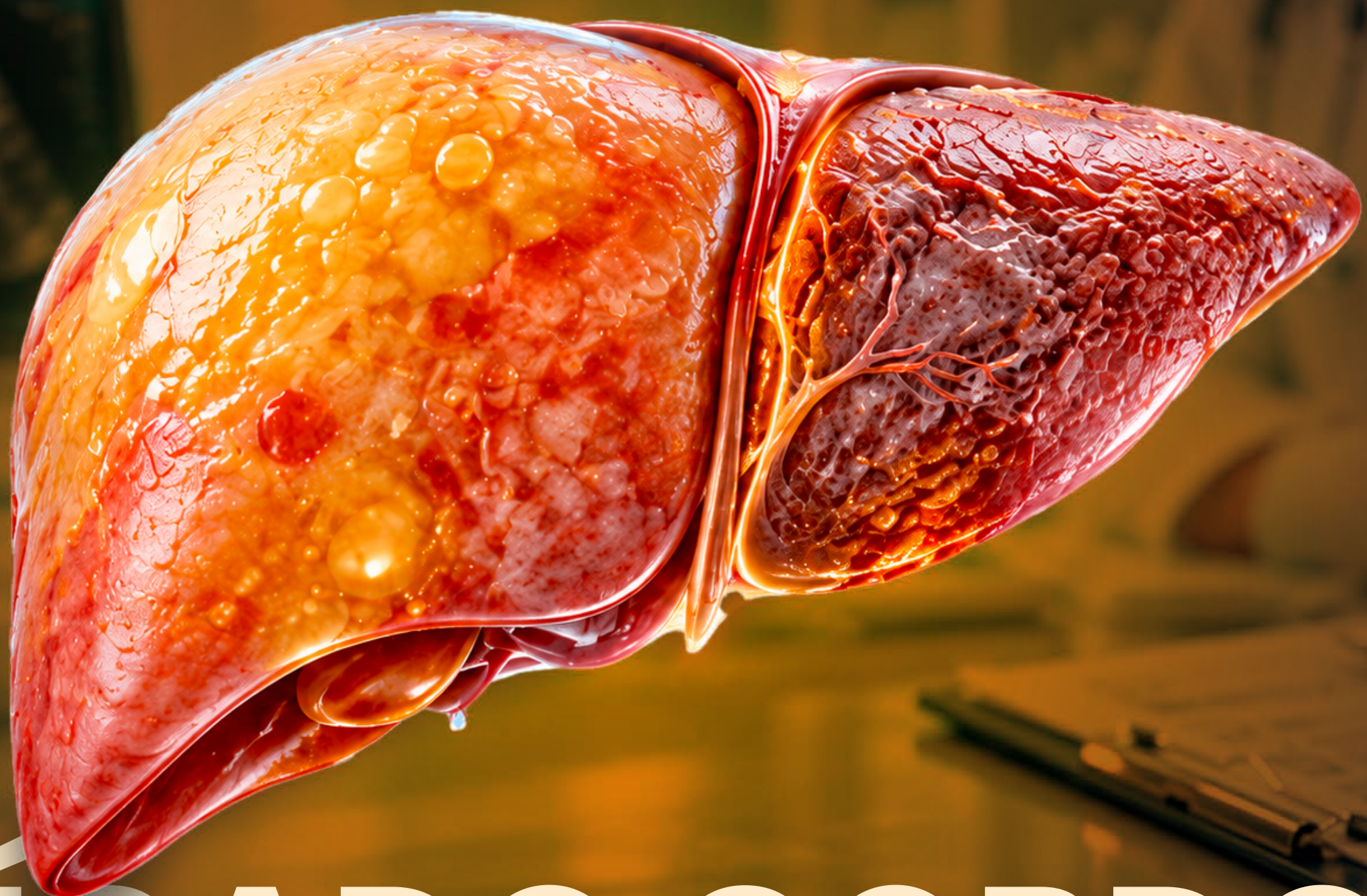




FÍGADO GORDO

Quem está realmente em risco?

Mais do que a gordura importa a fibrose.

Da avaliação ao seguimento
Algoritmo prático na consulta



MASLD na consulta

Da avaliação ao seguimento — Algoritmo prático



Mais do que a gordura,
importa a fibrose.

1



EM QUEM AVALIAR?

Doentes com maior risco de MASLD e fibrose significativa

- Diabetes mellitus tipo 2
- Obesidade (especialmente com outros fatores metabólicos)
- ≥ 2 fatores de risco cardiometabólicos (HTA, dislipidemia, pré-diabetes, obesidade, síndrome metabólica)
- Pré-diabetes (CKM estágio 1)
- Enzimas hepáticas persistentemente elevadas
- Esteatose hepática em imagem (incidental)
- Doentes com síndrome cardiovascular-renal- metabólica (CKM)



Objetivo

Não fazer ecografia à população em geral mas identificar quem pode ter fibrose clinicamente significativa.

2



O QUE PEDIR NA CONSULTA?

Exames simples para calcular o FIB-4

- AST
- ALT
- Plaquetas
- Avaliação metabólica habitual (glicemia/HbA1c, perfil lipídico, IMC, TA, etc.)

Não esquecer

Transaminases normais não excluem fibrose significativa. ALT/AST isoladamente não servem para estratificar fibrose.

3



CALCULO DO FIB-4

$\text{Idade} \times \text{AST} / (\text{Plaquetas} \times \sqrt{\text{ALT}})$

(AST e ALT em U/L; plaquetas em $10^9/\text{L}$)

Antes de interpretar

- Não aplicável em menores de 35 anos.
- Nos ≥ 65 anos, usar limiar inferior de 2,0.
- Se AST ou ALT muito elevadas (ex.: $> 5 \times \text{LSN}$), investigar outras causas de doença hepática.

Periodicidade (AHA/ACC/ADA/ASN 2026)

- Diabetes ou ≥ 2 fatores de risco cardiometabólicos (CKM): **FIB-4 a cada 1–2 anos.**
- Pré-diabetes isolada (CKM estágio 1): **FIB-4 a cada 2–3 anos.**



FIB-4 baixo

< 1,3 (35–64 anos) | **< 2,0** (≥ 65 anos)



FIB-4 intermédio

1,3–2,67 (35–64 anos) | **2,0–2,67** (≥ 65 anos)



FIB-4 elevado

> 2,67 (Qualquer idade ≥ 35 anos)

RISCO BAIXO DE FIBROSE CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA

- Não é necessária elastografia neste momento.
- Reforçar estilo de vida e controlo do risco cardiometabólico.
- Repetir FIB-4:
 - a cada 1–2 anos (DM2 ou ≥ 2 FR).
 - a cada 2–3 anos (pré-diabetes isolada).

4

AVALIAÇÃO ADICIONAL COM ELASTOGRAFIA

Preferencialmente VCTE/FibroScan®

Resultados da elastografia (VCTE)

< 8 kPa **Risco baixo** (Pode ser seguido em consulta de MGF)

8–12 kPa **Risco intermédio** (referenciar a Gastroenterologia/Hepatologia.)

> 12 kPa **Risco elevado** (referenciar a Gastroenterologia/Hepatologia.)



REFERENCIAÇÃO DIRETA

Gastroenterologia / Hepatologia

- Avaliação de fibrose avançada
- Investigação de cirrose
- Exclusão de outras causas de doença hepática
- Considerar necessidade de biópsia (em situações selecionadas)

5



O QUE FAZER QUANDO IDENTIFICAMOS MASLD?

Abordagem integrada e centrada no risco



Estilo de vida: perda ponderal (≥ 7–10%), exercício aeróbio + resistência, padrão alimentar saudável/Mediterrânico.



Controlo agressivo do risco cardiometabólico: DM2, dislipidemia, HTA, obesidade, tabagismo.



Terapêutica específica (quando indicada): GLP-1 no CKM+MASLD+DM



Estatinas: seguras e eficazes na MASLD — usar de acordo com as guidelines.



REFERÊNCIAS PRINCIPAIS

1. AHA/ACC/ADA/ASN. Management of Cardiovascular–Kidney–Metabolic Syndrome. JACC. 2026;77(5):603–730.
2. EASL–EASD–EASO. Clinical Practice Guidelines on MASLD. J Hepatol. 2024;81:492–542.



Na MASLD, identificar esteatose não basta.

O objetivo é reconhecer os doentes em risco de fibrose significativa.

Na **próxima consulta**, olhe também para o fígado.

A **fibrose** pode passar despercebida.

- >> Identifique quem **está em risco**
- >> Peça **AST, ALT e plaquetas**
- >> Junte a **idade** e calcule o **FIB-4** numa **calculadora online**
- >> Intervenha sobre os **fatores de risco** e o **estilo de vida**; **referencie** quando indicado



**Avaliar cedo permite
intervir a tempo.**

update

em medicina

Formação médica de excelência, atual e rigorosa

www.updatemedicina.pt



Gosta



Partilha



Guarda