



Enfermedad Hepática Esteatótica Asociada a Disfunción Metabólica (MASLD), y su diagnóstico en APS

Autor: Dr. Diego Pablo Acuña Caroca. Residente Medicina Familiar mención Adulto UCM.

Revisor: Dr. Pablo Guerrero González. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen:

Se presenta una revisión actualizada sobre la Enfermedad Hepática Esteatótica Asociada a Disfunción Metabólica (MASLD), término recientemente adoptado en reemplazo de la denominación “enfermedad por hígado graso no alcohólico” (NAFLD) (1). Se abordan aspectos esenciales como prevalencia, fisiopatología, diagnóstico, pronóstico clínico, progresión a cirrosis y la utilidad del índice FIB-4 como herramienta no invasiva para la estimación del riesgo de progresión de fibrosis, con énfasis en su aplicabilidad en Atención Primaria de Salud (APS).

Introducción:

La MASLD representa un espectro de trastornos y constituye una de las principales causas de enfermedad hepática crónica, abarcando desde la esteatosis hepática simple hasta la inflamación con daño hepatocelular. El cambio de nomenclatura agrupa entidades bajo un marco común: MASL (esteatosis hepática simple), MASLD, MASH (esteatohepatitis), MetALD (hepatopatía esteatótica relacionada con alcohol) y SLD criptogénica (2)

Se define por la presencia de esteatosis hepática (depósito de grasa en >5% de hepatocitos) junto a al menos un factor de riesgo cardiometabólico (sobrepeso u obesidad, diabetes tipo 2, síndrome metabólico) (1). MASLD aplica con esteatosis + disfunción metabólica cuando el consumo es de OH es ≤ 20 gr/d mujer y ≤ 30 gr/d hombre; si es 20–50 gr/d mujer o 30–60 gr/d hombre, se categoriza MetALD; por encima de estos valores, ALD. (3)

Desarrollo:

La MASLD es actualmente la causa más frecuente de enfermedad hepática crónica a nivel mundial, con una prevalencia estimada del 38% en adultos según los metaanálisis más recientes (4). Esta cifra aumenta al 60–75% en pacientes con al menos una comorbilidad cardiometabólica, y alcanza aproximadamente un 70% en personas con diabetes mellitus tipo 2. En Chile, un estudio de 2009 estimó una prevalencia del 24%. (5)

La presentación clínica suele ser asintomática (“enfermedad silenciosa”) en etapas iniciales. Aproximadamente el 80% de los pacientes con esteatosis carecen de síntomas y de alteraciones significativas en exámenes de laboratorio (1). Cuando existen alteraciones, la más habitual es la elevación leve de aminotransferasas (tabla 1), típicamente con GPT mayor que GOT y una relación GOT:GPT < 0,8.

TABLA 1	
Elevación de transaminasas	Valor referencial
Limítrofe	< 2 × LSN
Leve	2-5 × LSN
Moderado	5-15 × LSN
Severo	> 15 × LSN
Masivo	> 10,000 U/L

La biopsia hepática sigue siendo el patrón de referencia (“gold standard”) para el diagnóstico y la estadificación histológica. No obstante, por su carácter invasivo y la variabilidad muestral, se han desarrollado métodos no invasivos, incluyendo calculadoras bioquímicas que evalúan probabilidad de esteatosis (índice Fatty liver index, steatotest, NAFLD liver fat score, etc.) de las cuales ninguna se encuentra validada en población chilena, y técnicas de imagen (ecografía, elastografía transitoria FibroScan y elastografía por resonancia magnética) que su sensibilidad y especificidad es variable dependiendo del grado de esteatosis hepática (1) (6)

Para la evaluación inicial, se recomienda solicitar hemograma completo, glucosa, perfil lipídico, albúmina, tiempo de protrombina (TP/INR), bilirrubina y estudios para descartar otras hepatopatías crónicas (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, anti-HCV, perfil férrico) (7). Se recomienda complementar con una imagen inicial de ecografía abdominal puede identificar infiltración grasa (>20–30%) con una sensibilidad de 84.8% y especificidad de 93.6% (LR+ 13.25, LR– 0.16), cuyo rendimiento disminuye en grados leves y en obesos (8)

A pesar de la alta prevalencia, no se recomienda el cribado poblacional general. Sin embargo, se debe realizar en pacientes con DM2, síndrome metabólico, pruebas hepáticas alteradas o hallazgos radiológicos sugerentes de esteatosis hepática (6)

La MASLD se ha asociado, según un estudio, con un mayor riesgo de desarrollar comorbilidades cardiometabólicas: síndrome metabólico (OR 4,27), diabetes mellitus tipo 2 (OR 3,52), dislipidemia (OR 2,54), hipertensión arterial (OR 1,83), enfermedades cardiovasculares (OR 1,24) y la presencia de al menos una de las anteriores (OR 2,84). Asimismo, se ha vinculado con un incremento en la mortalidad: por todas las causas (OR 1,09), por enfermedades cardiovasculares (OR 1,11) y por causas relacionadas con diabetes (OR 1,29) (9). Estos hallazgos refuerzan la relevancia de MASLD como un determinante de riesgo cardiovascular y como una condición con impacto significativo en la carga para los sistemas de salud.

La fibrosis es el principal determinante pronóstico, existen distintas herramientas para la evaluación de fibrosis como calculadoras de riesgo o el uso de imágenes, pero, ambas tienen por objetivo detectar una fibrosis significativa ($\geq$ F2) que se asocia a incremento en la mortalidad general y específica hepática (2). Se considera una fibrosis significativa en estadio $\geq$ F2, y cada estadio de fibrosis se relaciona con una mortalidad a 10 años como se menciona en la tabla 2 (4)

TABLA 2	
Grado de Fibrosis	Mortalidad a 10 años
F0 – F1	0.1%
F2	1.0%
F3	4.0%
F4	29.3%

El índice FIB-4 es la herramienta más ampliamente utilizada, que utiliza los parámetros de la tabla 3, con puntos de corte < 1,3 (fibrosis no significativa) y > 2,67 (fibrosis avanzada). Su utilidad es limitada en menores de 35 años y mayores de 65, en este último grupo se usa 2,0 como umbral inferior. (3) (6). La elastografía transitoria aporta información adicional, con valores de corte orientativos: < 8,0 kPa (descarta fibrosis avanzada), $\geq$ 8,0 kPa (riesgo aumentado), > 10 kPa (fibrosis avanzada) y > 15 kPa (cirrosis).

TABLA 3
Parámetros FIB – 4
GOT
GPT
Edad (años)
Plaquetas

Conclusión:

MASLD representa un desafío creciente para los sistemas de salud por su alta prevalencia, carácter silente y riesgo de progresión a cirrosis y complicaciones asociadas. La atención primaria juega un rol esencial en la identificación de factores de riesgo, el uso de herramientas no invasivas para estratificación de fibrosis, y el manejo integral de comorbilidades cardiometabólicas. La estrategia óptima, respaldada por guías internacionales, integra pesquisa dirigida en alto riesgo, FIB-4 como filtro inicial con ajuste etario y confirmación con pruebas no invasivas (VCTE/ELF) antes de derivación. La gestión intensiva de comorbilidades cardiometabólicas y la estratificación periódica son claves para reducir eventos hepáticos y cardiovasculares y optimizar el uso de recursos sanitarios.



Referencias

1. Farah Abdelhameed CKLLADKKCSSCMDEKIK&HSR. Non-invasive Scores and Serum Biomarkers for Fatty Liver in the Era of Metabolic Dysfunction-associated Steatotic Liver Disease (MASLD): A Comprehensive Review From NAFLD to MAFLD and MASLD. Current Obesity Reports. 2024 May ; Volume 13(pages 510–531).
2. Papatheodoridis VL·GV. Natural history of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. European Journal of Internal Medicine. 2024 April ; Volume 122(p3-10).
3. Alqahtan ZMY·SZSJVLMLHG·SA. Global Consensus Recommendations for Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease and Steatohepatitis. Clinical - Liver. 2025 April .
4. Nasr PHHYS·HH·P. Natural history and progression of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. The Lancet Gastroenterology & Hepatology. 2024 October; Volume 9, (Issue 10).
5. Manual de Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Digestivas. Sociedad Chilena de Gastroenterología. 2021.
6. Arif-Tiwari Hea. ACR Appropriateness Criteria® Abnormal Liver Function Tests. Journal of the American College of Radiology. 2023 November; Volume 20(Issue 11).
7. ERIN C. WESTFALL DRJMAARBD. Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Common Questions and Answers on Diagnosis and Management. Am Fam Physician. ;). 2020 November; 102(9)(603-612).
8. Tacke Fea. EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). Journal of Hepatology. 2024 September; Volume 81(Issue 3).
9. Yi-Ting Chen TICSCYCWJHJFHSNLMLYCFHCYDYWCWLCMLYMH. Prevalence, proportions of elevated liver enzyme levels, and long-term cardiometabolic mortality of patients with metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. Journal of Gastroenterology and Hepatology,. 2024 May; 39(1939–1949).