

# Prevalência de esteatose hepática e consumo de álcool em participantes do Projeto Atividade Física na Vila

Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease and alcoholism in the participants of the Physical Activity in Community Project

Prevalencia de esteatosis hepática y consumo de alcohol en participantes del Proyecto Actividad Física en la Vila

Gisele L. N. Soler<sup>1</sup>, Albert Wilson S. M. Silva<sup>2</sup>, Valéria C. G. da Silva<sup>3</sup>, Rosimere de J. Teixeira<sup>4</sup>

Palavras-chave:  
Fígado Gorduroso  
Obesidade  
Alcoolismo

## Resumo

A esteatose hepática é um achado cada vez mais frequente em exames de rastreamento por estudo de imagem. Tem sido descrita associação entre esteatose, obesidade, resistência à insulina e síndrome metabólica (SM). Também parece existir sinergismo entre esteatose hepática, álcool e fibrose hepática. O objetivo foi descrever a prevalência de esteatose e de etilismo nos participantes do Projeto "Atividade Física na Vila" e avaliar sua associação com a presença de obesidade e obesidade visceral. Foi realizada ultrassonografia abdominal em 69 participantes, 53,02±1,26 anos, sendo avaliados a presença e o grau de esteatose e as medidas da gordura subcutânea e visceral (GV). Foram excluídos os pacientes com hepatite viral e com etilismo significativo na anamnese ou após teste AUDIT. Após análise inicial, 60 pacientes foram avaliados quanto aos dados antropométricos e divididos em 2 grupos: com e sem esteatose. A prevalência de etilismo foi de 8,7%. A esteatose hepática foi observada em 37% dos pacientes sendo a maioria classificada como leve e moderada (91%). O grupo com esteatose apresentou aumento significativo de IMC (34,±8,7 *versus* 29,8±6,5kg/m<sup>2</sup>), cintura abdominal (102,6±12,7 *versus* 95,3±12,3cm), peso (85,8±18,7 *versus* 74,5±17,7kg) e GV (47,9±10,5 *versus* 36,0±12,7mm). A esteatose hepática é comum em obesos, especialmente naqueles com obesidade visceral. Sabemos que o álcool e a obesidade visceral podem estar envolvidos em seu mecanismo fisiopatológico. Por isso, os pacientes com esteatose hepática e consumo excessivo de álcool podem apresentar maior chance de evoluir desfavoravelmente para a cirrose e insuficiência hepática.

Keywords:  
Fatty Liver  
Obesity  
Alcoholism

## Abstract

Screening image studies have shown that the frequency of hepatic steatosis findings has been progressively increasing. The risk of developing NAFLD has been described and associated with obesity, insulin resistance and metabolic syndrome. There seems to be a correlation between NAFLD, alcohol and hepatic fibrosis. Our objective was to describe the prevalence of NAFLD and alcoholism in the participants of the of the Physical Activity in Community Project and to evaluate the associations between hepatic steatosis and presence of obesity and visceral obesity. Abdominal ultrasound was performed in 69 patients, 53.02±1.26 years old, looking for the presence and for the degree of fatty liver as well as subcutaneous and visceral fat. Patients with viral hepatitis and significant alcoholism were excluded after the AUDIT test. After this analysis, 60 patients were evaluated according to their anthropometrics data and were allocated into two groups: with and without fatty liver disease. The prevalence of alcoholism was 8.7%. Thirty seven percent of the patients

<sup>1</sup> Residente do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro. E-mail: giselelimanogueira@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Aluno de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Rio de Janeiro. E-mail: albertwsm@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Professora Assistente do Serviço de Radiologia da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Rio de Janeiro. E-mail: valeriacataldo@terra.com.br

<sup>4</sup> Doutora em Endocrinologia. Professora Visitante do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária do HUPE – UERJ. Rio de Janeiro. E-mail: rosijt@fst.com.br

Endereço para correspondência: Gisele Lima Nogueira Soler – Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária – Avenida 28 de Setembro, 77 – Prédio dos Ambulatórios – 2º andar – CEP 20551-030 – Vila Isabel – Rio de Janeiro (RJ) – Brasil – E-mail: giselelimanogueira@yahoo.com.br

Artigo submetido em 27/07/2010 e aceito em 27/02/2011

showed up with NAFLD and were considered low to moderate risk (91%). The NAFLD showed a significant rise in the body mass index ( $34.1 \pm 8.7$  versus  $29.8 \pm 6.5 \text{ kg/m}^2$ ), waist circumference ( $102.6 \pm 12.7$  versus  $95.3 \pm 12.3 \text{ cm}$ ), overall weight, ( $85.8 \pm 18.7$  versus  $74.5 \pm 17.7 \text{ kg}$ ), and visceral fat ( $47.9 \pm 10.5$  versus  $36.0 \pm 12.7 \text{ mm}$ ). Hepatic steatosis is common in obese, especially in those with visceral obesity. We know that alcohol and visceral obesity are involved in the physiopathologic process of hepatic steatosis. For this reason, patients with Hepatic steatosis and excessive alcohol consumption may be at greater risk for Cirrhosis and hepatic insufficiency.

Palavra Chave:  
Hígado Graso  
Obesidade  
Alcoholismo

## Resumen

La esteatosis hepática es un descubrimiento cada vez más frecuente en exámenes de rastreamiento por estudio de imágenes. Ha sido descrita asociación entre esteatosis, obesidad, resistencia a la insulina y síndrome metabólico (SM). También parece existir sinergismo entre esteatosis hepática, alcohol y fibrosis hepática. El objetivo ha sido de describir la prevalencia de esteatosis hepática y de etilismo en los participantes del Proyecto Actividad Física en Vila y evaluar su asociación con la presencia de obesidad y obesidad visceral. Ha sido realizada ultrasonido abdominal en 69 participantes,  $53,02 \pm 1,26$  años, siendo evaluado la presencia y el grado de esteatosis y las medidas de grasa subcutánea y visceral (GV). Han sido excluidos los pacientes con la hepatitis viral y con etilismo significativo en las anamnesis o después del teste AUDIT. Después del análisis inicial, 60 pacientes se evaluaron cuanto a los datos antropométricos y divididos en 2 grupos: con y sin esteatosis. La prevalencia de etilismo ha sido de 8,7%. La esteatosis hepática ha sido observada en 37% de los pacientes siendo la mayoría clasificada como leve y moderada (91%). El grupo con esteatosis ha presentado aumento significativo de IMC ( $34, \pm 8,7 \times 29,8 \pm 6,5 \text{ kg/m}^2$ ), cintura abdominal ( $102,6 \pm 12,7 \times 95,3 \pm 12,3 \text{ cm}$ ) peso ( $85,8 \pm 18,7 \times 74,5 \pm 17,7 \text{ kg}$ ) e GV ( $47,9 \pm 10,5 \times 36,0 \pm 12,7 \text{ mm}$ ). La esteatosis hepática es común en obesos, especialmente en aquellos con obesidad visceral. Sabemos que el alcohol y la obesidad visceral pueden estar envueltos en su mecanismo fisiopatológico. Por eso, los pacientes con esteatosis hepática y consumo excesivo de alcohol pueden presentar mayor chance de evolucionar desfavorablemente para la cirrosis y insuficiencia hepáticas.

## Introdução

A esteatose hepática ou doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) é uma condição clínico-patológica caracterizada por acúmulo de lipídeos no interior dos hepatócitos do parênquima hepático<sup>1-3</sup>. O quadro patológico lembra o da lesão hepática induzida por álcool, mas ocorre em indivíduos que não têm ingestão etílica significativa. Tradicionalmente, é considerada uma condição benigna com baixo risco de evolução para uma doença hepática mais grave<sup>4</sup>. A prevalência mundial da esteatose hepática ainda não foi determinada<sup>3</sup>, mas parece ser a doença hepática mais comum no mundo ocidental<sup>5</sup>.

A esteatose hepática, a obesidade, o *diabetes melito* tipo 2 (DM2) e a dislipidemia parecem compartilhar o mesmo mecanismo patogênico. É provável que seja mediada pela resistência à insulina (RI), um campo comum a essas condições<sup>5,6</sup>.

Esteatose hepática ou DHGNA é um diagnóstico de exclusão, sendo necessário o diagnóstico diferencial com outras causas secundárias de esteatose, especialmente a hepatite C e a doença hepática pelo álcool, pela alta prevalência desses dois agentes hepatotóxicos<sup>5</sup>. Pela definição, o diagnóstico da esteatose hepática primária não pode ser feito em pacientes com ingestão excessiva de álcool<sup>5</sup>. A maioria dos estudos sobre esteatose apenas descrevem a presença ou não da ingestão de bebidas alcoólicas ou alcoolismo, e raramente quantificam o grau de consumo. Entretanto, parece existir um sinergismo entre a esteatose e o consumo de álcool. Essa associação é de grande relevância porque pode exacerbar, promover ou acelerar o processo de fibrose hepática<sup>7</sup>.

Nos últimos anos, no Brasil e em países do mundo desenvolvido, a obesidade tornou-se um problema de saúde pública mais importante que a desnutrição<sup>8-10</sup>. O álcool é uma substância psicoativa, há anos aceita na sociedade, e o seu consumo é apontado como um importante problema de saúde pública em todo o mundo<sup>11-12</sup>. As modificações do estilo de vida, tais como alimentação saudável, controle na ingestão de bebida alcoólica e prática regular de exercícios, são fundamentais para a prevenção e o tratamento dessas desordens. O projeto “Atividade Física na Vila” tem como objetivo promover a educação para a saúde, o autocuidado e a ampliação da rede social, utilizando a atividade física como prática integradora, bem como fornecer subsídios para o estudo de seus efeitos sobre a saúde.

Ainda se conhece pouco sobre a esteatose hepática ou DHGNA, mas acredita-se que a RI seja o principal mecanismo fisiopatológico. Entretanto, postula-se que o álcool pode agir como mais um fator de agressão hepática nesses pacientes. Nosso estudo tem como objetivo descrever a prevalência de esteatose hepática e etilismo nos participantes do Projeto “Atividade Física na Vila” e avaliar a associação da esteatose com a presença de obesidade e obesidade visceral.

## Casuística e métodos

O estudo, do tipo transversal, foi desenvolvido no ambulatório do projeto “Atividade Física na Vila”, no Hospital

Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O Projeto “Atividade Física na Vila” é uma parceria entre o Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIFC) e o Laboratório de Fisiologia Aplicada de Educação Física. O projeto inclui participantes de ambos os gêneros, entre 20 e 75 anos, adscritos no programa “Saúde na Vila” do DMIFC ou oriundos dos Ambulatórios de Medicina Integral (AMI) ainda não adscritos no programa, bem como de outros ambulatórios do HUPE, mas que desejam realizar atividade física supervisionada. Após avaliação clínica e laboratorial, os pacientes são liberados, com ou sem restrições, à prática supervisionada de exercícios físicos ou encaminhados à investigação clínica adicional ou tratamento, conforme as alterações detectadas.

Foram selecionados 69 pacientes – 55 mulheres (M) e 14 homens (H), de  $53,02 \pm 1,26$  anos, participantes do Projeto “Atividade Física na Vila”, que realizaram ultrassonografia (USG) abdominal por adesão voluntária. Todos os pacientes foram questionados na anamnese quanto à ingestão de álcool e as opções de respostas foram: “não consome álcool”, “consome pouco álcool” e “consome muito álcool”. Foram excluídos do estudo os pacientes com ingestão etílica significativa (“consome muito álcool”) e aqueles com diagnóstico de hepatite B e C.

Os pacientes com esteatose na USG e que declararam ingerir bebidas alcoólicas (“consome pouco álcool”) foram convocados para responder ao questionário *The Alcohol Use Identification Test* (AUDIT)<sup>13,14</sup>. Doze pacientes foram então chamados para realizarem tal teste, porém, por motivos diversos, só seis casos foram avaliados. O AUDIT é um instrumento de rastreamento composto por 10 questões: 3 relacionadas ao uso de álcool, 4 sobre dependência e 3 sobre problemas decorrentes do consumo. Possui duração aproximada de 2 a 5 minutos e escores que vão de 0 a 40. A pontuação igual ou superior ao escore 8 indica a necessidade de um diagnóstico mais específico<sup>15</sup>.

O ultrassom do abdome foi sempre realizado pelo mesmo observador, sendo analisadas a gordura visceral (GV), a gordura subcutânea (GSC) e a presença de esteatose. A medida da GV foi feita com transdutor de 3,5MHz localizado 1,0cm acima da cicatriz umbilical, e definida como a medida entre a face interna do músculo reto-abdominal e a parede anterior da aorta. A medida da GSC foi realizada na mesma região. O aspecto ultrassonográfico de esteatose foi determinado pelo aumento difuso da ecogenicidade hepática, que pode ser notada comparando-se a ecogenicidade do fígado com a do córtex renal ou do baço<sup>16</sup>. A presença da esteatose foi graduada em leve, moderada ou grave, dependendo do grau de atenuação dos vasos e do diafragma<sup>16</sup>.

Exame físico completo foi realizado, dando ênfase às medidas antropométricas: peso (medido em quilogramas, em balança analógica de plataforma, padrão hospitalar, com precisão de 100 gramas); altura (medida em metros, com o paciente em pé, descalço sobre a plataforma da balança, com o olhar no horizonte); cálculo do índice de massa corporal (IMC –  $\text{kg}/\text{m}^2$ ); circunferência abdominal (CA – ponto médio entre a base dos arcos costais e a crista ilíaca); circunferência do quadril (ponto máximo das ancas das nádegas em posição ortostática); relação cintura-quadril; circunferência do braço (ponto médio da distância entre o acrômio da escápula e o olécrano) e a prega cutânea tricípital (dobra longitudinal realizada na porção posterior do braço no mesmo ponto). A obesidade foi avaliada pelo IMC ( $\geq 30 \text{kg}/\text{m}^2$ ) e a obesidade visceral pelas medidas da CA ( $> 102 \text{cm}$  nos homens e  $> 88 \text{cm}$  nas mulheres) critérios da *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP) e pela medida da GV pelo ultrassom.

Nos pacientes com diagnóstico ultrassonográfico de esteatose foram solicitados a sorologia para hepatite B e C (n=8) e as dosagens de transaminase glutâmico oxalacética (TGO) (n=8, VR: 0-32 U/L) e transaminase glutâmico pirúvica (TGP) (n=8, VR: 0-31). Também calculamos a relação TGO/TGP.

Após análise inicial, com exclusão dos casos de etilismo significativo e hepatite viral, os pacientes foram divididos em dois grupos: com e sem esteatose. Os dados foram apresentados como percentual e/ou média ( $\pm$  desvio padrão). Foram utilizados o teste *t* de Student ou o teste de Kruskal-Wallis para averiguar a significância estatística das variáveis numéricas entre os dois grupos.

## Resultados

Dos 69 pacientes que realizaram avaliação ultrassonográfica, foram excluídos da análise inicial 4 pacientes com etilismo significativo à anamnese e 3 com diagnóstico de hepatite B (2 pacientes que apresentaram sorologia positiva e 1 paciente com diagnóstico prévio). Dentre os demais pacientes com esteatose ao USG, 10 declararam “não consumir álcool” e 12 (55%) declararam “consumir pouco álcool”, destes últimos seis realizaram o teste AUDIT, sendo 2 (1H e 1M) excluídos do estudo, pois apresentaram resultados maiores que 8 (Tabela 1). Ao final da análise, 6 (8,7%) pacientes foram avaliados como etilistas – “consome muito álcool”.

Então, após essa primeira análise, restaram 60 pacientes (48M e 12H), 22 com (37%; 14M e 8H; entre 37 a 71 anos) e 38 sem esteatose hepática. A esteatose foi classificada como leve (n= 8; 37%), moderada (n=12; 54%) e grave (n= 2; 9%).

Os grupos com e sem esteatose apresentaram idades semelhantes [52,8±9,54 *versus* 53,21±11,28 anos; p= não significativo (NS)]. Os pacientes com esteatose apresentaram aumento significativo do IMC (34,1±8,7 *versus* 29,8±6,5 kg/m<sup>2</sup>; p=0,03), da CA (102,6±12,7 *versus* 95,3±12,3 cm; p=0,03 – Gráfico 1) e do peso corporal (85,8±18,7 *versus* 74,5±17,7 kg; p=0,02) em relação aos pacientes sem esteatose. As demais medidas antropométricas foram semelhantes entre os dois grupos (Tabela 2). Obesidade foi observada em 60% do grupo de esteatose hepática e em 45% do grupo sem esteatose, mas sem diferença estatística.

O grupo com esteatose apresentou aumento significativo da GV (47,9±10,5 *versus* 36,0±12,7 mm; p=0,0005), mas a medida da GSC não mostrou diferença entre os grupos (24,6±9,4 *versus* 20,7±7,5 mm; p=0,06).

Os pacientes com esteatose eram todos assintomáticos ou apresentavam sintomas relacionados às comorbidades. Os pacientes avaliados apresentaram elevação da TGP em 25%, mas todos apresentaram níveis de TGO normais (Tabela 3).

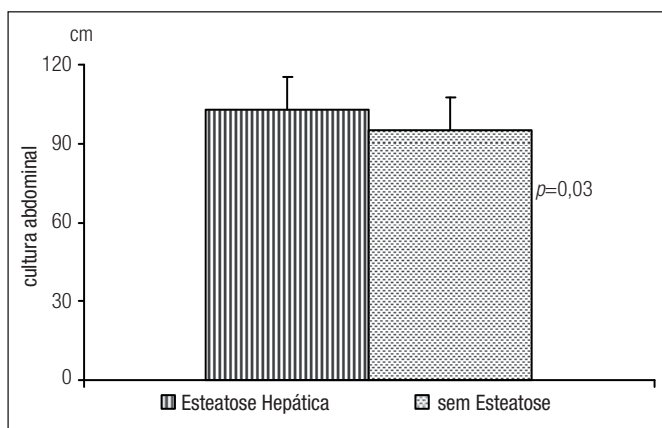


Gráfico 1: Medida da cintura abdominal nos pacientes com e sem esteatose hepática

Tabela 1: Avaliação de consumo de bebidas alcoólicas por meio do Teste AUDIT nos pacientes com esteatose hepática e relato de “consome pouco álcool”

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Soma Total de Pontos	14	5	3	3	3	11

A soma de 8 ou mais pontos indica uso excessivo de bebida alcoólica, com alto risco para a saúde. Os casos 1 e 6 foram excluídos do estudo após o teste.

Tabela 2: Dados antropométricos nos pacientes com e sem esteatose hepática

Dados Antropométricos	Esteatose hepática	Sem esteatose	Valor de p
Peso (kg)	86±18	74±17	0,003
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	33±7,8	30±6,5	0,08
Cintura (cm)	102±13,4	95±12,4	0,01
Quadril (cm)	108±14	106±13	0,54
Relação cintura/quadril	0,94±0,05	0,89±0,07	0,04
Circunferência do braço (cm)	33±5,9	32±4,3	0,28
Prega cutânea triциptal (mm)	29±9,9	28±10,7	0,42

## Discussão

O estilo de vida “moderno”, caracterizado por dietas ricas em gorduras associado ao sedentarismo, uso abusivo de álcool, tabagismo e estresse, independentemente das condições socioeconômicas, tem tido papel importante na epidemia de obesidade<sup>17</sup>. Devido a sua associação com perfis metabólicos desfavoráveis e o aumento do risco cardiovascular<sup>18</sup>, sua importância no âmbito da saúde pública é inquestionável. Está associada a várias comorbidades, entre elas a esteatose hepática não alcoólica<sup>19</sup>. Os pacientes com esteatose hepática podem apresentar graus variados de atividade necrótica e inflamatória e fibrose, condição que possui potencial evolutivo para doença hepática avançada (cirrose) e suas complicações<sup>2,19</sup>.

O início da esteatose caracteriza-se por aumento do conteúdo intracelular de triglicerídeos devido ao desequilíbrio entre sua síntese e degradação<sup>6,19</sup>. Há evidências de que a obesidade ou mesmo a RI e o DM2 contribuem para esse desequilíbrio, além de estimular a lipólise tecidual, resultando em um acúmulo progressivo de lipídeos nos hepatócitos<sup>19</sup>. Além da obesidade e da RI, diversos agentes e condições patológicas podem estar associados com a esteatose hepática como condições médicas ou cirúrgicas associadas à perda de peso, erros inatos do metabolismo e certas toxinas e drogas<sup>5,19-21</sup>.

A esteatose hepática é descrita em todos os grupos raciais e étnicos, em todas as faixas etárias, acometendo ambos os sexos, sem predileção. Estima-se que a prevalência mundial da esteatose seja de 10 a 24% em várias populações, po-

Tabela 3: Análise do Hepatograma em 8 pacientes com esteatose hepática

Grau de esteatose	TGO (U/L)	TGP (U/L)	TGO/TGP
Moderada	29	39	0,75
Grave	26	28	0,93
Leve	21	17	1,24
Leve	27	17	1,58
Moderada	31	35	0,89
Moderada	27	23	1,18
Moderada	20	29	0,69
Leve	20	27	0,75

TGO: transaminase glutâmico oxalacética; TGP: transaminase glutâmico pirúvica. A relação TGO/TGP > 1 é considerada como risco para o desenvolvimento de fibrose.

dendo chegar a 50-75% em obesos<sup>3</sup>. A esteatose pura ocorre em 70% dos pacientes que se apresentam 10% acima do peso ideal e em praticamente 100% dos obesos mórbidos<sup>19</sup>. É a doença hepática mais comum nos Estados Unidos, acometendo de 15 a 20% daquela população<sup>19</sup>. A prevalência de nossa amostra foi de 37%, o que está dentro do estimado para a população mundial, sendo a maioria de obesos e sem predomínio entre os sexos.

A obesidade foi o achado mais comum no exame físico, o que também está de acordo com outros estudos<sup>5</sup>. Os pacientes com esteatose hepática apresentaram peso corporal e IMC significativamente maior do que aqueles sem esteatose. A CA e a GV medidas pelo ultrassom foram significativamente maiores no grupo com esteatose hepática. O IMC é o índice mais utilizado no mundo para o diagnóstico e classificação de obesidade, entretanto o seu aumento pode representar um aumento da massa muscular ou da gordura periférica, que não estão associados às alterações metabólicas e/ou morbimortalidade cardiovascular. Já as medidas das CA e a GV traduzem a presença de obesidade visceral, que está mais associada a tais riscos, sendo mesmo considerada como um fator independente para o desenvolvimento de SM ou doença cardiovascular do que o simples aumento do peso corporal total, medido pelo IMC<sup>22</sup>.

Em outro estudo<sup>23</sup>, descrevemos que a SM foi três vezes mais comum no grupo com esteatose hepática, o que está de acordo com outros autores<sup>6</sup>. Dessa forma, detecta-se a presença de fígado gorduroso quase sempre associada à SM, a qual se caracteriza por RI, obesidade visceral, dislipidemia e aumento da pressão arterial, podendo ser considerada uma manifestação hepática da SM<sup>24</sup>. É importante lembrar que a SM está associada ao aumento da mortalidade geral e cardiovascular<sup>25</sup> e a maioria dos indivíduos que a desenvolvem primeiro adquire obesidade abdominal sem fatores de risco, mas com o tempo, múltiplos fatores de risco começam a aparecer<sup>26</sup>.

A esteatose hepática é talvez a causa principal de morbimortalidade ligada a doenças hepáticas. Os pacientes são assintomáticos, apresentam elevações discretas ou moderadas das enzimas hepáticas ou sintomas da patologia causal<sup>16</sup>, corroborando com nossos achados, em que constatamos aumento de TGP em 25% dos casos, sendo a maioria assintomática. Devemos lembrar que há potencial para progredir para cirrose e até mesmo insuficiência hepática<sup>5</sup>. Entretanto, o impacto da esteatose sobre a incidência de cirrose e carcinoma hepatocelular ainda permanece objeto de discussão<sup>21</sup>. Os fatores de risco para desenvolvimento de fibrose são: idade maior que 45 anos, obesidade, relação TGO/TGP superior a 1 e DM<sup>27</sup>. Todos esses fatores foram achados comuns em nossos pacientes com esteatose, exceto

a relação TGO/TGP, talvez por ser avaliada em pequeno número de casos.

A esteatose hepática é um frequente achado incidental em exames de rastreamento laboratoriais ou por estudo de imagem<sup>3,7</sup>. A USG, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) podem identificar a esteatose hepática<sup>5</sup>. Destes, a USG é mais acessível e barata em nosso meio, por isso foi o método escolhido neste estudo. A USG também é mais sensível na detecção de mudanças gordurosas difusas<sup>5,28</sup>. Entretanto, a TC e RM são superiores quando as alterações na gordura são localizadas. Todos os pacientes apresentaram aumento difuso da ecogenicidade e a maioria foi graduada como leve a moderada. Deve ser destacado que nenhum dos métodos é capaz de distinguir entre esteatose de esteato-hepatite, nem estimar a gravidade da alteração<sup>5,19</sup>.

A biópsia hepática, além de fazer tal distinção e avaliar o grau de fibrose, pode excluir outras causas de hepatopatias e determinar o prognóstico da doença. Porém, na prática clínica, é indicada somente nos pacientes com fatores de riscos para fibrose hepática, nos quais há maior valor prognóstico. Por ser um procedimento invasivo com riscos associados ao método e custos de internação, a decisão de realizá-lo deve ser individualizada, baseada caso a caso e compartilhada com o paciente<sup>5,19</sup>.

O alcoolismo é um problema de saúde pública de escala mundial. Os problemas de saúde relacionados ao consumo de álcool só podem ser comparados àqueles causados pelo tabaco e pela prática de sexo sem proteção<sup>11</sup>. O álcool é responsável por cerca de 60% dos acidentes de trânsito e 70% das mortes violentas<sup>12</sup>. O consumo excessivo é causa significativa de morbidade física e representa considerável ônus sobre os serviços hospitalares. O abuso e dependência combinados afetam aproximadamente 10 a 12% da população mundial e cerca de 8% dos brasileiros, gerando um grande custo social<sup>29</sup>. Neste estudo, observamos prevalência semelhante e o AUDIT foi essencial para melhor definição do abuso de álcool nesses pacientes. O AUDIT é um instrumento de rastreamento, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que pode ser aplicado facilmente no início do processo diagnóstico, com o objetivo de identificar etilistas com um consumo nocivo ou dependente de álcool<sup>13,14</sup>.

É importante ressaltar que existe uma ação sinérgica entre esteatose, consumo de álcool e gravidade da fibrose<sup>7</sup>. A média de progressão da fibrose é cerca de duas vezes maior em alcoolistas com esteatose do que em alcoolistas ou não alcoolistas sem esteatose<sup>7</sup>. Mais da metade dos pacientes com esteatose se declarou como etilista social - "consome pouco álcool", sendo que em dois o questionário

AUDIT identificou um consumo nocivo de álcool, o que pode conferir a eles um maior risco para uma doença hepática mais grave.

## Conclusão

Baseado em nossos achados, podemos concluir que a esteatose hepática é comum em obesos, especialmente naqueles com obesidade visceral. Embora ainda não compreendamos claramente os mecanismos fisiopatológicos implicados na esteatose, sabemos que diferentes agentes como o álcool e condições patológicas como a obesidade visceral mediada pela RI parece estar envolvidos nessa condição. Dessa maneira, os pacientes com esteatose e consumo excessivo de álcool podem ter mais chance de evoluir desfavoravelmente para a cirrose e insuficiência hepática.

A prevalência de esteatose hepática na população geral ainda é desconhecida. O alcoolismo e a obesidade, entretanto, são altamente prevalentes. Desse modo, acreditamos que devam ser foco das ações em Promoção da Saúde. A atenção primária em saúde (APS) tem a oportunidade de trabalhar em fases precoces, fazendo a busca ativa, diagnosticando, orientando e estimulando mudanças do estilo de vida e assim prevenindo o desenvolvimento dos fatores de riscos, assim como suas possíveis complicações e desfechos desfavoráveis. Ao médico da APS, especialmente ao médico de família e comunidade, então, cabe promover sensibilização e educação dos pacientes com a finalidade de melhorar o nível de qualidade de vida, aumentar a sobrevida e assim diminuir a morbimortalidade relacionada ao alcoolismo e a obesidade.

## Referências

- Sheth SG, Gordon FD, Chopra S. Nonalcoholic steato-hepatitis. *Ann Intern Med.* 1997;126:137-45.
- Angulo P. Nonalcoholic fatty liver disease. *N Engl J Med.* 2002;346:1221-31.
- Sass DA, Chang P, Chopra KB. Nonalcoholic fatty liver disease: a clinical review. *Dig Dis Sci.* 2005;50:171-80.
- Neuschwander-Tetri BA, Brunt EM, Whwmwier KR, Oliver D, Bacon BR. Improved nonalcoholic steatohepatitis after 48 weeks of treatment with the PPAR-gamma ligand rosiglitazone. *Hepatology.* 2003;38(4):1008-17.
- Carvalho JBC, Saad MJA. Doenças associadas à resistência à insulina/hiperinsulinemia, não incluídas na síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006 abr; 50(2):360-7.
- Gaemers, IC, Groen AK. Novos esclarecimentos sobre a patogênese da doença gordurosa não-alcoólica do fígado. *Current Opinion in Lipidology.* 2006;17:268-73.
- Pitella AM, Nazar A, Oliveira F, Maluly VG, d'Almeida e Silva F, Mexas PP. Esteato-hepatite não alcoólica (EHNA) como co-fator de agravamento das hepatopatias. *Informativo Med'Dor.* 2006;6:6-7.
- Carraro, LM Godoy-Matos A, Guedes EP, Lopes, AC. Obesidade: Etiologia. In: ABESO. Projeto Diretrizes Brasileiras de Obesidade; 2007. p. 19-26.
- Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arq Bras Endoc Metab.* 1999;43:186-94.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [internet]. Pesquisa de orçamentos familiares, período 2002-2003. Tabela 1: Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 anos de idade ou mais, por sexo, segundo Unidade da Federação, áreas urbanas do Municípios das Capitais e Regiões Metropolitanas. [acesso em 2006 Abr 7]. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao).
- Laranjeiras R, Pinsky I. O Alcoolismo. 5. ed. São Paulo: Contexto; 1998.
- Figlie NB, Laranjeira R, Bordin S. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2004.
- Babor TF, Grant M. Project on identification and management of alcohol-related problems: report on phase II. A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Geneva: WHO; 3. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief Interventions for Alcohol Problems: a review. *Add.* 1993;88:315-35.
- Saunders BJ, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente RJ, Grant M. Development of the Alcohol Use Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption - 11. *Alc and Addic.* 1993;88:791-804.
- Méndez EB, Lima MS, Olinto MTA, Farrel M [internet]. Uma versão brasileira do AUDIT. 13º Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências; 1999. [Acesso em 01/09/2007]. Disponível em <http://br.monografias.com/trabalhos/pessoas-audit-tratamento-alcoolismo/pessoas-audit-tratamento-alcoolismo-2shtml>.
- Moll AJ. Esteatose hepática - Avaliação por ultra-sonografia. *Informativo Med'Dor.* 2006;6:6-7.
- Mancini MC, Halpern A. Obesidade: como diagnosticar e tratar. *Rev Med Bras.* 2006;63:132-43.
- Gomes MB, Giannella Neto D, Mendonça E, Tambascia MA, Fonseca RM, Réa RR et al. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em pacientes com Diabetes Mellitus do Tipo 2 no Brasil: Estudo Multicêntrico Nacional. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006; 50/1:136-44.
- Benchimol KB, Cardoso IS. Esteatohepatite não-alcoólica induzida por rápida perda de peso em uso de balão intragástrico: um relato de caso. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007;51:631-4.
- Teixeira RJ, Simão Y, Anderson MIP. Abordagem da Síndrome Metabólica. *PROMEF* 2006;ciclo 1(2):95-124.
- Godoy-Matos AF, Moreira RO. Síndrome metabólica: implicações clínicas e tratamento. In: Vilar L (Ed.). *Endocrinologia Clínica.* 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 266-74.
- Pouliot MC, Despres JP, Lemieux S, Moorjani S, Bouchard C, Tremblay A, et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol.* 1994;73:460-8.
- Soler GLN, Silva AWSM, Silva VCG, Teixeira RJ. Doença hepática gordurosa não-alcoólica: associação com síndrome metabólica e fatores de risco cardiovascular. *Rev SOCERJ.* 2008;2(2):94-100.
- Matos AFG, Moreira RO. Síndrome metabólica: do diagnóstico ao tratamento. *Diabetes mellitus.* In: Lyra R, Cavalcante Ney (Ed.). *Diabetes Mellitus.* São Paulo: Atlanta; 2006. p. 171-82.
- Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. The nutrition transition in Brazil. *Eur J Clin Nutr.* 1995;49:105-13.
- Grundy SM. Metabolic syndrome: connecting and reconciling cardiovascular and diabetes worlds. *JACC.* 2006;47:1093-100.
- Siebler J, Galle PR. Treatment of nonalcoholic fatty liver disease. *World J Gastroenterol.* 2006;12:2161-7.
- Meriño-Ibarra E, Artieda M, Cenarro A, Goicoechea J, Calvo L, Guallar A, et al. Ultrasonography for the evaluation of visceral fat and the metabolic syndrome. *Metabolism Clinical and Experimental.* 2005;54(9):1230-5.
- Bau CHD [internet]. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. [citado 2007 Maio 23]. *Ciênc Saúde Col.* 2002;7:183-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n1/a17v07n1.pdf>.