



### EVOLUCIÓN DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES DISLIPÉMICOS TRATADOS CON ESTATINAS.

D. Matoses; F. Morales-Olivas; M. Manzanera; L. Estañ.

**OBJETIVO:** Valorar la evolución de la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) en pacientes dislipémicos (tipo IIa y IIb de Fredrickson) tratados con estatinas.

**DISEÑO:** Estudio observacional descriptivo en pacientes dislipémicos ( Colesterol total >200 mg/dl, LDL-c>130mg/dl, HDL-c<45 mg/dl y Triglicéridos>150mg/dl ) con sospecha de EHNA, diagnosticada por ecografía y alteración de enzimas hepáticas ( GOT:>32, GPT:>33 y GGT> 38 en varones y >27 en mujeres ). Diagnóstico por imagen por Ecografía abdominal con ecógrafo Phillips SD-8000 y Toshiba AplioSV, sondas Convex de 5 mHz y 3.75 mHz valorada por 3 radiólogos. Los pacientes recibieron tratamiento hipocolesterolemiante con estatinas (lovastatina 20 y 40 mg , simvastatina 20 mg, pravastatina 20 y 40 mg, fluvastatina 40 y 80 mg, atorvastatina 40 y 80 mg) . La duración del tratamiento es de al menos 12 meses, al final de los cuales se repiten analíticas y ecografía.

**ÁMBITO DE ESTUDIO:** Consultorio Auxiliar de Campo Arcís, Departamento nº 8. Comunidad Valenciana.

**RESULTADOS:** 16 pacientes hiperlipémicos ( 11 mujeres y 7 hombres) con edades entre 48 y

75 años, tenían elevadas las enzimas hepáticas, 12 de ellos presentaban ecografía compatible con EHNA en la visita previa al tratamiento con estatinas. Los 4 restantes, sin signos ecográficos claros de degeneración grasa hepática, fueron catalogados por el digestólogo como de alta probabilidad de EHNA. Después del tratamiento con estatinas los niveles de lípidos se redujeron significativamente en 12 pacientes, en 2, ( fluvastatina 40 mg y pravastatina 40 mg ) subieron ligeramente y en otros dos ( simvastatina 20 mg y lovastatina 20 mg ) no se observaron modificaciones. Los valores de las enzimas hepáticas disminuyeron de forma significativa en todos los pacientes. El patrón de ecogenicidad se normalizó en 4 pacientes al final del período de seguimiento.

**CONCLUSIONES:** Los resultados apoyan el uso de estatinas en pacientes dislipémicos con EHNA, en los que ésta puede evolucionar favorablemente.

### PYODERMA GANGRENOSUM Y COLITIS ULCEROSA.

J. Noguera Más; E. Agulles Gilabert; A. Perelló Roig; M.D. Pasto

**INTRODUCCIÓN:** El Pyoderma Gangrenosum de etiología desconocida, complica la EII en el 1-5% de los pacientes. Puede preceder a la enfermedad inflamatoria activa y ser inductora del diagnóstico.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 49 años , remitida para valoración de úlceras dérmicas en región tibial anterior de ambas piernas. Antecedentes: Alergia a



## PATOLOGÍA DIGESTIVA

Eritromicina, tabaquismo, intervenida por fisura anal y hemorroides. Tratada hace 3 años con corticoides, por artralgias con diagnóstico no confirmado de Artritis Reumatoide, presentó lesiones ulceradas en piernas que sanaron sin dejar estigmas. Actualmente ingresa por nuevas lesiones dérmicas de 4 semanas de evolución en extremidades inferiores, sin respuesta a tratamiento local, dolorosas y sin fiebre. No síndrome constitucional asociado. Exploración física: palidez muco-cutánea. Tórax y abdomen normales. Tacto rectal normal. Lesiones dérmicas extensas de 7x4 cm, tibiales anteriores, bordes sobre-elevados y edematizados, exudativas, ulceradas con fondo necrótico. Analítica: anemia ferropénica, discreta leucocitosis. Función hepática y renal normal. VSG elevado. Estudio inmunológico normal. Cultivo de herida negativo. AP: infiltrado neutrófilo dérmico difuso. Vista por Cirugía Digestiva con la siguiente colonoscopia: lesión inflamatoria de colon desde 15cm de margen con pseudopólipos de aspecto inflamatorio, compatible con colitis ulcerosa. Se inició tratamiento con Corticoides, 5-ASA, limpieza de heridas con agua boricada al 3% y vendajes húmedos no oclusivos de plata, curando y remitiendo las lesiones a los 3 meses.

**CONCLUSIONES:** El PG debe sospecharse ante lesiones dérmicas en MMII, extensas, sobre-elevadas, necróticas y tórpidas con mala respuesta a terapia habitual. El exámen histológico con infiltrado neutrófilo y la negatividad del cultivo bacteriológico contribuyen al diagnóstico. Debe investigarse la coexistencia de enfermedades a las que puede ir asociado de forma habitual, siendo la colonoscopia

y el estudio de posibles enfermedades hematológicas obligado. Pueden responder al tratamiento específico de la EII (como en nuestro caso), quedando tratamientos con inmunosupresores, Tracolimus o Infiximab como opciones alternativas.