y el dolor en le hipocondrio derecho negativo a la palpación en el 75 %.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según síntomas y cuadro clínico.

Síntomas/ Cuadro Clínico		No	%
Síntomas	Trastornos dispépticos	40	50
	Dolor en hipocondrio derecho	22	27,5
	Asintomático	18	22,5
Cuadro Clínico	Hepatomegalia	2	2,5
	Dolor a la palpación en Hipocondrio derecho	14	17,5
	Negativo	60	75
	Otros	4	5

Fuente: Modelo de HC

## DISCUSIÓN

La verdadera prevalencia de hígado graso no alcohólico se desconoce, se han realizados múltiples estudios donde esta puede presentarse en cualquier grupo de edad pero de más frecuencia en la personas entre 40 y 50 años , según Suárez Gonzáles et al, <sup>3</sup> en un estudio realizado en el 2017 en correspondencia con la investigación en curso la edad que predominó estuvo por encima del rango de los 45 años de edad y el sexo femenino resultados que también

muestran similitud con Piñero et al,<sup>8</sup> presentaban cualquier forma de la enfermedad hepática grasa no alcohólica, dado esto posible por su relación directa con el síndrome metabólico que en su amplio espectro contempla la obesidad y la hipertensión arterial, patologías muy frecuentes en estas edades. No obstante, la EHGNA no sólo afecta a los adultos sino también a los niños, estudios epidemiológicos han encontrado signos ecográficos y analíticos de EHGNA en el 3 % de la población pediátrica general, llegando al 53 % en los niños obesos.<sup>9</sup>

Según criterios de los autores el sexo en esta enfermedad no es un factor importante porque está en dependencia del grupo poblacional estudiado, sin embargo la edad es una variable importante ya que en estas edades hay un alto riesgo de enfermedad cardíaca debido a los factores de riesgo como son la obesidad y la diabetes de tipo 2 añadido que con el decursar de los años los alimentos ingeridos en la dieta llevan a una resistencia a la insulina que si es un elemento importante en la aparición de esta enfermedad.

Los estudios poblacionales realizados en distintas áreas geográficas y que utilizaron ecografía hepática, los factores de riesgo indican una prevalencia de esta enfermedad en sujetos que no llevan una dieta adecuada, coincidiendo con este estudio que el 52,2 % de los pacientes su dieta no era adecuada.<sup>10</sup>

Algunos estudios realizados en España, muestran que los pacientes con EHNA ingerían más grasas saturadas, menos grasas insaturadas y menos vitaminas antioxidantes que los sujetos de un grupo control de la misma edad, IMC y sexo, y manifiestan una menor sensibilidad a la insulina en el grupo que ingería mayor cantidad de grasas saturadas.<sup>11</sup>

En otro estudio de pacientes con obesidad mórbida remitidos para cirugía bariátrica, los individuos con EHNA ingerían más carbohidratos, pero su aparición no se relacionaba con la cantidad de calorías.<sup>12</sup> A criterio de los autores la dieta inadecuada, o cargada en grasa no saturadas y carbohidratos condicionan una endotoxemia metabólica que conduce a la resistencia a la insulina y todo esto trae aparejado trastornos en el metabolismo de los lípidos y carbohidratos, que en el sujeto lo predispone tanto a la obesidad como a la diabetes mellitus.<sup>13</sup>

La comorbilidad en la enfermedad hepática grasa no alcohólica está implícita, al estar estrechamente relacionada con el síndrome metabólico justifica porqué la misma está presente en el 50 % de las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), en el 100% de los pacientes con obesidad mórbida, y en el 80 % de los pacientes con índice de masa corporal (IMC) mayor de 30 kg/m<sup>2</sup> según estudios realizados. Los factores de riesgo en pacientes no obesos y no diabéticos son la glucemia basal alterada, la hipertrigliceridemia, la hiperuricemia, la obesidad central, la hipertensión arterial y la dislipidemia; la comorbilidad es de gran importancia conocerla porque posee valor predictivo en la evolutividad de la enfermedad ya sea hacia fibrosis o cirrosis.<sup>14,15</sup>

La EHGNA es una enfermedad fundamentalmente asintomática, su escasa expresividad clínica hace que su diagnóstico sea ya en estadios más avanzados o por hallazgos tras un chequeo médico, en esta investigación el 50 % de los pacientes presentaban trastornos dispépticos como síntomas, y en el examen físico el 75 % era negativo. Según autores en estudios realizados encontraron como síntomas una vaga molestia o un dolor sordo en el cuadrante superior derecho. En la exploración, el hallazgo físico más frecuente es la hepatomegalia. Otros síntomas clínicos y hallazgos físicos son inespecíficos, y a menudo incluyen malestar general, molestias abdominales, náuseas y otros síntomas inespecíficos relacionados con el tracto gastrointestinal.<sup>16</sup>

Por lo que a criterio de autor el diagnóstico de esta hepatopatía debe sospecharse en los pacientes que no consumen alcohol, que presenten factores de riesgo, como la obesidad y diabetes mellitus tipo 2, que tengan una elevación persistente y moderada de las transaminasas de causa no aclarada o tan solo la presencia de una hepatomegalia aislada.

## CONCLUSIONES

La edad que predominó estuvo entre los 48 – 57 años de edad y en el sexo femenino, se destacaron como factores de riesgo los pacientes que tenían una dieta no adecuada, se manifestaron como cuadro clínico los trastornos dispépticos como síntomas y examen físico negativo debido a su escasa expresividad clínica con diagnóstico en estadios más avanzados o por hallazgos tras un chequeo médico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Graffigna M, Catoira N, Soutelo J, Azpelicueta A, Berg G, Perel C, et al. Diagnóstico de esteatosis hepática por métodos clínicos, bioquímicos y por imágenes. Rev Argent Endocrinol Metab. [Internet]. Ene- Mar 2017. [Citado 17 Mar 2018]; 54(1):37-46. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-endocrinologia-metabolismo-185-articulo-diagnostico-esteatosis-hepatica-por-metodos-S0326461016300651>
- 2- Meneses Moreno Daniela, Negrin Rangel Ernesto. Esteatosis hepática no alcohólica: relación con la circunferencia de cintura. Gen [Internet]. 2017 Jun [citado 2023 Abr 25]; 71( 2 ): 74-80. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-35032017000200005&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032017000200005&lng=es).
- 3- Suárez González M, López Mejía VM, Erín Rey JM, González González EL, Medina Garrido Y, Díaz Oliva SE. Enfermedad hepática grasa no alcohólica. Algunas consideraciones diagnósticas. Rev Acta Méd del Centro. [Internet]. 2017 [citado 2023 Abr 25]; 11(2). [aprox.9p.]. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/811/1062>
- 4- Álvarez Borges CR, Linares Batista I. Incidencia de la enfermedad hepática grasa no alcohólica. Gac Méd Espirit. [Internet]. 2020 [citado 2023 Abr 25]; 22(2): 1-5. Disponible en : <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95839>
- 5- Montes Teves P. Enfermedad por hígado graso no alcohólico: una epidemia en ascenso. Rev Gastro Perú [Internet]. 2016 [citado 2023 Abr 25]; 36(3):195-96. Disponible en: [www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sciarttext&pid...51292016001/030000](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sciarttext&pid...51292016001/030000)

- 6- Lanuza F, Sapunar J, Hofmann E. Análisis crítico del tratamiento de la enfermedad hepática grasa no alcohólica. Rev. méd. Chile [Internet]. 2018 Ago [citado 2023 Mayo 04] ; 146( 8 ): 894-901. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872018000800894&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000800894&lng=es)
- 7-Sarmiento Quintero F, Botero V, D'Agostino D, Delgado Carbajal L, Dewaele Oliver MR, Guzmán C. et al. Enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA): revisión y puesta al día. Grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica. Rev Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2016. [citado 2023 Abr 04]; 45 (3). Disponible en: <https://actagastro.org/enfermedad-de-higado-graso-no-alcoholico-ehgna-revision-y-puesta-al-dia-grupo-de-trabajo-de-la-sociedad-latinoamericana-de-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion-pediatica-slaghnp/>
- 8- Piñero F, Pages J, Marciano S, Fernandez N, Silva J, Anders M, et al. Fatty liver disease, anemerging etiology of hepatocellular carcinoma in Argentina. Rev World J Hepatol . [Internet]. 2018 Ene [citado 2023 Abr 25]; 10(1): 41-50. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5787683/>
- 9- Rodríguez Yáñez T, Almanza Hurtado A, José MC, Martínez Ávila JC, Gutiérrez Ariza I, Xiomara Tibocho G, et al. Enfermedad Hepática Grasa no alcohólica: perspectiva general y riesgo cardiovascular. Rev Med Pub Journal Méd [Internet]. 2021 Jun [citado 2023 Abr 04] ; 17( 5): 1-7. Disponible en: <file:///C:/Users/bismar/Downloads/Dialnet-EnfermedadHepaticaGrasaNoAlcoholica-7999973.pdf>
- 10- Diaz Elías J, Santaló Rodríguez L, Fernández Sotolongo J, González Hernández O. Evaluación de los factores de riesgo en el hígado graso no alcohólico. **Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García"** [Internet]. 2021 [citado 4 Abr 2023]; 9 (1) :[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/633>
- 11- Machado CM, Leite NC, Franc, a PH, Cardoso CR, Salles GF, Villela-Nogueira CA. PNPLA3 gene polymorphism in Brazilian patients with type 2 diabetes: a prognostic marker beyond liver disease?. Nutr Metab Cardiovasc [Internet]. 2019[citado 4 Abr 2023];29(9):965-71. Available from: [http://refhub.elsevier.com/S1665-2681\(20\)30177-0/sbref0110](http://refhub.elsevier.com/S1665-2681(20)30177-0/sbref0110)
- 12- Yoneda M, Imajo K, Takahashi H, Ogawa Y, Eguchi Y, Sumida Y, et al. Clinical strategy of diagnosing and following patients with nonalcoholic fatty liver disease based on invasive and noninvasive methods. J Gastroenterol [Internet]. 2018[citado 4 Abr 2023] ;53(2):181-96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00535-017-1414-2>
- 13- Méndez Sánchez N, Chavez Tapia NC, Almeda Valdes P, Uribe M. The management of incidental fatty liver found on imaging. What do we need to do? Am J Gastroenterol [Internet]. 2018[citado 4 Abr 2023];113(9):1274-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41395-018-0047-2>

- 14- Reyes García R, Rozas Moreno P, Llamaza Torres CJ, Mezquita Raya P. Hígado graso no alcohólico y diabetes. Medicina Clínica [Internet]. 2017[citado 4 Abr 2023];148(1):33-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.08.005>
15. Serfaty L, Lemoine M. Definition and natural history of metabolic steatosis: clinical aspects of NAFLD, NASH and cirrhosis. Diabetes Metab [Internet]. 2008[citado 4 Abr 2023];34(6):634-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19195623>
- 16- Ochoa E, Calambás F. Hígado graso no alcohólico en consulta de gastroenterología. Repert Med Cir. [Internet]. 2017 [citado 4 Abr 2023];26(4):225-30. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-repertorio-medicina-cirugia-263-articulo-higado-graso-no-alcoholico-consulta-S0121737217301097>



