

## FETGE GRAS NO ALCOHÒLIC

El fetge gras no alcohòlic (FGNA) és una síndrome caracteritzada per la presència de dipòsits de greix al fetge en absència de consum d'alcohol. El dipòsit aïllat de greix al fetge s'anomena esteatosi hepàtica. De vegades la presència d'esteatosi induïx, per una sèrie de mecanismes complexos, l'aparició d'inflamació i fibrosi hepàtica. Si l'esteatosi s'acompanya de fenòmens inflamatoris o del desenvolupament de fibrosi en absència de consum significatiu d'alcohol, aleshores hem de parlar d'esteatohepatitis no alcohòlica (EHNA). Aquestes dues entitats formen part de l'espectre de la mateixa malaltia, però llur diferenciació és important, ja que té cert valor pronòstic.

Als darrers anys, i relacionat amb el canvi d'hàbits que s'ha produït a la nostra societat, està augmentant la incidència i prevalença del FGNA. Això es deu, en gran mesura, a l'increment de la taxa d'obesitat que s'ha produït als països desenvolupats. Al voltant del 75% de les persones obeses estan afectades per una malaltia hepàtica per dipòsit de greix. A Catalunya un 50% de la població presenta sobrepès, i d'aquests, un terç són obesos. A nivell global es calcula que entre un 15 -25% de la població mundial pateix un FGNA, i entre un 2-5% de la població ja presenta fenòmens d'EHNA.

Les causes del FGNA poden ser diverses. La majoria de persones afectades presenten algun trastorn metabòlic que les predisposa a patir aquesta malaltia. L'obesitat i la diabetis mellitus són les situacions que s'associen amb més freqüència amb l'aparició d'un FGNA. Totes dues provoquen una situació de resistència a la insulina que facilita l'acumulació de greix al fetge. No obstant, hi ha moltes altres causes que poden provocar un fetge gras. Entre elles hi trobem l'augment de colesterol o triglicèrids, l'antecedent d'una cirurgia digestiva (gastroplàstia, resecció intestinal...), alguns fàrmacs (amiodarona, tamoxifè, estrògens, metotrexat...) o infeccions víriques, entre d'altres.

La malaltia hepàtica per dipòsit de greix habitualment no sol provocar símptomes. Tanmateix, alguns pacients refereixen fatiga, malestar general o molèsties poc definides a l'hemiabdomen dret. Per aquesta raó, la sospita diagnòstica de FGNA es realitza generalment quan l'analítica mostra una alteració de les proves hepàtiques amb elevació dels nivells de transaminases. Una ecografia abdominal que evidencia un patró hepàtic brillant confirma la diagnosi. Hi ha altres tècniques d'imatge, com la tomografia axial computaritzada (TAC) o la ressonància magnètica nuclear (RMN) que poden ser útils en alguna circumstància, però que no s'utilitzen de manera habitual.

Un aspecte important de la diagnosi del FGNA és saber si es tracta d'una esteatosi hepàtica, que des del punt de vista hepàtic té un bon pronòstic, o si ens trobem davant una EHNA (esteatohepatitis), que comporta un risc potencial de progressar cap a una **cirrosi**. Algunes dades clíniques, analítiques i ecogràfiques ens poden orientar, tot i que la millor prova diagnòstica per a diferenciar aquestes dues situacions és la pràctica d'una biòpsia hepàtica. La biòpsia consisteix en l'extracció d'un fragment de teixit hepàtic per a la seva visualització microscòpica. Aquesta exploració, que es realitza amb anestèsia

local i sota control ecogràfic, pot ser d'interès en algunes situacions; però no està lliure de complicacions, com el dolor i l'hemorràgia, i no està indicada a la majoria de casos.

El pronòstic del FGNA és molt variable. Des del punt de vista hepàtic, tot i que poc probable, la malaltia pot progressar a **cirrosi** i insuficiència hepàtica. Hi ha factors que s'han associat a una més gran probabilitat de progressió de la fibrosi. Entre ells, en destaquem l'edat superior a 45 anys, l'obesitat, la diabetis tipus 2, el quocient AST/ALT>1, la hipertriglicèridèmia, la hipertensió arterial i una història familiar d'EHNA. En pacients amb esteatosi aïllada, la malaltia hepàtica sol tenir un curs benigne, tot i que s'ha documentat el desenvolupament de cirrosi en un percentatge molt baix de pacients (<5% en 10-20 anys). No obstant, el desenvolupament de **cirrosi** s'observa en un 5-8% dels pacients amb diagnòstic d'EHNA als 5 anys d'evolució. També s'ha documentat l'aparició de carcinoma hepàtic al voltant d'un 10% de pacients amb **cirrosi** secundària a un FGNA en un seguiment a 10 anys.

La importància del FGNA, però, no es limita a la malaltia hepàtica. Actualment, hi ha autors que consideren que el fetge gras forma part d'un trastorn més generalitzat, anomenat síndrome metabòlica, que s'acompanya d'un risc augmentat de patir una malaltia cardiovascular. Entre els criteris diagnòstics d'aquesta síndrome hi trobem l'obesitat, alteracions del metabolisme dels greixos, la diabetis o la hipertensió arterial. Per aquesta raó s'ha d'investigar l'existència d'aquests trastorns en els malalts amb sospita de FGNA. Al voltant del 80% de pacients amb síndrome metabòlica acabaran desenvolupant un FGNA, i aproximadament un 90% de pacients amb FGNA tenen algun criteri de síndrome metabòlica. Estudis recents han confirmat que la presència d'un FGNA augmenta el risc de presentar plaques d'ateroma a les artèries caròtides i de patir una malaltia extensa de les artèries coronàries del cor.

Actualment no disposem d'un tractament específic per a la malaltia hepàtica per dipòsit de greix. El primer que hem d'aconsellar és una millora dels hàbits de la vida quotidiana, no fumar, no beure alcohol, seguir una dieta sana i fer exercici físic. En els casos de sobrepès s'aconsella una reducció ponderal progressiva, que ha demostrat tenir un benefici clínic important. Ara bé, no s'hauria de reduir més d'1 kg a la setmana, donat que la reducció abrupta de pes pot fins i tot tenir un efecte perjudicial. Si concorren altres trastorns de la síndrome metabòlica, com la diabetis, dislipèmies o hipertensió arterial, se'ls ha de controlar amb una dieta adequada i els fàrmacs adients. Recentment s'han proposat diferents tractaments específics per a l'EHNA, l'efectivitat dels quals encara s'està estudiant.