

Hígado graso metabólico (MASLD)

Nuevo nombre, nueva claridad: lo que pronostica no es la grasa, es la fibrosis. Y lo que mata primero es el corazón.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·
@davidrojas_medicinainterna

Basado en: Rinella ME, et al. AASLD Practice Guidance on the clinical assessment and management of NAFLD/MASLD (Hepatology 2023 · DOI 10.1097/HEP.000000000000323) · Hagström H, et al. Natural history and progression of MASLD (Lancet Gastroenterol Hepatol 2024; 9: 944-56 · DOI 10.1016/S2468-1253(24)00193-6).

- 01 Nueva nomenclatura
- 02 Por qué importa
- 03 Historia natural y quién progresa
- 04 A quién buscar
- 05 Estratifica la fibrosis
- 06 Confirmar y excluir
- 07 El alcohol y MetALD
- 08 Estilo de vida
- 09 Tratamiento farmacológico
- 10 Riesgo cardiovascular
- 11 Enfermedades asociadas
- 12 Cirrosis y vigilancia de HCC
- 13 Novedades 2024
- 14 Lo que sí funciona
- 15 Para llevar a la guardia

01 Nueva nomenclatura (MASLD / MASH / MetALD)

CAJA DE DECISIÓN

MASLD (enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica) reemplaza a "NAFLD": esteatosis hepática + **al menos 1 de 5 criterios cardiometabólicos** (sobrepeso/obesidad o cintura aumentada, hiperglucemia/DM2, hipertensión, triglicéridos altos, HDL bajo). **MASH** reemplaza a "NASH" (esteatohepatitis). **MetALD** = MASLD con consumo de alcohol moderado.

El cambio no es cosmético: es un diagnóstico "**por inclusión**" (criterios positivos), no por exclusión, y vincula explícitamente el hígado con el riesgo cardiometabólico.

02 Por qué importa

- Es la **hepatopatía crónica más frecuente** (cerca de un tercio de los adultos) y una causa creciente de cirrosis y de trasplante.
- **La fibrosis es el predictor de desenlaces hepáticos** (no la esteatosis ni las transaminasas): a mayor estadio, mayor mortalidad.
- Pero la **causa #1 de muerte en MASLD es cardiovascular** – por eso el abordaje es del hígado **y** del riesgo cardiometabólico.

03 Historia natural y quién progresa

La secuencia es **esteatosis → esteatohepatitis (MASH) → fibrosis (F0-F4) → cirrosis → hepatocarcinoma**. No todos progresan al mismo ritmo: la **MASH** y, sobre todo, la **fibrosis** son las que avanzan.

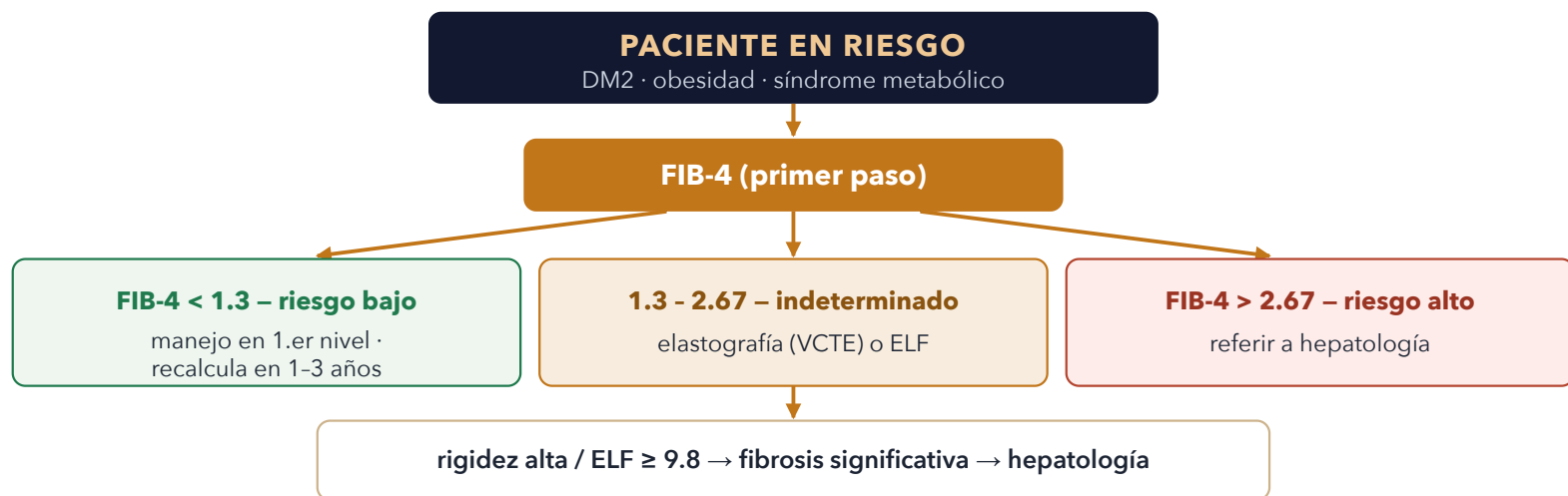
- **Aceleran la progresión:** diabetes tipo 2, obesidad, síndrome metabólico, edad y predisposición genética (p. ej. variante **PNPLA3**).
- El **hepatocarcinoma puede aparecer incluso sin cirrosis** en MASLD, aunque el riesgo es mucho mayor con cirrosis.
- Buena noticia: la fibrosis **puede regresar** con pérdida de peso sostenida y control metabólico – el seguimiento cambia el desenlace.

04 A quién buscar

No es cribado poblacional, pero **busca activamente fibrosis** en quienes concentran el riesgo:

- **Diabetes tipo 2**, obesidad o **síndrome metabólico** (2 o más componentes).
- **Esteatosis** hallada en una imagen o **transaminasas persistentemente elevadas** sin causa.
- Familiar de primer grado con cirrosis por MASLD.

05 Estratifica la fibrosis (no invasivo)



FIB-4 es gratis y se calcula con edad, AST, ALT y plaquetas. Identifica a quién estudiar más.

Ruta de estratificación no invasiva de fibrosis recreada por Sala-7 (AASLD 2023).

06 Confirmar y excluir

- Confirma **esteatosis** (ecografía, o índices/atenuación) y los criterios cardiometabólicos.
- **Excluye otras causas** y cofactores: hepatitis B/C, fármacos, hemocromatosis, autoinmune, tiroides.
- La **biopsia** queda para diagnóstico incierto o ensayos; hoy el manejo se guía con métodos **no invasivos**.

07 El alcohol y MetALD

CAJA DE DECISIÓN

Cuando hay esteatosis metabólica **y** consumo de alcohol relevante, hablamos de **MetALD** (mujeres 140-350 g/sem; hombres 210-420 g/sem). Por encima de ese rango, predomina la enfermedad **por alcohol**. El alcohol y la disfunción metabólica son **sinérgicos**: reducirlo es parte del tratamiento.

08 Estilo de vida: el tratamiento base

LA META ES EL PORCENTAJE DE PESO

La **pérdida de peso** es dosis-dependiente: **≥ 5%** reduce la esteatosis, **≥ 7-10%** mejora la **esteatohepatitis y la fibrosis**. Dieta **mediterránea**, actividad física regular y **limitar el alcohol**. La cirugía bariátrica es opción en candidatos elegibles.

09 Tratamiento farmacológico (MASH con fibrosis)

Fármaco	Lugar
Resmetirom	Agonista de receptor tiroideo β ; primer fármaco aprobado para MASH con fibrosis F2-F3 , junto con estilo de vida.
GLP-1 (semaglutida)	En MASH con obesidad o diabetes : peso, glucemia y riesgo cardiovascular.
Pioglitazona	Mejora la esteatohepatitis (sobre todo con DM2); vigila peso y edema.
Vitamina E	En MASH sin diabetes , seleccionados.

No hay fármaco para la esteatosis simple sin esteatohepatitis/fibrosis: ahí el motor es el estilo de vida y el control cardiometabólico.

10 Riesgo cardiovascular

LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA

Como la muerte es **cardiovascular**, trata agresivamente el riesgo: **las estatinas son seguras y están indicadas** en MASLD e incluso en cirrosis compensada – no las suspendas por las transaminasas. Controla DM2, hipertensión y dislipidemia.

11 Enfermedades asociadas

- MASLD casi siempre es **asintomática** (hallazgo incidental o transaminasas altas); a veces fatiga o molestia en hipocondrio derecho.
- Coexiste con **diabetes tipo 2** (relación bidireccional), **enfermedad cardiovascular**, **enfermedad renal crónica**, **apnea del sueño** y **síndrome de ovario poliquístico**.
- Mayor riesgo de **neoplasias extrahepáticas** (sobre todo colorrectal): refuerza el tamizaje que corresponda por edad.

12 Cirrosis y vigilancia de hepatocarcinoma

- Si hay **cirrosis** (o fibrosis avanzada): **vigilancia de hepatocarcinoma** con ecografía ± alfafetoproteína **cada 6 meses**.
- Tamiza **várices** y aplica las medidas de cirrosis (ver «Cirrosis descompensada»).

13 Novedades / práctica actual (revisión 2024)

LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA

La enfermedad es **dinámica**: el estadio de **fibrosis es el predictor más fuerte** de eventos hepáticos y mortalidad, pero **regresa** al retirar los motores (peso, glucosa, alcohol). Progresar a cirrosis ocurre en **3-5%** y suele tomar **más de 20 años** – por eso no basta una sola medición: **repite FIB-4 y elastografía en el tiempo**.

- **Estratifica en dos pasos y de forma seriada: FIB-4 de primera línea** y, si es indeterminado/alto, **VCTE** como segunda prueba. Un **aumento $\geq 20\%$ de la rigidez** predice descompensación; el cambio de FIB-4 en el tiempo predice progresión de fibrosis.
- **La diabetes tipo 2 es el motor #1 de progresión**, por encima de la obesidad sola (riesgo de desenlaces hepáticos $\sim 2\times$ vs $\sim 1.2\times$). El **hepatocarcinoma puede aparecer sin cirrosis** en MASLD.
- **Terapéutica que cambia la historia natural**: perder **$> 10\%$ de peso** se asocia a **regresión de fibrosis**; los **GLP-1 (semaglutida)** y la **tirzepatida** (agonista GIP/GLP-1) mejoran esteatohepatitis y fibrosis por vía peso-metabólica.
- **MetALD**, en el marco de esta revisión: alcohol de **20-30 g/día** (mujeres-hombres) hasta **50-60 g/día**; por encima predomina la enfermedad por alcohol.
- Recuerda el desenlace que más pesa: la **enfermedad cardiovascular sigue siendo la causa #1 de muerte** en MASLD – el manejo es del hígado **y** del riesgo cardiometabólico.

LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST MASLD

- ✓ Diagnóstico **por inclusión**: esteatosis + criterio cardiometabólico (MASLD/MASH/MetALD).
- ✓ Lo que pronostica es la **fibrosis**: empieza con **FIB-4** en todo paciente de riesgo.
- ✓ FIB-4 indeterminado/alto → **elastografía o ELF** → hepatología si fibrosis significativa.
- ✓ **Pérdida de peso 7-10%**: el tratamiento que mejora MASH y fibrosis.
- ✓ MASH con F2-F3 → **resmetirom**; con obesidad/DM2 → **GLP-1**; opción pioglitazona/vit. E.
- ✓ La muerte es **cardiovascular**: **estatinas sí**, controla DM2/HTA/lípidos.
- ✓ Cirrosis → **vigilancia de HCC** cada 6 meses y tamizaje de várices.

PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- **MASLD** se diagnostica por criterios positivos, no por exclusión.
- Lo que importa es la **fibrosis** → tamiza con **FIB-4** y escala a elastografía.
- **7-10% de peso** revierte MASH/fibrosis; es la base del tratamiento.
- **Resmetirom** es el primer fármaco aprobado (MASH F2-F3); GLP-1 si obesidad/DM2.
- La causa #1 de muerte es **cardiovascular**: estatinas seguras e indicadas.