

Bibliografía

1. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus infections — More than just the common cold. *JAMA*. 2020;323:707–8.
2. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *Lancet*. 2020;395:507–13.
3. Gu J, Han B, Wang J. COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. *Gastroenterology*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.054>.
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;393:497–506.
5. Ministerio de Sanidad. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Informe técnico. 17 de marzo 2020.

Yolanda González-Silva^{a,*}, Esther Bahillo Marcos^b,
Ruperto Martín Gutiérrez^b y Mateo Martín Merino^c

^a Servicio de Urgencias de Atención Primaria de San Juan, Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, Salamanca, España

^b Centro de Salud Traspinedo, Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este, Traspinedo, Valladolid, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gonzalez.silva.yolanda@gmail.com
(Y. González-Silva).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.03.003>
0212-6567/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Ecografía por ultrasonografía en la enfermedad por hígado graso no alcohólico



Ultrasonography in non-alcoholic fatty liver disease

Sr. Editor:

Como citan Caballería y Torán en su artículo¹, la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) tiene una magnitud muy relevante en la población. Su prevalencia está en aumento y se relaciona con un aumento de la morbimortalidad, no solo por causas hepáticas, sino también cardiovasculares y neoplásicas.

Por este motivo se hace necesario realizar un diagnóstico precoz de EHGNA desde la atención primaria con herramientas no invasivas como un índice que combina parámetros clínicos como el Fatty Liver Index (FLI) o la ecografía abdominal¹.

También hay que considerar que la EHGNA es un factor de riesgo para el desarrollo de fibrosis hepática. Existen marcadores que orientan al diagnóstico de fibrosis hepática avanzada como el NAFLD Fibrosis Score (NFS) o el FIB-4, pero es necesario realizar un diagnóstico precoz. Para ello se propone el uso de la elastografía de transición (Fibroscan[®]) que permite medir el grado de esteatosis y de fibrosis¹, si bien no da información sobre lesiones hepáticas macroscópicas.

También se ha propuesto el uso de otras técnicas como la elastografía de puntos de corte (SWE), permitiendo una valoración cualitativa y cuantitativa de la elasticidad de un área tisular. En tanto que se obtiene la velocidad de propagación de las ondas además de una imagen, siendo el tejido maligno más heterogéneo que el benigno. La técnica desataca por la rapidez de la operación, la obtención de los resultados en tiempo real y por no ser operador-dependiente. Además

de la posibilidad de obtener datos de rigidez hepática en pacientes con ascitis y obesidad².

Se han propuesto otras técnicas elastográficas como el impulso de fuerza de radiación acústica (ARFI) asociado y guiado por un equipo de ultrasonografía convencional² con una correlación altamente significativa con la elastografía de transición (Fibroscan[®]), y la ventaja de que al usarse de forma asociada a la ecografía puede informar de la existencia de ocupación de espacio.

Con metodología específica también se puede realizar elastografía con resonancia magnética, si bien su coste y el tiempo a emplear pueden ser limitaciones a tener en cuenta³. De cara al futuro cabe resaltar que la elastografía vehiculizada a través de resonancia magnética tiene mejores resultados que las técnicas de ultrasonido, con menos fallos técnicos, al permitir un mayor volumen de tejido hepático evaluado⁴.

A la consideración de que la elastografía solo está disponible a nivel hospitalario¹ hay que apuntar la existencia de elastógrafos de transición portátiles⁵ y también las posibilidades de la ecografía convencional con la oportuna adaptación para realizar elastografía de ARFI.

Con esta práctica se podría realizar el diagnóstico tanto de EHGNA como de esteatosis en fases más precoces, además de la evaluación del parénquima hepático. Consiste en un procedimiento realizado por el mismo operador y por el mismo aparato, con una diferencia de tiempo de exploración aceptable, permitiendo aumentar la disponibilidad de este recurso en la atención primaria y no solo en el hospital, ya que posibilita un aumento de la población cribada, podría formar parte de las opciones diagnósticas dentro del algoritmo de evaluación y seguimiento de los pacientes con EHGNA⁶.

Esto supondría la realización de un diagnóstico precoz de los pacientes con fibrosis hepática, pudiendo implementar un tratamiento adecuado para evitar el progreso a cirrosis. Las consecuencias tanto a nivel sanitario como económico pueden ser muy favorables.

Financiación

No se ha recibido financiación alguna.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses. El contenido del trabajo es original y no ha sido publicado previamente y no se ha enviado simultáneamente a otra revista. Existe la aceptación explícita, por parte de todos los autores del contenido de la versión presentada.

Agradecimientos

Agradecimientos al Dr. Vicenç Querol y al Dr. Jordi Delàs.

Bibliografía

1. Caballería LL, Torán P. Epidemia de esteatosis hepática: un análisis desde la atención primaria. *Aten Primaria*. 2019;51:525–6.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Efectividad diagnóstica y seguridad de la elastografía en el estudio de la fibrosis hepática en enfermedad hepática crónica. Accesible en <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=22/01/2019-b64a8919d0>. (consultada 31-12-19).
3. Fibrosis | ASSCAT [Internet] Accesible en: <https://asscat-hepatitis.org/consecuencias-hepaticas/fibrosis/> Consultada el 31 de diciembre de 2019.

4. Yin M, Venkatesh SK. Ultrasound or MR elastography of liver: which one shall I use? *Abdom Radiol*. 2018;43:1546–51.
5. McCombe G, Swan D, O'Connor E, Avramovic G, Vickerman P, Ward Z, et al. Integrated Hepatitis C care for people who inject drugs (Heplink): Protocol for a feasibility study in primary care. *JMIR Res Protoc*. 2018;7:e149, doi: 10.2196/resprot.9043.
6. Caballería L, Augustin S, Broquetas T, Morillas RM, Vergara M, Virolés S, et al. Recomendaciones para la detección, diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico en atención primaria y hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2019;153:169–77.

Maria Cinta Sin^{a,*}, Vicenç Querol^b y Jordi Delàs^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quironsalud. Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Diagnóstico por la Imagen, Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quironsalud. Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariasinsoler@gmail.com (M.C. Sin).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.005>

0212-6567/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hiponatremia grave y uso velado de oxcarbazepina



Severe hyponatremia and oxcarbazepina hidden use

Sr. Editor:

Hay muchos motivos por los que una reacción adversa a medicamento (RAM) puede pasar desapercibida, los más habituales son no pensar en los medicamentos como agentes causantes de enfermedad o el desconocimiento de las RAM. El diagnóstico de una RAM implica una anamnesis farmacológica detallada y exhaustiva cada vez que aparece un síntoma o signo nuevo¹. Presentamos un caso de hiponatremia grave relacionada con oxcarbazepina para tratar una neuralgia del trigémino. Esta reacción adversa (RA) ha sido notificada al Sistema Español de Farmacovigilancia (SEF) (n.º de registro NR7224).

Caso: Mujer de 76 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y artrosis en tratamiento oral con lercanidipino 10 mg/día y paracetamol 650 mg a demanda, que consulta a su médico de familia por cansancio y mareo. La paciente había consultado en urgencias de atención primaria en 3 ocasiones en los últimos 15 días por encontrarse mareada, con debilidad y detectar en su domicilio cifras de tensión arterial superiores a 180/100 mmHg, motivo por el que se le prescribió un comprimido oral de enalapril + hidroclorotiazida 20/12,5 mg/día. Tras acudir a su médico de familia para control, se realizó anamnesis y explo-

ración física completa, sin hallazgos significativos, tras lo cual se solicitó analítica con hemograma y bioquímica. La paciente acudió con su hija a los 7 días refiriendo aumento del cansancio, debilidad, mareo y entumecimiento cognitivo, presentó cuadro sincopal con pérdida de conciencia de varios minutos y fue trasladada a urgencias del hospital. Las pruebas de laboratorio indicaron una hiponatremia grave con sodio de 120 mg/dl y el resto sin alteraciones. La paciente ingresó en medicina interna para tratamiento y estudio. En una anamnesis telefónica posterior la hija admitió que la paciente estaba siendo atendida, desde hacía un par de meses, por un neurólogo privado por una neuralgia del trigémino y que seguía tratamiento con oxcarbazepina vía oral con aumento progresivo de la dosis hasta 2.400 mg/día. Ante la sospecha de posible efecto adverso se retiró este fármaco y se normalizaron los niveles de sodio, permaneciendo estables en los siguientes controles mensuales, con desaparición completa de la clínica.

La oxcarbazepina es un fármaco antiepiléptico derivado de las carboxamidas, indicado para el tratamiento de las crisis epilépticas parciales con o sin generalización secundaria, con crisis tónico-clónicas. En España no tiene indicación aprobada para el tratamiento de la neuralgia del trigémino. Las RA conocidas más frecuentes para este fármaco son somnolencia, cefalea, mareo, diplopía, vómitos, náuseas y fatiga. La hiponatremia está considerada como una reacción frecuente (2,7% de los pacientes tratados), que en ocasiones puede ser grave o poner en peligro la vida del paciente^{2,3}.

Según el algoritmo de causalidad del SEF⁴ aplicado a este caso, la hiponatremia por oxcarbazepina es probable por: