

Dispepsia, Esteatosis Hepática y Microlitiasis Renal: Un Caso Integral

*Dyspepsia, Hepatic Steatosis and Renal Microlithiasis: A Comprehensive
Clinical Case.*

Soraya Rita Sousa Ribeiro, Ingrid Camila Melgarejo Ferreira

Resumen:

La dispepsia, comúnmente conocida como indigestión, es un término que describe un conjunto de síntomas centrados en el dolor o malestar del abdomen superior y afecta a aproximadamente el 21% de la población, aunque solo un pequeño porcentaje busca asistencia médica. Se clasifica como funcional cuando no se encuentra una causa orgánica después de una evaluación clínica adecuada, lo que ocurre en hasta el 70% de los casos. En el caso en estudio, un hombre de 43 años acudió a la consulta por un dolor epigástrico agudo, un síntoma cardinal de la dispepsia, acompañado de episodios de náuseas sin irradiación del dolor y sin signos sistémicos como fiebre. Tras el diagnóstico de dispepsia y esteatosis hepática, el manejo terapéutico incluyó Sertal compuesto, un fármaco utilizado para tratar los espasmos gastrointestinales y la dieta, enfocándose en la reducción de grasas, lo que es congruente con la literatura que sugiere que las modificaciones dietéticas y el estilo de vida pueden aliviar los síntomas. Los exámenes de laboratorio revelaron hipertrigliceridemia y un nivel elevado de la enzima ALT, sugiriendo una alteración hepática, aunque el hemograma y la función renal estaban dentro de los rangos normales. La ecografía abdominal descubrió microlitiasis renal bilateral y esteatosis hepática, apoyando el diagnóstico inicial y subrayando la importancia de un seguimiento regular, en este caso, trimestral, para evaluar la evolución del paciente y la eficacia del tratamiento prescrito.

Palabras clave: dispepsia, esteatosis hepática, microlitiasis renal.

Abstract

Dyspepsia, commonly known as indigestion, is a term that describes a set of symptoms centered around pain or discomfort of the upper abdomen and affects approximately 21% of the population, although only a small percentage seek medical assistance. It is classified as functional when no organic cause is found after proper clinical evaluation, which occurs in up to 70% of cases. In the case study, a 43-year-old man presented with acute epigastric pain, a cardinal symptom of dyspepsia, accompanied by episodes of nausea without pain irradiation and without systemic signs such as fever. Following the diagnosis of dyspepsia and hepatic steatosis, therapeutic management included Sertal compound, a drug used to treat gastrointestinal spasms and diet, focusing on fat reduction, which is consistent with the literature suggesting that dietary and life-

style modifications can alleviate symptoms. Laboratory tests revealed hypertriglyceridemia and an elevated level of the ALT enzyme, suggesting liver abnormality, although blood count and renal function were within normal ranges. Abdominal ultrasound revealed bilateral renal microlithiasis and hepatic steatosis, supporting the initial diagnosis and underlining the importance of regular follow-up, in this case, quarterly, to evaluate the patient's evolution and the efficacy of the prescribed treatment.

Keywords: dyspepsia, hepatic steatosis, renal microlithiasis.

Introducción

La dispepsia, un trastorno funcional del tracto digestivo superior, carece de claridad en cuanto a su prevalencia, que parece variar geográficamente (1). Un estudio realizado mediante encuestas en línea en países de habla inglesa reveló que aproximadamente el 9% de los encuestados cumplían con los criterios de Roma IV para la dispepsia funcional (1). Este trastorno tiene un impacto negativo significativo en la calidad de vida, asociándose frecuentemente con ansiedad, depresión y somatización, así como con un aumento en la utilización de recursos de salud y medicamentos como antieméticos, antiácidos, analgésicos y antidepressivos, especialmente en pacientes con síndromes superpuestos de dispepsia (1).

La prevalencia global de la esteatosis hepática, o enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD), es de aproximadamente el 30% y se encuentra en aumento (2). Este trastorno representa una causa principal de morbilidad y mortalidad relacionada con el hígado y ha demostrado un aumento del 50.4% en su prevalencia desde 1990 hasta 2019 (2). La prevalencia más alta se reporta en América Latina, seguida por el Medio Oriente y África del Norte, Asia del Sur y Sudeste Asiático (2).

En cuanto a la microlitiasis renal, o formación de cálculos renales, su incidencia y prevalencia también están aumentando a nivel mundial, con incrementos observados en todos los sexos, razas y edades (3). Los cambios en las prácticas dietéticas se consideran un factor clave en esta tendencia, y el calentamiento global podría estar influenciando estas cifras (3).

La relación entre estos trastornos puede estar influenciada por factores de estilo de vida como la dieta y el consumo de medicamentos,

y es importante considerar el manejo integral del paciente con estas comorbilidades, teniendo en cuenta que los malos hábitos alimenticios pueden contribuir al desarrollo de la dispepsia, la esteatosis hepática y la formación de cálculos renales (2,3).

Informe de caso

Paciente J. O. V, masculino, de 43 años acude al servicio de salud de la Clínica UCP refiriendo cuadro de 10 horas de evolución de dolor en el hemiabdomen superior, quemante, sin irradiación con episodios intermitentes que duran alrededor de 30 minutos, con una intensidad moderada, para cuyo cuadro no hace uso de ninguna medicación. Refiere como síntoma acompañante náuseas.

El paciente tiene un historial de episodios similares, indicativos de una condición crónica o recurrente. A la examinación física, el paciente se encontró en buen estado general, evidenciado por piel y mucosas normocoloreadas y bien hidratadas, con turgencia preservada. La inspección de la cabeza y rostro reveló una anatomía normal sin lesiones, y exámenes oftálmicos dentro de los parámetros normales.

En la exploración del cuello, no se detectaron adenopatías ni alteraciones tiroideas. La evaluación de la orofaringe mostró una mucosa oral húmeda sin signos de infección o inflamación. La inspección torácica no reveló anomalías y los exámenes del aparato respiratorio y cardiovascular mostraron funciones conservadas sin alteraciones audibles.

El examen abdominal identificó un abdomen globoso, principalmente debido al tejido adiposo, sin cicatrices anormales. Se observó dolor a la palpación profunda en el epigastrio y los cuadrantes superiores derecho e iz-

quierdo del abdomen. La evaluación genitourinaria fue no dolorosa y no se detectó el signo de Giordano en ninguno de los lados.

En cuanto al sistema osteomioarticular y neurológico, se encontraron pares craneales simétricos, sin edema y con movilidad intacta. El paciente estaba lúcido, cooperativo y completamente orientado, con una puntuación de Glasgow de 15/15, indicando un estado de conciencia normal.

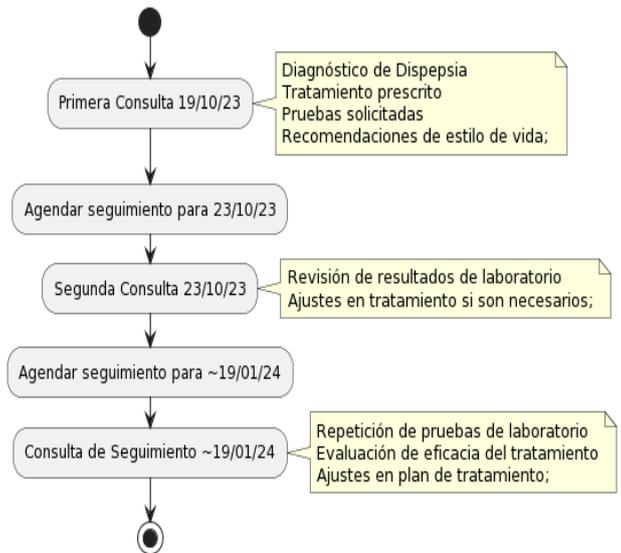
Durante la consulta inicial el 19 de octubre de 2023, el paciente fue diagnosticado con dispepsia. Se le prescribió Sertal compuesto y se recomendó una dieta liviana. Para un análisis más detallado de su estado, se solicitaron varias pruebas de laboratorio que incluyen hemograma, perfiles renal, lipídico y hepático, además de un examen de orina.

La segunda consulta tuvo lugar el 23 de octubre de 2023, donde se revisaron los resultados de las pruebas de laboratorio. Los resultados de los exámenes de laboratorio, que incluyeron un hemograma completo, no mostraron alteraciones significativas ni en la serie roja ni en la blanca. Asimismo, se solicitó un perfil renal, que abarcó la urea y la creatinina, arrojando valores dentro de los rangos normales. En el perfil lipídico realizado, se observó una alteración en los triglicéridos, con un nivel de 189 mg/dl, superando el valor de referencia establecido en 160 mg/dl. Además, en el perfil hepático se detectó una alteración en la enzima ALT, con un valor de 46 U/L (Anexo 2). Incluida en los estudios solicitados, la evaluación de la orina tipo uno no demostró cambios significativos en el método. Al paciente se le realizó una ecografía abdominal total y el estudio mostró la presencia de microlitiasis renal bilateral y la presencia de esteatosis hepática (Anexo 3). Se aconsejó al paciente incorporar 30 minutos de ejercicio diario y realizar cambios dietéticos específicos, como una dieta baja en grasas y un aumento en el consumo de líquidos. Se estableció un plan para un seguimiento en tres meses, donde se repetirían los análisis para monitorear el progreso.

Se programó una tercera consulta para aproximadamente el 19 de enero de 2024. En

esta visita, se repetirán los análisis de laboratorio y se evaluará la eficacia del tratamiento, junto con el grado de adherencia del paciente a los cambios recomendados en su estilo de vida. De ser necesario, se ajustará el plan de tratamiento.

Figura 1 – Fluoxograma de la atención prestada al paciente.



Fuente: El autor (2023).

Discusión

El manejo del caso clínico en cuestión se alinea con las pautas y recomendaciones de varias organizaciones líderes en gastroenterología y hepatología. Es bien conocido que la AGA (Guía de la American Gastroenterological Association) proporciona guías basadas en la evidencia para el manejo de condiciones gastrointestinales como la dispepsia. Las recomendaciones de la AGA generalmente enfatizan la importancia de un enfoque empírico para el tratamiento inicial de la dispepsia, incluyendo el uso de procinéticos y cambios dietéticos, lo cual refleja la conducta seguida en este caso con la prescripción de Sertal compuesto y la recomendación de una dieta liviana (4).

La European Association for the Study of the Liver (EASL), reconocida por sus publicaciones en el "Journal of Hepatology", es una autoridad en el manejo de trastornos hepáticos, in-

cluyendo la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHNA). Aunque no se confirmó la edición específica de 2016 de las guías de la EASL, la práctica clínica habitual basada en sus recomendaciones incluiría la evaluación bioquímica y de imagen, como en el caso presentado, donde se realizaron perfiles lipídico y hepático y una ecografía abdominal que reveló esteatosis hepática (5).

Además, las guías del NICE (Renal and ureteric stones: assessment and management) para la evaluación y el manejo de cálculos renales y uretéricos, resaltan la importancia de la identificación y el manejo conservador de cálculos pequeños, lo que podría incluir recomendaciones de hidratación y cambios dietéticos. Esto respalda la conducta adoptada en este caso, donde se aconsejó al paciente incorporar un aumento en la ingesta de líquidos y realizar cambios específicos en la dieta (6).

En conclusión, la conducta médica seguida en el caso presentado se respalda en las prácticas establecidas y en las guías de entidades médicas respetadas. El tratamiento empírico de la dispepsia, el manejo de la EHNA y la identificación de la microlitiasis renal reflejan un enfoque clínico basado en evidencia y en las mejores prácticas recomendadas internacionalmente, aunque no se hayan podido confirmar las ediciones específicas de las guías citadas (7).

La literatura médica sugiere que, en ausencia de "alarmas" o síntomas que podrían indicar una condición más grave (como pérdida de peso no intencionada, sangrado gastrointestinal o anemia), la dispepsia se maneja inicialmente con un enfoque empírico. Esto puede incluir la prescripción de inhibidores de la bomba de protones, ajustes dietéticos y, en algunos casos, procinéticos como el Sertal compuesto prescrito en este caso (8).

El perfil lipídico anormal con triglicéridos elevados y la alteración en las pruebas de función hepática (ALT elevada) pueden ser indicativos de esteatosis hepática no alcohólica (EHNA), lo cual concuerda con la presencia de esteatosis hepática observada en la ecografía. La EHNA está asociada con la dislipidemia y es

más frecuente en individuos con obesidad. De acuerdo con estudios, la EHNA puede causar molestias abdominales y está fuertemente asociada con el síndrome metabólico, que también puede ser sugerido por la elevación de los triglicéridos (9).

La microlitiasis renal detectada es menos probable que sea la causa del dolor epigástrico, pero es una condición que debe monitorearse debido a su potencial para causar eventos dolorosos en el futuro si los microlitos progresan a cálculos más grandes (10).

Conclusión

El enfoque de manejo para este paciente, incluyendo la dieta baja en lípidos y el aumento de la ingesta de líquidos, está en línea con las recomendaciones para pacientes con EHNA y dislipidemia. El ejercicio regular también es una parte crucial del manejo de estas condiciones. La evaluación continua de la eficacia del tratamiento y los ajustes basados en la adherencia del paciente y la respuesta al tratamiento son esenciales, como se planea para la consulta de seguimiento (11).

La literatura también recomienda la evaluación de la presencia de *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia, especialmente si los síntomas persisten, ya que la erradicación de esta bacteria puede mejorar los síntomas en algunos casos de dispepsia no ulcerosa (12).

La microlitiasis renal, identificada en el paciente a través de la ecografía abdominal, es una condición caracterizada por la presencia de pequeños cristales o cálculos en el riñón. A menudo, estos microcálculos pueden permanecer asintomáticos y son descubiertos incidentalmente durante estudios de imagen realizados por otros motivos (13).

En la literatura, la relevancia clínica de la microlitiasis renal varía. Aunque típicamente no es responsable de un dolor abdominal superior, ya que los cálculos renales causan dolor principalmente en los flancos, la microlitiasis puede progresar a litiasis renal más grande,

potencialmente llevando a episodios de cólico renal. Este dolor suele ser muy intenso y se irradia desde el flanco hacia la ingle (10).

La correlación con la literatura en este caso sugiere que, si bien la microlitiasis renal podría no ser la causa directa del dolor epigástrico del paciente, su presencia puede ser un indicador de la necesidad de ajustes dietéticos y de estilo de vida. Estos ajustes pueden incluir una mayor ingesta de líquidos y una dieta baja en sales, especialmente en oxalato y calcio para aquellos con predisposición a la formación de cálculos. Estos cambios pueden ayudar a prevenir el crecimiento de los microcálculos o su aglomeración en cálculos más grandes, que podrían causar síntomas significativos y requerir intervención (11).

Por lo tanto, aunque la microlitiasis renal no parece estar directamente relacionada con la queja principal de dolor abdominal del paciente, su manejo es importante en el contexto general de la salud del paciente y puede ser parte de un enfoque preventivo para evitar futuras complicaciones renales (12).

Este caso requiere un seguimiento a largo plazo, considerando la posibilidad de una condición crónica subyacente que podría requerir un manejo más especializado si los síntomas persisten o empeoran, o si aparecen nuevas "alarmas" clínicas. Además, es importante considerar la evaluación psicosocial del paciente, ya que el estrés y los factores psicológicos pueden contribuir significativamente a la dispepsia funcional (14).

Referencias

(1) MPG Journal. Epidemiología, características clínicas y asociación de síntomas Roma IV en dispepsia funcional [Internet]. mpgjournal.mpg.es. [citado el 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: mpgjournal.mpg.es.
 (2) PubMed. The global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and nonalcoholic steatohepatitis (NASH): a systematic review [Internet]. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov. [citado el 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.

(3) PubMed. Kidney stones: a global picture of prevalence, incidence, and associated risk factors [Internet]. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov. [citado el 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.
 (4) American Gastroenterological Association. Guía de la AGA sobre el manejo inicial de la dispepsia. *Gastroenterology*. 2020;158(4):769-7821.
 (5) European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol*. 2016;64(6):1388-14022.
 (6) National Institute for Health and Care Excellence. NICE Guideline [NG184]: Renal and ureteric stones: assessment and management. London: NICE; 20213
 (7) García-Compeán D, González-González JA, Lavallo-González FJ, et al. Eco-grafía, técnica diagnóstica en esteatosis hepática no alcohólica. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81(1):41-50.
 (8) Cohen DE, Lavine JE. Guía de diagnóstico y tratamiento del hígado graso no alcohólico. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2017;47(1):60-74.
 (9) Santolaria F, Pérez-Ramírez A, Milena A, et al. Dispepsia, pancreatitis crónica y esteatosis pancreática. *Rev Esp Enferm Dig*. 2012;104(1):9-17.
 (10) Machado MV, Cortez-Pinto H. Diagnóstico de esteatosis hepática por métodos clínicos, bioquímicos y de imagen. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34(9):607-15.
 (11) Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. Hígado graso no alcohólico (esteatohepatitis no alcohólica, NAFLD). En: Post TW, ed. *Manual MSD versión para profesionales*. Kenilworth, NJ: Merck Sharp & Dohme Corp.; 2018.
 (12) Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, et al. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(7):988-1013.
 (13) Cheung KS, Chan EW, Wong AYS, et al. Long-term proton pump inhibitors and risk of gastric cancer development after treatment for *Helicobacter pylori*: a population-based study. *Gut*. 2018;67(1):28-35.

(14) Gambaro G, Croppi E, Coe F, et al. Metabolic diagnosis and medical prevention of calcium nephrolithiasis and its systemic manifestations: a consensus statement. J Nephrol. 2016;29(6):715-34.

Los autores

Soraya Rita Sousa Ribeiro, estudiante de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay.

Ingrid Camila Melgarejo Ferreira, médica, docente de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay.

- Los autores declaran que el trabajo no recibió financiamiento.
- Los autores declaran no tener conflictos de interés.