



## RV-006 - NAFLD FIBROSIS SCORE EN PACIENTES CON EHGNA SEGÚN NIVELES DE LIPASA ÁCIDA LISOSOMAL. DATOS DEL REGISTRO REHGNA

M. García-Blanco<sup>1</sup>, M. Fanlo<sup>2</sup>, E. Montero<sup>3</sup>, A. Gullón<sup>1</sup>, L. González Moreno<sup>4</sup>, I. García Polo<sup>1</sup>, C. Suárez<sup>1</sup>, J. Gómez Cerezo<sup>5</sup> y Grupo REHGNA; P. Valdivieso, J. Mostaza, L. Beltrán y J. Castiella en representación del Grupo de Trabajo REHGNA

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>4</sup>Aparato Digestivo. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L&#39;Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid). <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid).

### Resumen

**Objetivos:** La enfermedad de hígado graso no alcohólica (EHGNA) es una entidad cada vez más prevalente, cuya relevancia radica en que aumenta el riesgo cardiovascular y de fibrosis hepática. Los pacientes con déficit de lipasa ácida lisosomal (LAL) también desarrollan EHGNA, pero no disponemos de predictores de fibrosis en estos pacientes. Aquí se estudia el NAFLD fibrosis score en pacientes con déficit de LAL.

**Material y métodos:** Se han seleccionado pacientes del Registro de la EHGNA (REHGNA). Criterios de inclusión: > 18 años, diagnosticados de EHGNA por imagen; y consentimiento informado. Criterios de exclusión: consumo de alcohol > 30 g/día en varones y > 20 g/día en mujeres, serología positiva VIH, VHC, VHB; fármacos que causan hígado graso y enfermedad inflamatoria intestinal, celíaca o desnutrición grave. Se han recogido las variables: edad, sexo, NAFLD fibrosis score (IMC, antecedente de diabetes mellitus o glucemia en ayunas alterada, niveles de GOT y GPT, plaquetas y albúmina), y niveles de LAL.  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De los 178 pacientes incluidos en REHGNA se pudo calcular el NAFLD fibrosis score en 124. Se confirmaron niveles normales de LAL en 16 pacientes y por debajo de la normalidad en 6. La media de edad en el momento de la inclusión fue de 63,6 años en los pacientes con déficit de LAL y de 57 en el otro grupo; 5 de los pacientes con niveles bajos de LAL eran varones y 8 del resto, sin diferencias significativas. El NAFLD fibrosis score fue de -1,6 (SD 0,4) en los pacientes con niveles normales de LAL, y de 0,1 (SD 0,3) en los pacientes con LAL deficitario ( $n = 6$ ) ( $p = 0,044$ ). De los 6 pacientes con niveles de LAL por debajo de la normalidad, 5 tienen FibroScan realizado con resultado de F1 (80%) y F2 (20%). Solo 4 de los que tienen LAL normal tienen FibroScan realizado, por lo que los resultados no son comparables.

### Resultados

	N	LAL deficitario (n = 6)	Resto (n = 16)	p valor
Edad (inclusión)	178	63,6	57	0,203

Sexo (varón)	178	5	8	1
NAFLD fibrosis score	124	0,1 (0,3)	-1,6 (0,4)	0,044
Valor LAL	161	0,3 (0,1)	1 (0,3)	0,006

*Discusión:* En general el NAFLD score negativo significa que es muy improbable que un paciente tenga fibrosis hepática. Sin embargo, en los pacientes con LAL deficitario no se ha validado el NAFLD score como predictor de fibrosis, por lo que la diferencia encontrada aunque significativa no nos permite afirmar que estos pacientes presenten fibrosis con alta probabilidad, y es necesario realizar FibroScan.

*Conclusiones:* Siempre se debe considerar la posibilidad de fibrosis en la EHGNA. Son necesarios nuevos predictores de fibrosis hepática en pacientes con EHGNA y déficit de LAL.