

SIMPOSIO: MASLD y diabetes: un abordaje integral

Coordinador: Sergio Rueda

Del hígado graso a la esteatohepatitis indicación para la práctica diabetológica (la mirada del diabetólogo)

Atilio Castillo (Paraguay)

Médico, Coordinador General del Centro de Alta Complejidad en Diabetes, Hospital General de Luque, Paraguay

La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y la esteatohepatitis metabólica (MASH) representan una creciente epidemia, con una prevalencia global del 34-38%. Afectan hasta al 60-70% de los individuos con obesidad o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y entre el 20-40 % de estos pacientes de alto riesgo presenta fibrosis significativa.

La emergente evidencia confirma que el estadio de fibrosis es el predictor independiente más sólido de mortalidad hepática y por todas las causas, exigiendo un enfoque centrado en la fibrosis en lugar de depender de la esteatohepatitis aislada. Para el diabetólogo, este cambio de paradigma obliga a realizar una estratificación sistemática del riesgo mediante pruebas no invasivas (NIT) accesibles.

El índice Fibrosis-4 (FIB-4) se respalda como la evaluación de primera línea por su alto valor predictivo negativo, seguido de la elastografía transitoria controlada por vibración (VCTE) o la prueba *Enhanced Liver Fibrosis* (ELF) como modalidades confirmatorias de segunda línea.

Los umbrales de consenso definen VCTE <8 kPa y ELF <9,2 como de bajo riesgo, mientras que VCTE ≥20 kPa y ELF >11,3 sugieren cirrosis probable. En pacientes con DM2 complicada, el rendimiento diagnóstico del FIB-4 puede estar reducido, lo que justifica el uso de VCTE o ELF como prueba inicial.

La optimización del estilo de vida sigue siendo el pilar fundamental del manejo, logrando una reducción de peso sostenida ≥10% que se asocia con mejoras histológicas significativas. Sin embargo, el diabetólogo debe abordar el alto riesgo de obesidad sarcopénica; las estrategias agresivas de pérdida de peso pueden provocar una pérdida considerable de masa muscular magra. Por ello, es esencial un apoyo nutricional estructurado con una ingesta proteica adecuada (>1,0 g/kg/día, hasta 1,5 g/kg/día durante la pérdida activa) y ejercicio combinado aeróbico y de resistencia para preservar la masa muscular y la capacidad funcional.

El algoritmo integrado y basado en NIT permite al diabetólogo identificar de forma proactiva a los pacientes de alto riesgo, implementar intervenciones de estilo de vida dirigidas y disminuir tanto las complicaciones hepáticas y extrahepáticas.

Bibliografía

- . Younossi ZM, Paik JM, Lazarus JV, et al. Projected global clinical, humanistic, and economic impact of metabolic dysfunction-associated steatohepatitis (MASH): the cost of inaction based on data from nine countries. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2026;24(4):1016-1034. doi:10.1016/j.cgh.2025.09.002.
- . Abdulla M, Abdulla M, Al-Hashimi H, et al. Two-dimensional shear wave elastography in Fontan-associated liver disease: a narrative review. *Abdom Radiol (NY)*. 2026. doi:10.1007/s00261-026-05701-z.
- . Liu CH, Zeng QM, Kim W, et al. Sarcopenia and MASLD: novel insights and the future. *Nat Rev Endocrinol*. 2026;22:139-152. doi:10.1038/s41574-025-01197-7.

. Younossi ZM, de Avila L, Petta S, et al. Predictors of fibrosis, clinical events, and mortality in MASLD: data from the Global-MASLD study. Hepatology. 2026;84(1):204-215. doi:10.1097/HEP.0000000000001617.

Palabras clave: hígado graso; MASLD; diabetes.

SYMPOSIUM: MASLD and diabetes: a comprehensive approach

Coordinator: Sergio Rueda

From fatty liver to steatohepatitis: an indication for diabetological practice

Atilio Castillo Ruiz

Physician, General Coordinator of the High Complexity Diabetes Center, Luque General Hospital, Paraguay

Mathematical steatohepatitis-associated liver disease (MASLD) and metabolic steatohepatitis (MASH) represent a growing epidemic, with a global prevalence of 34–38%. They affect up to 60–70% of individuals with obesity or type 2 diabetes (T2D), and between 20–40% of these high-risk patients present with significant fibrosis.

Emerging evidence confirms that the stage of fibrosis is the strongest independent predictor of liver and all-cause mortality, demanding a fibrosis-focused approach rather than relying on isolated steatohepatitis. For diabetologists, this paradigm shift necessitates systematic risk stratification using accessible non-invasive testing (NIT).

The Fibrosis-4 Index (FIB-4) is supported as the first-line assessment due to its high negative predictive value, followed by vibration-controlled transient elastography (VCTE) or the Enhanced Liver Fibrosis (ELF) test as second-line confirmatory modalities.

Consensus thresholds define VCTE <8 kPa and ELF <9.2 as low risk, while VCTE ≥20 kPa and ELF >11.3 suggest probable cirrhosis. In patients with complicated type 2 diabetes, the diagnostic performance of FIB-4 may be reduced, justifying the use of VCTE or ELF as the initial test.

Lifestyle optimization remains the cornerstone of management, achieving a sustained weight loss of ≥10% that is associated with significant histological improvements. However, diabetologists must address the high risk of sarcopenic obesity; aggressive weight-loss strategies can lead to considerable loss of lean muscle mass. Therefore, structured nutritional support with adequate protein intake (>1.0 g/kg/day, up to 1.5 g/kg/day during active weight loss) and combined aerobic and resistance exercise are essential to preserve muscle mass and functional capacity.

The integrated, NIT-based algorithm allows the diabetologist to proactively identify high-risk patients, implement targeted lifestyle interventions, and reduce both hepatic and extrahepatic complications.

Key words: fatty liver; MASLD; diabetes.