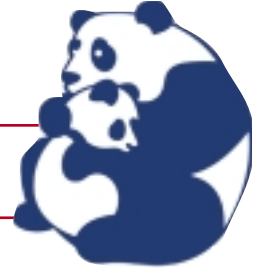


Caso clínico 2



Consumo de alcohol y elevación de transaminasas

Consumo de alcohol y elevación de transaminasas

Mujer de 55 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés, no operada ni transfundida, que es remitida para estudio de hipertransaminasemia detectada en un primer análisis realizado por su médico de atención primaria. No recibe tratamiento alguno, no consume productos de herboristería y niega la ingesta enólica.

En la exploración física destacaba hipertrofia parotídea sin otros estigmas de hepatopatía. No se apreciaba ictericia. La exploración abdominal objetivó hepatomegalia lisa, no dolorosa, de unos tres traveses, sin esplenomegalia ni semiología de ascitis.

En la analítica que aportaba la enferma se observaba aumento ligero de las transaminasas (AST/ALT 110/50), GGT y FA (220 y 300, respectivamente), triglicéridos 200 mg/dl y ácido úrico de 8 mg/dl. El proteinograma y el estudio de coagulación eran normales. En el hemograma sólo destacaba un VCM de 101 fl . Las plaquetas y los leucocitos eran normales.

¿Qué valoración diagnóstica podemos realizar en este momento teniendo en cuenta los datos analíticos?

- a) No parece posible la etiología enólica: niega beber.
- b) Los datos analíticos excluyen la sospecha de enolismo.
- c) El sexo femenino hace improbable que el alcohol sea la causa etiológica.
- d) Existen datos exploratorios que apoyan el diagnóstico.
- e) Un correcto interrogatorio bien dirigido es esencial en el diagnóstico.

Respuesta a: FALSA

Respuesta b: FALSA

Respuesta c: FALSA

Respuesta d: FALSA

Respuesta e: CORRECTA

La presencia de macrocitosis, hipertrigliceridemia, ácido úrico alto, predominio de AST sobre ALT, y elevación significativa de la GGT hacen sospechar como primera posibilidad el consumo de alcohol. Además, la existencia de hipertrofia parotídea y hepatomegalia también apoyan dicho origen. Sin embargo, la paciente negó durante la anamnesis el consumo de alcohol. Este hecho es muy frecuente en los enfermos en la primera entrevista, sobre todo en las mujeres, en las que socialmente es menos aceptado el consumo de bebidas alcohólicas. Un correcto interrogatorio bien dirigido nos ayudará mucho a enfocar el cuadro.

Tras evaluar los análisis volvimos a preguntar a la paciente acerca del consumo de alcohol. La enferma reconoce consumir vino y algún licor, alcanzando unos 70 g/día desde hace al menos 10 años. (Cálculo de la cantidad ingerida de alcohol; tabla VIII.)

TABLA VIII. CÁLCULO DE LA CANTIDAD DE ALCOHOL

$\text{Grados de alcohol} \times \text{cm}^3 \text{ bebidos} / 100 \times 0,8 = \text{gramos de alcohol}$

Ante esta situación, ¿cuál es la primera medida a adoptar? ¿Es necesario iniciar un estudio exhaustivo en este momento?

- a) No es necesario investigar más, el alcohol es la causa sin duda.
- b) La primera medida es la abstinencia y repetir los análisis.
- c) Dos semanas de abstinencia son suficientes para la normalización analítica.
- d) La prevalencia aumentada de otras enfermedades en el paciente bebedor aconseja descartarlas.
- e) Debemos enviar esta paciente al especialista en este primer momento.



Respuesta a: FALSA

Respuesta b: CORRECTA

En este momento, lo primero es recomendar la abstinencia enólica, y repetir los análisis tras un plazo suficiente (6-8 semanas) para comprobar si éstos se normalizan o se mantienen alterados. Siempre debemos iniciar esta mínima investigación y no considerar de entrada al alcohol como la causa. Aunque no se ajusta totalmente al esquema expuesto previamente, lo más práctico es añadir a la analítica de confirmación tras la abstinencia, la determinación de hierro, ferritina, transferrina y serologías de virus B y C, condiciones especialmente prevalentes en los alcohólicos. Además, aunque todavía no es estrictamente necesaria, conviene solicitar en este momento una ecografía; resulta muy recomendable. Esta valoración inicial debe ser realizada por su médico de familia y no es necesario remitirla al especialista.

Respuesta c: FALSA

Respuesta d: FALSA

Respuesta e: FALSA

Seis semanas después, la paciente acude de nuevo a la consulta, refiriendo no haber consumido bebidas alcohólicas. En la nueva analítica, las transaminasas eran ALT/AST 50/30, con una GGT de 50, siendo el resto de determinaciones bioquímicas normales, salvo mínima elevación del VCM (101). La sideremia, ferritina y transferrina eran normales, y la serología para virus B y C negativa (antígeno HBs negativo, anti-HBc total positivo y anti-VHC negativo). Realizamos una ecografía abdominal que fue normal.

Respecto a la ecografía en la patología hepática por alcohol, es cierto que:

- a) No siempre encontramos alteraciones, y éstas no son específicas.
- b) Siempre existe hepatomegalia ecográfica.
- c) No aporta ningún dato de interés en estos enfermos.
- d) Puede mostrar alteración de la morfología hepática en casos de daño hepático avanzado.
- e) Las respuestas a y d son correctas.

Respuesta a: FALSA

Respuesta b: FALSA

Respuesta c: FALSA

Respuesta d: FALSA

Respuesta e: CORRECTA

Los hallazgos ecográficos en la hepatopatía enólica no son específicos, y con frecuencia la exploración es normal o muestra ligera hepatomegalia. En otros casos, se puede apreciar alteración de la ecogenidad del parénquima hepático (signo inespecífico que puede ser debido tanto a esteatosis como a fibrosis), asociada, en los casos de hepatopatía avanzada, a alteración morfológica hepática (disminución de tamaño, superficie irregular, hipertrofia del lóbulo caudado) y, a veces, a signos ecográficos de hipertensión portal (dilatación del eje esplenoportal, esplenomegalia, vasos colaterales, repermeabilización de la vena umbilical y ascitis).

¿Debemos remitir esta paciente al hepatólogo?

- a)** Debemos remitirla, porque todo paciente con enolismo y transaminasas elevadas debe ser valorado por el especialista.
- b)** No, porque nunca es necesario remitir al hepatólogo aquel paciente en el que la causa de aumento de las transaminasas es el alcohol de forma evidente.
- c)** En este caso no hay datos clínicos ni analíticos de hepatopatía aparente y, por tanto, podemos controlar a la enferma en el centro de salud.
- d)** No, con analíticas normales nunca es posible un daño hepático significativo.
- e)** No, en un paciente asintomático no es posible una hepatopatía avanzada.



Respuesta a: FALSA

Respuesta b: FALSA

Respuesta c: CORRECTA

En este caso concreto no parece necesario, ya que la etiología parece clara y no hay datos clínicos ni analíticos de insuficiencia hepática. Por el contrario, si los datos analíticos (como aumento de las cifras de bilirrubina o gammaglobulinas, disminución de la albuminemia, alteración de las pruebas de coagulación, signos bioquímicos de hiperesplenismo (citopenias)) sugieren daño hepático importante, o, por supuesto, si hay signos clínicos o ecográficos de descompensación, el enfermo debe ser enviado al especialista. También hay que remitirlo cuando necesitemos realizar exploraciones invasivas, como por ejemplo una biopsia hepática. No obstante, debemos tener en cuenta que es perfectamente posible la existencia de una cirrosis establecida en un paciente asintomático y con analítica hepática normal.

Respuesta d: FALSA

Respuesta e: FALSA

¿Es necesario remitir estos enfermos al psiquiatra?

- a) No, nunca los enviaremos porque éste es un aspecto muy secundario en el manejo de estos pacientes.
- b) Sí, siempre es necesario la valoración psiquiátrica en estos enfermos.
- c) En este caso no es imprescindible porque no parece existir una gran dependencia del alcohol.
- d) No, porque, aunque deje de beber, no se modifica la historia natural de la enfermedad hepática.
- e) Depende de la opinión que tenga la familia del paciente.

Respuesta a: FALSA

Respuesta b: FALSA

Respuesta c: CORRECTA

El abandono de la ingesta enólica es crucial en la evolución de estos pacientes. Sirva como ejemplo el hecho de que enfermos con cirrosis hepática y criterios de trasplante que dejan de beber consiguen importantes mejorías en su función hepática, que les permiten con frecuencia salir de la lista de trasplante. Debemos diferenciar al bebedor habitual, con abuso de ingesta enólica pero sin dependencia psíquica, del paciente alcohólico, incapaz de dejar de beber sin ayuda médica. Este enfermo requerirá la colaboración del psiquiatra, además de la del hepatólogo. En el caso de nuestra paciente, todo apunta a que ha conseguido inicialmente dejar de beber, y no parece necesaria la valoración por parte del psiquiatra.

Respuesta d: FALSA

Respuesta e: FALSA

Citamos a la enferma seis meses después, con nueva analítica, que fue estrictamente normal. La paciente y su pareja afirmaban asimismo la abstinencia. Programamos el próximo control en el plazo de un año, solicitando para entonces control ecográfico.

¿Era necesario realizar seguimiento en esta paciente?

- a) No, no hay datos de daño hepático y no debe ser controlada.
- b) El seguimiento sólo es necesario en los pacientes con datos de hepatopatía severa, y no es el caso que presentamos.
- c) Todos los enfermos deben ser controlados estrictamente, con analíticas frecuentes.
- d) Cada caso es distinto, y aunque nuestra enferma no parece padecer daño importante, debe ser controlada, teniendo en cuenta además la posibilidad de recidiva del alcoholismo.
- e) La ecografía y los controles analíticos no aportan datos en el seguimiento de estos casos.



Respuesta a: FALSA

Respuesta b: FALSA

Respuesta c: FALSA

Respuesta d: CORRECTA

Los pacientes con supuesta hepatopatía alcohólica constituyen un grupo muy heterogéneo. Algunos de ellos no tendrán realmente hepatopatía y no requerirán seguimiento específico, tan sólo controles clínicos y analíticos periódicos, mientras que otros deberán ser controlados por el hepatólogo, que realizará el seguimiento habitual de una hepatopatía crónica. En el caso de nuestra enferma, aunque no hay datos que sugieran daño hepático avanzado, parece recomendable repetir una ecografía en el plazo aproximado de un año. Si la revisión al año es normal y la paciente sigue sin beber, podremos espaciar los controles.

Respuesta e: FALSA

Puntos fundamentales en el consumo de alcohol

1. El abuso del alcohol, entendido como el consumo superior a 80 g/día (tabla VIII), es muy frecuente en nuestro medio, alcanzando hasta a un 7% de los españoles. De éstos, sólo una parte desarrollarán hepatopatía significativa, en dependencia de muchos factores personales no del todo conocidos.
2. Los datos clínicos y analíticos que nos obligan a sospechar la ingesta de alcohol son fundamentalmente:
 - Estigmas clínicos de enolismo: arañas vasculares en el territorio de la cava superior, retracción palmar de Dupuytren, hipertrofia parotídea, etc.
 - Datos analíticos: hiperuricemia, hipertrigliceridemia, aumento de la GGT, VCM elevado, hipertransaminasemia moderada y, sobre todo, cociente AST/ALT > 2:1. Este cociente es bastante específico (incluso de un 96% si es superior a 3), sobre

todo si se asocia a una elevación de la GGT superior a dos veces su valor normal. Sin embargo, la elevación aislada de la GGT es muy inespecífica.

3. La clínica del paciente no se correlaciona en muchas ocasiones con el grado de lesión hepática producida. De la misma forma, aunque hay datos analíticos que sugieren lesión hepática importante, ésta puede existir con analítica rigurosamente normal. Sólo la biopsia hepática permite conocer el daño histológico de un enfermo concreto. Las lesiones producidas por el alcohol pueden ser:

- Esteatosis macrovesicular (con menos frecuencia, microvesicular).
- Esteatohepatitis.
- Fibrosis.
- Hepatitis alcohólica aguda.
- Hepatitis crónica alcohólica.
- Cirrosis hepática.

La biopsia se debe realizar en pacientes con dudas diagnósticas, persistencia de alteraciones analíticas a pesar de la abstinencia y en aquellos con datos clínicos o analíticos de daño hepático avanzado.

4. Recordar la asociación frecuente de la hepatopatía alcohólica con la infección por los virus B y C (más prevalentes en estos pacientes que en la población general), con la porfiria hepatocutánea tarda (tenerla en cuenta sobre todo en sujetos con lesiones cutáneas) y con la sobrecarga férrica.
5. El aspecto más importante del tratamiento es conseguir el abandono del hábito enólico. Para esto, es fundamental en muchas ocasiones la intervención del psiquiatra. La abstinencia alcohólica consigue evitar la progresión de la enfermedad hepática, logra la mejoría de la función del hígado en muchos casos, así como posiblemente la mejoría de la lesión histológica, incluso quizá de la fibrosis. En definitiva, mejora el pronóstico de forma evidente.
6. En pacientes con cirrosis hepática que cumplan criterios de trasplante hepático, éste es posible tras la evaluación por el psiquiatra y un periodo de abstinencia, que se suele fijar en unos seis meses.



Bibliografía

1. Caballería J. Enfermedad hepática alcohólica. En: Rodés J, editor. Enfermedades del aparato digestivo (IX). Álvarez Mon Soto. Medicine. Vol. 12. 7ª ed. Madrid: Idepsa, S.A.; 1996. p. 463-470.
2. Lieber CS. Alcohol and the liver: 1994 Update. Gastroenterology 1994; 106: 1085-1105.