
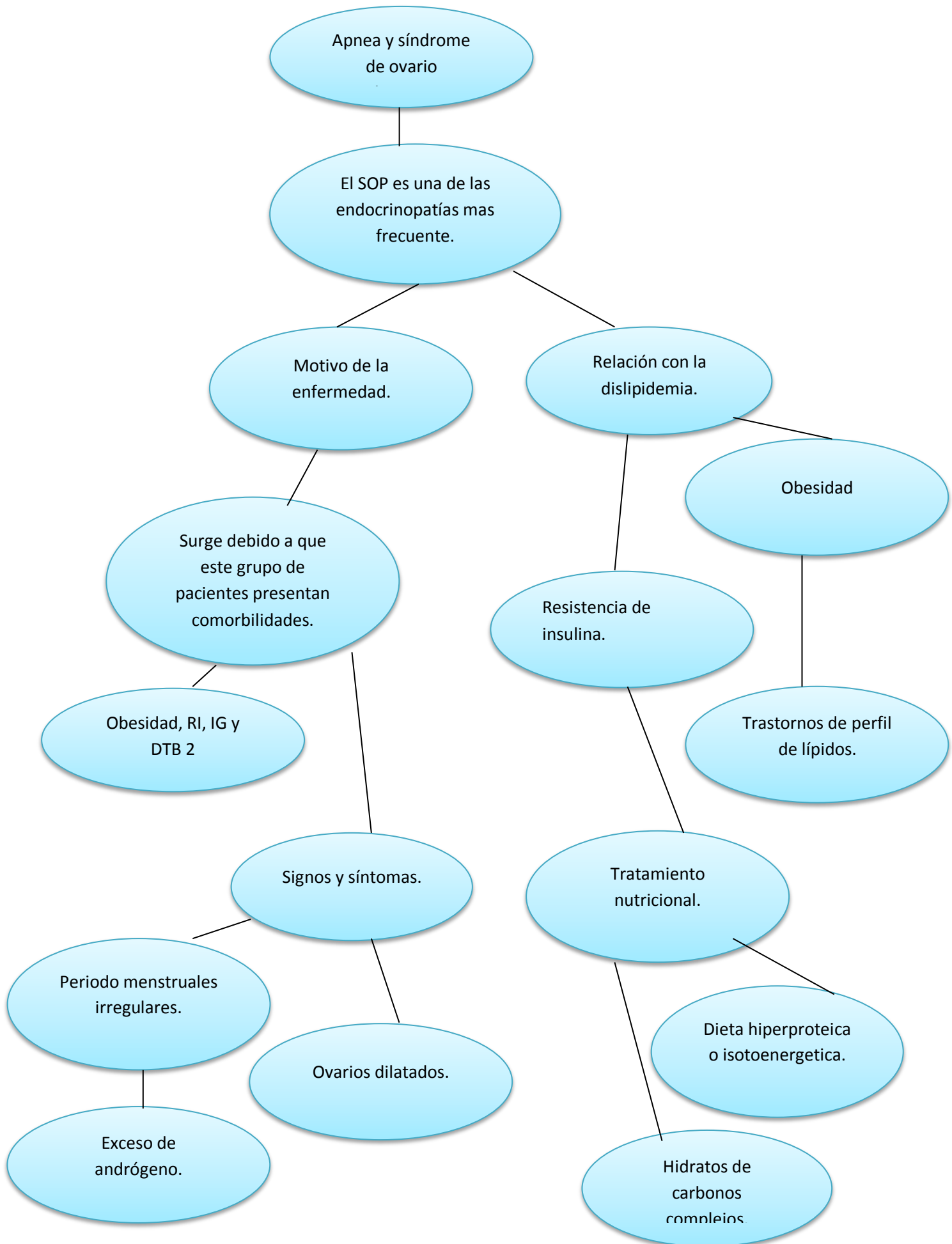


- 
- A horizontal orange arrow pointing to the right, positioned above the list of information.
- Materia: Nutrición en
Obesidad.
 - Cuatrimestre: 6to
 - Alumno: Airy del Rosario
Bautista Guillén.



Resumen de hígado graso e hipogonadismo.

La enfermedad por hígado graso no alcohólico tiene un amplio espectro desde esteatosis, esteatohepatitis, fibrosis, cirrosis y en algunos casos el cáncer hepatocelular. Se prevé que en los próximos años una de las principales causas de cirrosis y de necesidad de trasplante de hígado será la enfermedad por hígado graso no alcohólico. En México la prevalencia reportada es variable. Es importante reconocer los factores de riesgo asociados a esta enfermedad como lo es la diabetes, obesidad, susceptibilidad genética y asociaciones emergentes (síndrome de ovario poliquístico, el hipotiroidismo, la apnea obstructiva del sueño, hipopituitarismo e hipogonadismo). La química hepática puede ser considerada una prueba inicial para investigar la enfermedad y el ultrasonido una prueba complementaria accesible. Existen métodos de evaluación no invasivos de fibrosis en estos pacientes. El impacto real de la enfermedad por hígado graso no alcohólico es la mortalidad cardiovascular asociada.

Síntomas.

La mayoría de los pacientes con EHGNA, se encuentran entre la cuarta a quinta década de la vida, habitualmente están asintomáticos, solo algunos con esteatohepatitis no alcohólica pueden presentar fatiga, malestar general y dolor abdominal "vago" en cuadrante superior derecho. Los hallazgos de laboratorio en EHGNA son: elevación leve a moderada de aminotransferasas (niveles normales no excluyen el diagnóstico), relación AST/ALT < 1, la fosfatasa alcalina puede estar elevada 2 a 3 veces, albúmina y bilirrubinas en sangre suelen estar normales y puede haber elevación de ferritina y saturación de transferrina en sangre. La mayoría de los pacientes se detecta de forma incidental una elevación de aminotransferasas o esteatosis hepática por algún estudio de imagen solicitado por otro motivo. En aquellos pacientes con síntomas atribuibles a enfermedad hepática y pruebas de funcionamiento hepático anormales, se recomienda realizar protocolo para confirmar EHGNA. En aquellos asintomáticos y sin alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático, se recomienda evaluar y tratar solo los

factores de riesgo metabólico (obesidad, intolerancia a la glucosa, dislipidemia) u otras causas de esteatosis hepática.

Tratamiento medico.

El tratamiento farmacológico está enfocado a mejorar la enfermedad hepática y deben limitarse a pacientes con esteatohepatitis. En este sentido, se recomienda el uso de pioglitazona ya que ha sido estudiada en pacientes con diabetes mellitus o glucosa alterada en ayunas mostrando mejoría significativa en los niveles de aminotransferasas, esteatosis hepática, balonización e inflamación, pero sin efectos para fibrosis. La dosis habitual es de 30 mg al día. En cambio, metformina no se recomienda como tratamiento específico en los adultos con EHGNA ya que no tiene efecto significativo en la histología hepática. El uso de vitamina E (α -tocoferol) se asocia con disminución en los niveles de aminotransferasas, mejora la esteatosis, la inflamación y la balonización en sujetos con esteatohepatitis no alcohólica, sin embargo no tiene efecto en la fibrosis hepática. Puede ser considerado como terapia farmacológica de primera línea en pacientes no diabéticos con esteatohepatitis no alcohólica comprobada con biopsia a una dosis de 800 UI al día. Por otro lado, se ha demostrado que otros tratamiento como el ácido Ursodeoxicólico no ofrece beneficio comparado con placebo. Pentoxifilina, ácidos grasos omega 3, probucol, betaína, losartán y atorvastatina se han estudiado en EHGNA pero la evidencia es escasa y se necesita mayor estudio antes de recomendarlos

Tratamiento nutricional.

En general, el aporte de energía de la dieta es el factor más importante que influye en la cantidad de grasa en el hígado, independientemente de si esta energía proviene de una elevada ingesta de grasas o de hidratos de carbono. Teniendo en cuenta que los pacientes con EMHG son en su mayoría obesos, es obligada una restricción calórica de al menos 500 kcal día, para alcanzar una pérdida de peso de al menos un 5% del peso inicial. Esta restricción podemos realizarla, a través de una disminución del aporte de hidratos de carbono o de grasas, no obstante, es

necesario individualizar la dieta en función del paciente y del área geográfica. Teniendo en cuenta nuestra situación, una dieta con patrón mediterráneo sería de elección en estos pacientes, primando el aporte de aceite de oliva virgen extra, restringiendo el de hidratos de carbono con alto índice glucémico, en especial el de fructosa a través de bebidas azucaradas y estimulando el consumo de dos o tres raciones a la semana de pescado azul, nueces (30-40 gramos, 3 o cuatro veces a la semana), café (2 o 3 tazas al día, en concreto café filtrado sin azúcar y salvo en pacientes con alguna contraindicación para la cafeína), con la presencia de lácteos fermentados en nuestra dieta, así como fruta fresca, rica en antioxidantes naturales.