



Evaluación del paciente asintomático con alteración de pruebas hepáticas

Lucy Dagher¹.

¹Gastroenteróloga lucydagher@cantv.net

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

El descubrimiento incidental de elevación de transaminasas, durante una evaluación médica en el paciente asintomático es un problema clínico común, el cual puede estar presente entre el 1% y el 4% de una población asintomática, además es posible identificar la causa de dicha elevación evaluando el patrón de la elevación y solicitando algunos exámenes adicionales. Así, el seguimiento clínico expectante es la mayor estrategia costo - beneficio que puede tomarse para el manejo de pacientes asintomáticos, con elevación persistente de transaminasas, con marcadores virales, metabólicos y auto inmunes negativos.

PALABRAS CLAVE: Transaminasas, gamma-glutamil-transpeptidasa (GGT), pruebas hepáticas.

TRANSAMINASAS ELEVADAS

El descubrimiento incidental de elevación de transaminasas, durante una evaluación médica en el paciente asintomático es un problema clínico común, el cual puede estar presente entre el 1% y el 4% de una población asintomática (1, 2). En este grupo incluimos los donantes de sangre, pacientes en chequeos médicos de rutina o en evaluación pre-operatoria. La historia médica y el examen físico deberían orientar en la evaluación de este tipo de convaleciente.

La historia clínica debería enfocarse en la búsqueda de medicamentos con o sin prescripción médica, el uso de alcohol, exposición ocupacional a hepatotoxinas, factores de riesgo para hepatitis e historia familiar de enfermedad hepática. Es esencial repetir los exámenes en aquellos afectados sin factores de riesgo o sin signos de hepatopatía crónica. Preguntar por pruebas similares hechas con anterioridad nos puede orientar sobre la cronicidad del problema. Un paciente con elevación aislada de la alanina transferasa (ALT) debe orientarse la búsqueda de fuentes extra-hepáticas de ALT, particularmente de origen muscular.

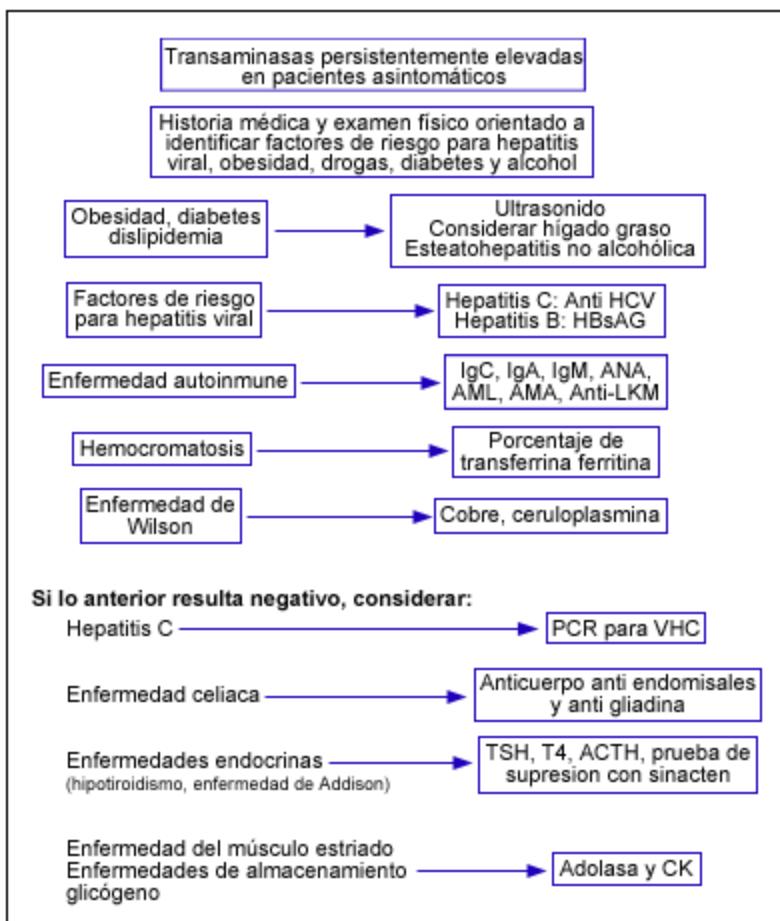
Es posible identificar la causa de la elevación de las transaminasas evaluando el patrón de la elevación y solicitando algunos exámenes adicionales. La relación entre la aspartato transferasa (AST) y la ALT, pudiera ser un índice útil para distinguir entre esteatohepatitis no alcohólica de la enfermedad alcohólica hepática. Una relación AST/ALT menor a 1 sugiere esteatohepatitis no alcohólica o hepatitis viral, una relación mayor o igual a 2 es altamente sugestiva de enfermedad hepática alcohólica (3, 4). La elevación adicional de la gamma-glutamil-transpeptidasa (GGT) refuerza el diagnóstico de abuso de alcohol.

Es importante mencionar que la toxicidad por drogas es otra causa que puede sospecharse, si se demuestra una relación entre la administración del medicamento y la elevación de las transaminasas. Los medicamentos que más frecuentemente elevan las transaminasas son los AINES, antibióticos, inhibidores HMG-COA reductasa, drogas antiepilepticas y antituberculosas. Sin embargo, además de la medicación indicada con prescripción, deben tomarse en cuenta la drogas automedicadas, el uso de adaptógenos, hierbas o drogas ilícitas. En esta situación el primer paso es definir si la medicación o el uso de alcohol son responsables de esta elevación de transaminasas, si este fuese el caso al suspenderla las transaminasas resultarían normales en un control posterior.

Si la elevación persiste en el tiempo y si particularmente los valores de transaminasas permanecen muy elevados, deben solicitarse marcadores de enfermedad hepática autoinmune, especialmente si se trata de mujeres jóvenes, la serología para hepatitis B y C debe solicitarse en todos los pacientes. Los estudios para el hierro deben pedirse de rutina para descartar una hemocromatosis, mientras que la ceruloplasmina y los niveles de cobre séricos son adecuados si el paciente es menor de 45 años, para descartar la enfermedad de Wilson. Igualmente si todos estos exámenes resultan negativos, para explicar la causa de la elevación persistente de transaminasas deben solicitarse los niveles de Alfa 1 antitripsina.

Como se mencionó anteriormente, a todos los pacientes con transaminasas elevadas se les debe suspender toda medicación innecesaria y recomendar abstención de alcohol, ejercicio y pérdida de peso, en caso de existir sobrepeso, durante varias semanas para luego evaluarlos nuevamente. Un estudio reciente sugiere que el seguimiento clínico expectante es la mayor estrategia costo - beneficio que puede tornarse para el manejo de pacientes asintomáticos, con elevación persistente de transaminasas, con marcadores virales, metabólicos y autoinmunes negativos (5).

Si después de todas estas intervenciones las transaminasas permanecen elevadas por un período de 6 meses, y la causa no es discernible, el paciente debe ser reevaluado, para esto se recomienda realizar una biopsia hepática.

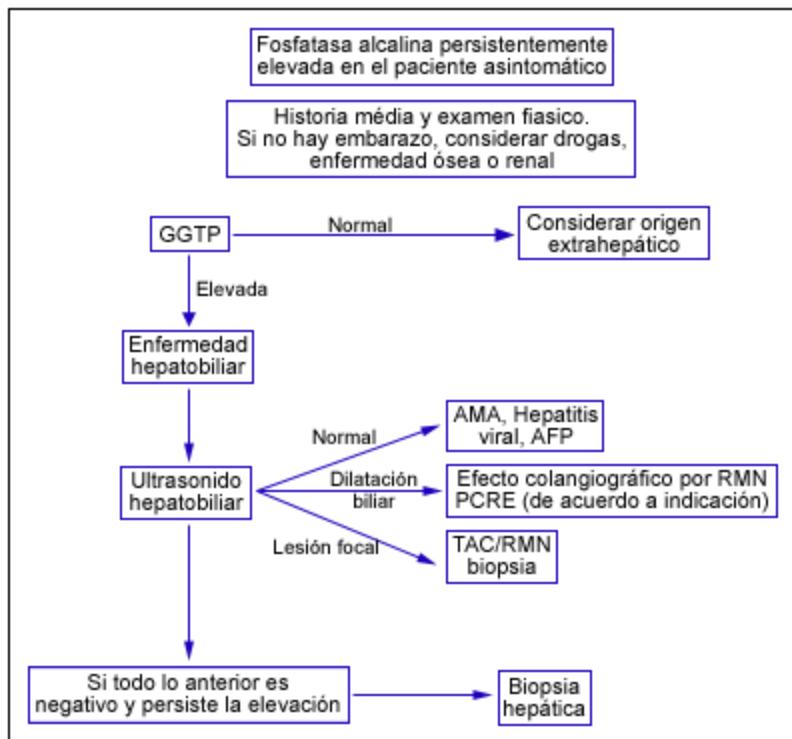


ELEVACIÓN DE LA FOSFATASA ALCALINA

La historia clínica puede orientar en la etiología de la elevación de la fosfatasa alcalina, así como la exclusión de dicha elevación como resultado del crecimiento óseo fisiológico (en niños y adolescentes), enfermedad ósea primaria como en la enfermedad de Paget, o la presencia de fracturas múltiples; además, en el tercer trimestre del embarazo la elevación de la fosfatasa alcalina se debe a la fosfatasa alcalina placentaria, de manera que antes de solicitar investigaciones adicionales, debe repetirse la determinación de esta, pues las elevaciones aisladas la misma no son frecuentes y pueden deberse a errores de laboratorio.

A continuación debe solicitarse la determinación de la gamma-glutamil-transferasa (GGT). Si los niveles de esta prueba son normales, es poco probable que la elevación de fosfatasa alcalina sea de origen hepático en este caso deben investigarse problemas óseos o renales.

Si la elevación de fosfatasa alcalina es de origen hepático y persiste, debe realizarse un ultrasonido para excluir obstrucción biliar o lesiones ocupantes de espacio. Si el ultrasonido es normal, esto orienta a la presencia de colestasis crónica o enfermedad hepática infiltrativa. Entre las enfermedades colestásicas se incluyen la colangitis esclerosante y la cirrosis biliar primaria; y entre las enfermedades infiltrativas deben ser excluidas la sarcoidosis y otras enfermedades granulomatosas.



ELEVACIÓN DE LA GAMMA-GLUTAMIL-TRANSPEPTIDASA (GGT)

La gamma-glutamil-transpeptidasa no es una prueba útil en el despistaje inicial de enfermedades hepáticas, debido a su baja especificidad. Ocasionalmente una GGT elevada es detectada como un hallazgo aislado en un perfil de rutina de laboratorio.

Las investigaciones invasivas no están justificadas en el paciente asintomático, debido a que la causa más frecuente de esta elevación es el hígado graso, rara vez se encuentra esta elevación aislada de la GGT en enfermedad hepática severa.

Ireland et al (6) realizaron biopsias hepáticas en un grupo de pacientes con elevación aislada de la GGT y encontró que los pacientes tenían resultados normales en las biopsias o cambios histológicos mínimos en su mayor parte reversibles. En presencia de otras pruebas hepáticas alteradas, una buena proporción de pacientes tienen fibrosis o cirrosis, usualmente con inflamación activa.

Un paciente con elevación aislada de la GGT debe ser seguido en el tiempo, con evaluaciones clínicas y con otras pruebas de función hepática en intervalos de 2 o 3 meses, si aparecen síntomas u otras pruebas hepáticas alteradas, o si la GGT sigue elevándose, debe realizarse un US abdominal, TAC o RMN, para excluir una lesión ocupante de espacio y la biopsia hepática debe ser considerada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hultcrantz R, Glaumann H, Lindberg G, Nilsson LH. Liver investigation in 149 asymptomatic patients with moderately elevated activities of serum aminotransferases. Scand J

Gastroenterol 1986; 21:106 -113.

2. Kundrotas LW, Clement DJ. Serum alanine aminotransferase (ALT) elevation in asymptomatic US Air Force basic trainee blood donors. *Dig Dis Sci* 1993; 38:2145 -2150.
3. Cohen JA KM. The SGOT/SGPT ratio: an indicator of alcoholic liver disease. *Digestive Diseases and Science* 24, 835. 1979.
4. Sorbi D, Lindor KD. The ratio aspartate aminotransferase to alanine aminotransferase: potential value in differentiating nonalcoholic steatohepatitis from alcoholic liver disease. *American Journal of Gastroenterology* 94, 1018-1022. 1999.
5. Das A, Post AB. Should liver biopsy be done in asymptomatic patients with chronically elevated transaminases: a cost-utility analysis. *Gastroenterology* 114, 3241A. 1998. Ref Type: Abstract.
6. Ireland A, Hartley L, Ryley N, McGee J O'D, Trowell JM, Chapman RW. Raised gamma-glutamyltransferase activity and the need for liver biopsy. *BMJ* 1991; 302:388-389.