

# ENFERMEDADES DIGESTIVAS

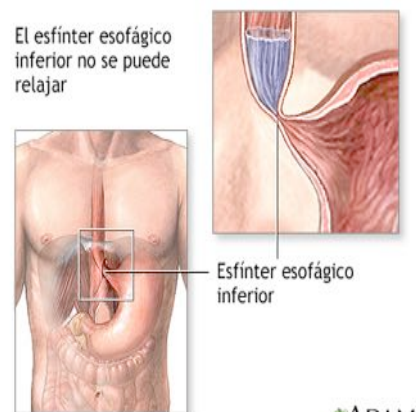
## ENFERMEDADES ESOFÁGICAS

---

### Espasmo difuso esofágico

El espasmo difuso esofágico es un trastorno de los movimientos de propulsión (peristaltismo) del esófago causado por un mal funcionamiento de los nervios.

Las contracciones de propulsión normales que mueven los alimentos a través del esófago son reemplazadas de forma periódica por contracciones no propulsivas.



ADAM.

### Síntomas

Los espasmos musculares a lo largo del esófago se perciben típicamente como un **dolor retroesternal**, coincidiendo con una **dificultad para tragar líquidos o sólidos**. El dolor también se presenta por la noche y puede ser lo suficientemente intenso como para interrumpir el sueño. **Los líquidos muy calientes o muy fríos pueden empeorar este síntoma**. Al cabo de muchos años, este trastorno puede evolucionar hacia una acalasia (aperistaltismo esofágico, megaesófago).

# PATOLOGÍA DIGESTIVA

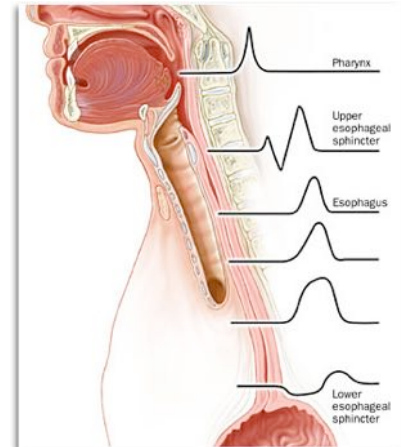
---

El espasmo esofágico difuso también puede producir dolor intenso sin dificultad para la deglución. Este dolor es opresivo retroesternal, puede acompañar al ejercicio o al esfuerzo, pudiendo asemejar al dolor de cardiopatía isquémica.

## Diagnóstico

Las **radiografías** realizadas en el momento de la ingestión de un medio **de contraste** (bario) pueden evidenciar un desplazamiento descendente anormal y que las contracciones de la pared esofágica se produzcan de una forma desorganizada.

Se puede realizar una **manometría** (medición de presiones del esófago) cuando la persona ingiere alimentos o administrar edrofonio para provocar los espasmos dolorosos.



## Tratamiento

A menudo, el espasmo esofágico difuso es difícil de tratar. Se pueden aliviar los síntomas con la nitroglicerina, o los bloqueadores de los canales del calcio como la nifedipina. Algunas veces se necesitan analgésicos potentes. En caso de no mejoría con este tratamiento médico y evoluciona a acalasia, será preciso un tratamiento mediante dilatadores (*El dilatador más empleado en la actualidad es el tipo Rigiflex<sup>®</sup>, que consiste en un balón de polietileno de 10 cm de longitud y 3, 3,5 o 4 cm de diámetro*) o bien tratamiento quirúrgico.

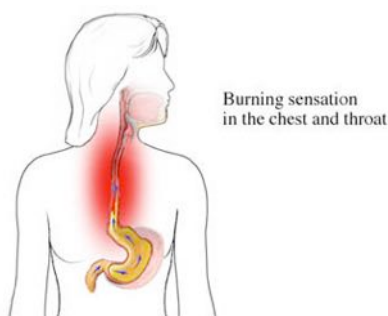
## Reflujo de ácido (reflujo gastroesofágico)

El reflujo de ácido (reflujo gastroesofágico) es un flujo retrógrado del contenido del estómago hacia el esófago.

El revestimiento del estómago lo protege de los efectos de sus propios ácidos. Debido a que el esófago carece de un revestimiento protector similar, el ácido del estómago que refluye hacia él causa dolor, inflamación (esofagitis) y diversas lesiones.

El ácido refluye cuando el esfínter esofágico inferior no funciona adecuadamente. Cuando la persona está acostada, la fuerza de la gravedad contribuye al reflujo. El grado de inflamación causada por el reflujo depende de la acidez del contenido del estómago, del volumen de ácido gástrico que penetra en el esófago y de la capacidad de éste para eliminar el líquido regurgitado.

## **Síntomas y complicaciones**



El síntoma más obvio del reflujo de ácido es **pirosis**, una sensación de quemazón detrás del esternón. El dolor (que aparece a nivel torácico y se puede extender hacia el cuello, garganta o incluso la cara) es causado por el reflujo de ácido desde el estómago al esófago.

Generalmente ocurre después de las comidas o cuando la persona está acostada. El ardor se puede acompañar de regurgitación del contenido del estómago a la boca o de una salivación excesiva.

Las complicaciones del reflujo de ácido incluyen un estrechamiento de un segmento del esófago (estenosis péptica esofágica), una úlcera esofágica y la inducción de cambios precancerosos en el revestimiento del esófago (**síndrome de Barret**).

## **Diagnóstico**

Los síntomas sugieren el diagnóstico. En ocasiones, para confirmar el diagnóstico y descartar la existencia de complicaciones es necesario realizar estudios radiológicos, una esofagoscopia, medición de la presión (manometría) del esfínter esofágico inferior, pruebas de determinación del pH esofágico (acidez). La biopsia es también el único método fiable para detectar el síndrome de Barret.

Para evidenciar el reflujo del bario desde el estómago hacia el esófago se realizan radiografías tras la ingesta de una solución de bario y después se coloca a la persona en una mesa inclinada con la cabeza más baja que los pies. El estudio radiológico realizado tras la deglución del bario también puede demostrar úlceras esofágicas o un esófago estenosado.

## **Tratamiento**

Para aliviar el reflujo de ácido se pueden adoptar varias medidas:

- La elevación de la cabecera de la cama aproximadamente unos 15 centímetros, mientras la persona duerme, puede hacer que el ácido no llegue a entrar en el esófago.
- Puede ser útil evitar el café, el alcohol y otras sustancias que estimulan fuertemente la producción de ácido del estómago. También deberían evitarse determinados alimentos (como las grasas y el chocolate) y el tabaco.
- También resulta útil la ingestión de un antiácido, una hora después de las comidas y otro a la hora de acostarse para neutralizar el ácido del estómago y, posiblemente, reducir el paso de líquido ácido a través del esfínter esofágico inferior.

# PATOLOGÍA DIGESTIVA

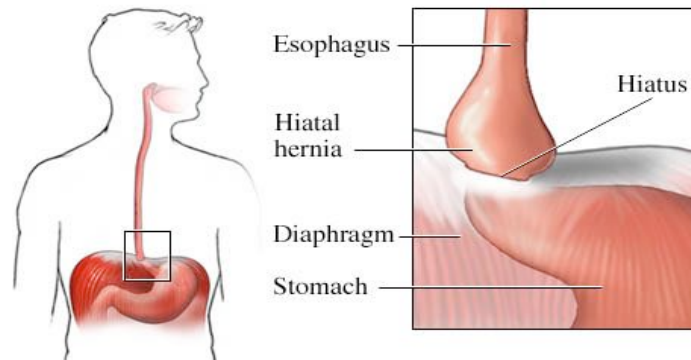
---

- El omeprazol y el lansoprazol son los fármacos más eficaces para la rápida resolución de la inflamación esofágica causada por el reflujo.
- La cirugía de urgencia no es necesaria a menos que la esofagitis produzca una hemorragia masiva.

## Hernia de hiato

La hernia de hiato es la protuberancia de una parte del estómago a través del diafragma desde su posición normal en el abdomen.

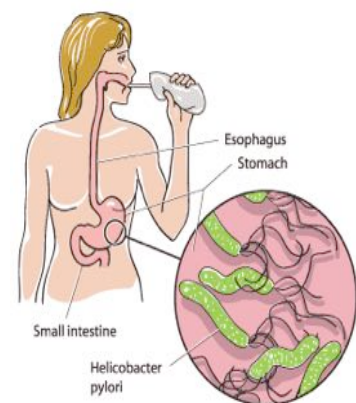
La causa de la hernia de hiato generalmente es desconocida; puede tratarse de un defecto congénito o ser consecuencia de una lesión.



## Gastritis

La gastritis es la inflamación del revestimiento mucoso del estómago.

La mucosa del estómago resiste la irritación y habitualmente puede soportar un alto contenido ácido. Sin embargo, puede irritarse e inflamarse por diferentes motivos.



La gastritis bacteriana es generalmente secundaria a una infección por organismos como el **Helicobacter pylori** (bacterias que crecen en las células secretoras de moco del revestimiento del estómago). No se conocen otras bacterias que se desarrollen en ambientes normalmente ácidos como el del estómago, aunque muchos tipos sí pueden hacerlo en el caso de que el estómago no produzca ácido. Tal crecimiento bacteriano puede causar gastritis de forma transitoria o persistente.

En la actualidad, estas bacterias están consideradas como la **causa principal de la úlcera péptica**. El mecanismo por el cual estas bacterias contribuyen a la formación de las úlceras se desconoce. Tal vez interfieran en las defensas normales contra el ácido gástrico, o quizás produzcan toxinas que contribuyen al desarrollo de las úlceras.

La gastritis aguda por estrés, el tipo más grave de gastritis, es causada por una enfermedad o lesión graves de rápida aparición. La lesión puede no afectar al estómago. Por ejemplo, son causas frecuentes las quemaduras extensas y las lesiones que ocasionen hemorragias masivas.

La gastritis erosiva crónica puede ser secundaria a irritantes como los fármacos, especialmente la aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE), a la enfermedad de Crohn y a infecciones bacterianas y víricas. Con este tipo de gastritis, que se desarrolla lentamente en personas que, por otra parte, gozan de buena salud, se pueden producir hemorragias o ulceraciones. Es más frecuente en personas que abusan del alcohol.

## Síntomas

Los síntomas varían dependiendo del tipo de gastritis. Sin embargo, por lo general, una persona con gastritis sufre indigestión y molestias vagas en la parte alta del abdomen.

Si la gastritis evoluciona a úlcera, ésta puede sangrar. Si el sangrado se evacua por la boca hablamos de **hematemesis**, si es a través de las heces hablamos de **melenas**, pues el sangrado digestivo procedente de un lugar por encima del ángulo de Treitz produce la digestión de la sangre, con el consiguiente aspecto alquitranado de las heces.

## Diagnóstico

- La sospecha de gastritis se realiza cuando el paciente presenta dolor en la parte alta del abdomen junto con náuseas o ardor. Si los síntomas persisten, a menudo no se necesita análisis y se comienza el tratamiento en función de la causa más probable.
- Como exploración complementaria estaría indicada la endoscopia.
- Test del aliento para la detección de *Helicobacter pylori*.

## Tratamiento

Muchos especialistas tratan una infección por *Helicobacter pylori* si causa síntomas. La infección puede ser controlada o eliminada con bismuto y antibióticos, como la amoxicilina y el metronidazol.

La mayoría de las personas con gastritis aguda por estrés se cura por completo cuando se logra controlar la enfermedad subyacente, la lesión o la hemorragia.

Sin embargo, el 2 % de las personas en las unidades de cuidados intensivos tiene hemorragias copiosas por este tipo de gastritis, lo cual a menudo resulta mortal. Por lo tanto, cuando existe una enfermedad grave, una lesión

importante o quemaduras extensas, se intenta prevenir la gastritis aguda por estrés. Para prevenirla y tratarla, en la mayoría de las unidades de cuidados intensivos, y después de una intervención quirúrgica, suelen administrarse antiácidos como el sucralfato (que neutralizan la acidez del estómago) y potentes fármacos antiulcerosos como el omeprazol, pantoprazol o lansoprazol (que reducen o anulan la producción de ácido del estómago).

Las gastritis pueden evolucionar a úlcera, cuyo tratamiento será el mismo a no ser que presenten las siguientes complicaciones del siguiente cuadro. En estos casos el tratamiento pasaría a ser la esclerosis endoscópica o la cirugía.

### Complicaciones de la úlcera péptica

La mayoría de las úlceras pueden cursar sin mayores complicaciones. Sin embargo, en algunos casos, las úlceras pépticas pueden desarrollar complicaciones potencialmente mortales como la penetración, la perforación, la hemorragia y la obstrucción.

#### Penetración

Una úlcera puede atravesar la pared muscular del estómago o del duodeno y penetrar en un órgano sólido adyacente, como el hígado o el páncreas. Esto causa un dolor intenso, penetrante y persistente, que puede percibirse fuera del área implicada (por ejemplo, cuando una úlcera duodenal penetra en el páncreas, puede generar dolor de espalda). El dolor puede intensificarse cuando la persona cambia de postura. Si los fármacos no consiguen curar la úlcera, puede que sea necesario recurrir a la cirugía.

#### Perforación

Las úlceras de la cara anterior del duodeno, o con menor frecuencia las del estómago, pueden atravesar la pared y abrirse al espacio libre abdominal. El dolor resultante es súbito, intenso y constante. Se extiende rápidamente por todo el abdomen. La persona puede tener dolor en uno o ambos hombros, que se puede intensificar con la inspiración profunda. Los cambios de posición empeoran el dolor, por lo que la persona a menudo intenta mantenerse muy quieta. El abdomen es doloroso al tacto, y el dolor empeora si el médico ejerce una presión profunda y después, de repente, libera esa presión (los médicos llaman a esto, el signo del rebote). Los síntomas pueden ser menos intensos en las personas de edad avanzada, en las que están en tratamiento con corticoides o en las muy enfermas. La fiebre indica la existencia de una infección en el abdomen. Si el proceso no se trata, se puede desarrollar un shock. Esta situación urgente requiere cirugía inmediata y antibióticos intravenosos.

#### Hemorragia

La hemorragia es una complicación frecuente de las úlceras, incluso aunque no sean muy dolorosas. Los síntomas de una úlcera complicada con una hemorragia pueden ser vómitos de sangre roja brillante o de grumos oscuros de sangre parcialmente digerida que parecen posos de café, así como la evacuación de heces negras o claramente sanguinolentas. Una hemorragia de estas características puede ser también el resultado de otros procesos del aparato gastrointestinal, pero los médicos comienzan investigando el origen de la hemorragia por el estómago y el duodeno. A menos que se trate de una hemorragia masiva, el médico realiza una endoscopia (un examen usando un tubo flexible de visualización). Si se descubre una úlcera que está perdiendo sangre, se puede utilizar el mismo endoscopio para cauterizarla. Si no se descubre el origen y la hemorragia no es intensa, el tratamiento consiste en la administración de fármacos antiulcerosos, como los antagonistas  $H_2$ , y los antiácidos. La persona también recibe líquidos intravenosos y no toma nada por la boca, de tal forma que el tracto gastrointestinal pueda descansar. Si la hemorragia es masiva o persistente, el médico puede usar el endoscopio para inyectar un material que provoque la coagulación. Si esta medida falla, se debe recurrir a la cirugía.

#### Obstrucción

La hinchazón de los tejidos inflamados alrededor de una úlcera o la cicatrización procedente de las reactivaciones de úlceras previas pueden estrechar la salida del estómago o el duodeno. Una persona con este tipo de obstrucción puede vomitar repetidamente (a menudo regurgitando grandes cantidades de alimentos ingeridos horas antes). Son síntomas frecuentes de obstrucción el sentirse inusualmente lleno después de comer, la distensión y la ausencia de apetito. Con el tiempo, los vómitos pueden ocasionar pérdida de peso, deshidratación y un desequilibrio de los minerales del organismo. El tratamiento de las úlceras alivia la obstrucción en la mayoría de casos, pero las obstrucciones más graves pueden necesitar una corrección endoscópica o quirúrgica.



## **Enfermedades inflamatorias del intestino**

Las enfermedades inflamatorias del intestino son trastornos crónicos en los que se inflama el intestino, ocasionando a menudo retortijones abdominales recurrentes y diarrea.

Los dos tipos de enfermedad inflamatoria del intestino son la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, que tienen muchas similitudes, siendo a veces difícil distinguir una de otra. No se conoce la causa de estas enfermedades.

### **Enfermedad de Crohn**

La enfermedad de Crohn (enteritis regional, ileítis granulomatosa, ileocolitis) es una inflamación crónica de la pared intestinal.

Típicamente la enfermedad afecta a todo el grosor de la pared intestinal. Lo más habitual es que se manifieste en la porción más baja del intestino delgado (íleon) y el intestino grueso, pero puede ocurrir en cualquier tramo del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano, incluso en la piel alrededor de éste.

En las últimas décadas, la incidencia de la enfermedad de Crohn ha aumentado tanto en los países occidentales como en los países en vía de desarrollo. Ocurre aproximadamente en igual proporción en ambos sexos, es más común en la etnia judía y tiende a darse en familias con historia de colitis ulcerosa. Casi todos los casos se presentan antes de los 30 años, pero la mayoría comienza entre los 14 y los 24 años.

La causa de la enfermedad de Crohn es desconocida. Las investigaciones se han centrado en tres posibilidades principales: una disfunción del sistema inmunitario, una infección y la dieta.

## Síntomas y complicaciones

Los primeros síntomas más característicos de la enfermedad de Crohn consisten en diarrea crónica, dolor abdominal de tipo retortijones, fiebre, pérdida del apetito y pérdida de peso.

Las frecuentes complicaciones de la inflamación incluyen el desarrollo de una obstrucción intestinal, canales de comunicación anormales (fístulas) y abscesos. Las fístulas se pueden desarrollar entre dos porciones diferentes

del intestino. También pueden comunicar el intestino y la vejiga urinaria o el intestino y la superficie de la piel, especialmente alrededor del ano. La perforación del intestino delgado es una complicación rara.

Cuando el intestino grueso resulta afectado por la enfermedad de Crohn, generalmente se presenta una hemorragia rectal; al cabo de muchos años, se incrementa el riesgo de cáncer de colon. Alrededor de un tercio de los que desarrollan la enfermedad de Crohn tiene problemas alrededor del ano, especialmente fístulas y grietas (fisuras) en su revestimiento mucoso.

La enfermedad de Crohn se asocia con ciertos trastornos que afectan a otras partes del cuerpo, como cálculos biliares, una inadecuada absorción de nutrientes y depósitos amiloides (amiloidosis). Cuando la enfermedad de Crohn causa una reactivación de los síntomas gastrointestinales, el paciente puede también experimentar inflamación de las articulaciones (artritis),

### Patrones clínicos de la enfermedad de Crohn

Los síntomas de la enfermedad de Crohn difieren de unas personas a otras, pero hay cuatro patrones más comunes:

- Inflamación con dolor espontáneo y al tacto, en la parte inferior derecha del abdomen.
- Obstrucciones intestinales agudas recurrentes que causan espasmos intensamente dolorosos de la pared intestinal, distensión del abdomen, estreñimiento y vómitos.
- Inflamación y obstrucción intestinal parcial crónica que provocan desnutrición y debilidad crónica.
- Trayectos anormales (fístulas) y bolsas de pus (abscesos) que a menudo causan fiebre, masas dolorosas en el abdomen y pérdida de peso importante.

inflamación de la esclerótica (episcleritis), llagas en la boca (estomatitis aftosa), nódulos cutáneos dolorosos en los brazos y las piernas (eritema nudoso) y úlceras en la piel de color pardusco que contienen pus (pioderma gangrenoso). Incluso cuando la enfermedad de Crohn no está causando una reactivación de los síntomas gastrointestinales, el enfermo todavía puede experimentar inflamación de la columna vertebral (espondilitis anquilosante), inflamación de las articulaciones de la pelvis (sacroilitis), inflamación de la úvea (uveítis) e inflamación de los conductos biliares (colangitis esclerosante primaria).

Algunos individuos se recuperan completamente después de haber presentado un solo ataque que haya afectado al intestino delgado. Sin embargo, la enfermedad de Crohn generalmente se reactiva a intervalos regulares a lo largo de toda la vida. Estas reactivaciones pueden ser leves o graves, breves o prolongadas. Se desconoce por qué los síntomas aparecen y desaparecen y qué es lo que desencadena nuevos episodios o determina su gravedad. La inflamación tiende a recurrir en la misma área intestinal previamente afectada, pero si ésta ha sido extirpada quirúrgicamente, puede extenderse a otras áreas.

### **Diagnóstico**

La semiología orienta a una enfermedad inflamatoria intestinal.

Ninguna prueba de laboratorio identifica específicamente la enfermedad, aunque éstas pueden revelar una anemia, un número anormalmente elevado de glóbulos blancos, bajos valores de albúmina y otros signos inflamatorios.

Las radiografías con enemas de bario pueden evidenciar el aspecto característico de la enfermedad de Crohn en el colon. En casos poco claros, la colonoscopia y una biopsia pueden ayudar a confirmarlo.

### **Tratamiento y pronóstico**

## PATOLOGÍA DIGESTIVA

---

No existe tratamiento curativo para la enfermedad de Crohn, aunque muchos tratamientos reducen la inflamación y alivian los síntomas. Los retortijones y la diarrea pueden aliviarse con fármacos anticolinérgicos, difenoxilato, loperamida, o codeína. Se administran por vía oral, preferentemente antes de las comidas.

Otros fármacos utilizados son antibióticos como el metronidazol, antiinflamatorios como la sulfazalacina y los corticoides; y finalmente moduladores del sistema inmunitario como la azatioprina y la mercaptopurina.

Las fórmulas dietéticas específicas, en las que cada componente nutricional es medido con precisión, pueden mejorar los cuadros de obstrucción intestinal o las fístulas, al menos durante cortos períodos de tiempo; también ayudan a que los niños tengan un crecimiento adecuado. Estos regímenes alimentarios deben probarse antes de someter al afectado a la cirugía o a ésta además de cualquier otro tratamiento anterior. Ocasionalmente, las personas con enfermedad de Crohn requieren una nutrición parenteral total o una hiperalimentación; para ello se administran los nutrientes concentrados por vía intravenosa con el fin de compensar la escasa absorción de los mismos, típica de la enfermedad de Crohn.

Cuando se obstruye el intestino o no sanan los abscesos o las fístulas, es necesario recurrir a la cirugía. Una intervención para extirpar las áreas enfermas del intestino puede aliviar los síntomas de modo permanente, pero no cura la enfermedad. Una segunda operación es necesaria en alrededor del 50 por ciento de los casos. En consecuencia, la cirugía se reserva solamente para los casos en que se presentan complicaciones específicas o si falla el tratamiento farmacológico. En general, las personas que han sido intervenidas quirúrgicamente consideran que su calidad de vida ha mejorado a raíz de la misma.

La enfermedad de Crohn generalmente no acorta la vida de los afectados. Sin embargo, algunas personas mueren de cáncer del tracto gastrointestinal, el cual se puede desarrollar cuando la enfermedad de Crohn es de muy larga evolución.

## **Colitis ulcerosa**

La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica en la que el intestino grueso se inflama y ulcera, provocando diarrea con sangre, retortijones y fiebre.

La colitis ulcerosa puede comenzar a cualquier edad, pero generalmente lo hace entre los 15 y los 30 años. Una minoría de los afectados sufre su primer ataque entre los 50 y los 70 años.

**A diferencia de la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa generalmente no afecta al grosor completo de la pared intestinal y nunca al intestino delgado.** La enfermedad suele comenzar en el recto o en el colon sigmoide (la parte baja final del intestino grueso), extendiéndose de forma parcial o total por el intestino grueso. En algunas personas se afecta la mayor parte del intestino grueso desde un principio.

La causa de la colitis ulcerosa no se conoce, pero pueden contribuir a este trastorno factores como la herencia y una respuesta inmune intestinal hiperactiva.

## **Síntomas**

Un ataque puede ser súbito e intenso, produciendo una diarrea violenta, fiebre alta, dolor abdominal y peritonitis (inflamación del revestimiento abdominal). Durante estos ataques, el paciente se encuentra profundamente debilitado. Sin embargo, lo más frecuente es que los ataques comiencen gradualmente y que la persona sienta una necesidad urgente de defecar,

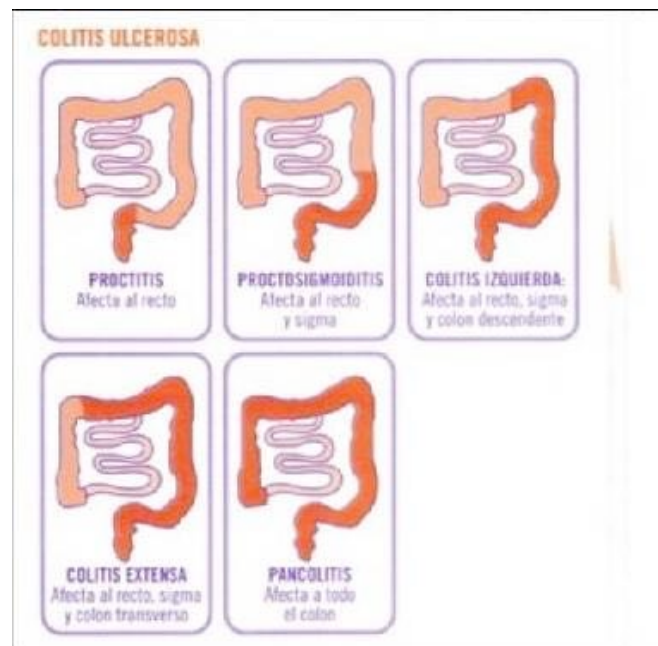
# PATOLOGÍA DIGESTIVA

---

retortijones leves en la región baja del abdomen, y sangre y moco visibles en las heces.

Cuando la enfermedad se limita al recto y al colon sigmoide, las heces pueden ser normales o bien duras y secas; sin embargo, durante las deposiciones, o entre las mismas, se expulsa por el recto moco que contiene un gran número de glóbulos rojos y blancos. Los síntomas generales de enfermedad, como la fiebre, son leves o inexistentes.

Si la afección se extiende más arriba por el intestino grueso, las heces se vuelven muy blandas y el paciente puede tener de 10 a 20 evacuaciones al día. A menudo, presenta retortijones intensos y espasmos rectales, angustiosos y dolorosos que se acompañan de urgencia de defecar. No hay alivio durante la noche. Las heces pueden ser líquidas y contener pus, sangre y moco. Con frecuencia, las



heces son prácticamente sustituidas por sangre y pus. Puede haber fiebre, falta de apetito y pérdida de peso.

## Complicaciones

La hemorragia, la complicación más frecuente, a menudo causa anemia por déficit de hierro.

## PATOLOGÍA DIGESTIVA

---

La colitis tóxica es una complicación particularmente grave en la que se daña la totalidad del grosor de la pared intestinal. Esta lesión causa un íleo (estado en el que se detiene el movimiento de la pared intestinal, interrumpiendo el tránsito) y se desarrolla una distensión abdominal. Conforme empeora la colitis tóxica, el colon pierde su tono muscular y en el plazo de días (o incluso de horas) comienza a dilatarse. Cuando el colon se distiende exageradamente, el cuadro se conoce como **megacolon tóxico**. El estado general del afectado es grave y puede tener fiebre alta y dolor en el abdomen espontáneamente o a la palpación, además de un aumento en el recuento de glóbulos blancos.

Sin embargo, si se instaura un tratamiento inmediato y eficaz, en menos del 4 % de los casos se produce un fallecimiento. La posibilidad de muerte aumenta si se desarrolla una ulceración que perfora el intestino.

El riesgo de cáncer de colon es más alto en las personas con colitis ulcerosa extensa y de larga evolución. Dicho riesgo es todavía mayor cuando se encuentra afectada la totalidad del intestino grueso o cuando la persona ha padecido la enfermedad durante más de 10 años, independientemente del grado de actividad de la misma. Las personas con alto riesgo de desarrollar cáncer deberían someterse a una colonoscopia a intervalos regulares. Durante la misma, se obtienen muestras de tejido de todo el intestino grueso para su examen al microscopio. Al igual que la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa se acompaña también de trastornos que afectan a otras partes del cuerpo. Cuando la colitis ulcerosa causa una reactivación de los síntomas intestinales, el enfermo puede experimentar artritis, episcleritis, eritema nudoso y pioderma gangrenoso. Cuando la colitis ulcerosa no genera síntomas intestinales, el afectado también puede sufrir espondilitis anquilosante, sacroileítis y uveítis.

Aunque las personas con colitis ulcerosa padecen con frecuencia una disfunción hepática leve, sólo alrededor del 1 al 3 % presentan síntomas de enfermedad hepática, de intensidad moderada a grave. La enfermedad en su forma grave puede consistir en una inflamación del hígado (hepatitis crónica activa) y de las vías biliares (colangiitis esclerosante primaria), que se estrechan y finalmente se obstruyen; en ocasiones también se produce una sustitución del tejido funcional hepático por material fibroso (cirrosis).

### **Diagnóstico**

Los síntomas del paciente y un examen de las heces ayudan a establecer el diagnóstico. La sigmoidoscopia confirma el diagnóstico y permite al médico observar directamente la intensidad de la inflamación. Incluso durante los intervalos libres de síntomas, el intestino raramente tiene un aspecto normal y el examen al microscopio de una muestra de tejido recogida en esos momentos muestra inflamación crónica.

La inflamación del colon puede ser provocada por otras causas además de por la colitis ulcerosa. Por consiguiente, el médico intenta determinar si la inflamación es causada por una infección por bacterias o parásitos. Las muestras de materia fecal obtenidas durante la sigmoidoscopia son examinadas al microscopio y cultivadas para descartar la existencia de bacterias. Se analizan muestras de sangre para determinar si la persona pudo haber contraído una infección por parásitos, por ejemplo, durante un viaje.

### **Tratamiento**

El tratamiento se dirige a controlar la inflamación, reducir los síntomas y reemplazar cualquier pérdida de líquidos y nutrientes. Debe evitarse el consumo de frutas crudas y de vegetales para reducir las lesiones del revestimiento inflamado del intestino grueso. Una dieta libre de productos



## PATOLOGÍA DIGESTIVA

---

lácteos puede disminuir los síntomas. Los suplementos de hierro compensan la anemia causada por las pérdidas de sangre por las heces.

Para la diarrea relativamente leve se administran pequeñas dosis de loperamida.

La prednisona en dosis relativamente elevadas, con frecuencia induce una drástica remisión. Una vez que la prednisona controla la inflamación de la colitis ulcerosa, se añade también sulfasalacina, olsalazina y mesalazina.

Si la enfermedad se agrava, la persona es hospitalizada y se le administran corticosteroides por vía intravenosa. Si aparecen hemorragias copiosas por el recto puede que sea necesaria una transfusión de sangre y líquidos intravenosos.

La azatioprina y la mercaptopurina se han utilizado para mantener las remisiones en los pacientes con colitis ulcerosa, que de otro modo hubieran necesitado un tratamiento a largo plazo con corticosteroides.

Sin embargo, alrededor del 50 por ciento de estos pacientes finalmente requiere un tratamiento quirúrgico.

### **Síndromes de mala absorción**

Los síndromes de malabsorción son trastornos que se desarrollan porque los nutrientes de los alimentos en el intestino delgado no se absorben adecuadamente y no pasan al torrente sanguíneo.

Normalmente, los alimentos son digeridos y los nutrientes son absorbidos en el torrente sanguíneo, principalmente desde el intestino delgado. La malabsorción puede ocurrir ya sea por un trastorno que interfiera con la digestión de los alimentos o bien porque interfiere directamente con la absorción de los nutrientes.

### Síntomas

Las personas con malabsorción generalmente **pierden peso**. Si las grasas no son adecuadamente absorbidas, las heces pueden tener un color claro y ser blandas, voluminosas y malolientes (se conocen como **heces esteatorreicas**). Las heces pueden quedar pegadas a la taza del inodoro o incluso flotar, dificultando que sean arrastradas con el agua. **La esteatorrea es consecuencia de cualquier trastorno que interfiera con la absorción de las grasas**, como una reducción del flujo biliar, la enfermedad celíaca o la esprue tropical.

La malabsorción puede causar deficiencia de todos los nutrientes o bien selectivamente de alguno de ellos como proteínas, grasas, vitaminas o minerales. Los síntomas varían dependiendo del déficit específico. Por ejemplo, las personas con una deficiencia de la enzima lactasa pueden sufrir diarreas muy agudas, distensión abdominal y flatulencia tras beber leche.

Otros síntomas dependen del trastorno causante de la malabsorción. Por ejemplo, la obstrucción del conducto biliar común puede causar ictericia y una deficiencia del aporte de sangre al intestino puede causar dolor abdominal después de las comidas.

### Diagnóstico

Los médicos sospechan una malabsorción cuando una persona pierde peso, tiene diarrea y presenta deficiencias nutricionales a pesar de comer adecuadamente.

Los análisis de laboratorio contribuyen a confirmar el diagnóstico. Las pruebas que miden directamente la grasa en las muestras de materia fecal recogidas a lo largo de 3 o 4 días son las más fiables para diagnosticar una malabsorción de grasas. El hallazgo de un exceso de grasa hace que el diagnóstico sea muy probable.

Las radiografías simples de abdomen no contribuyen al diagnóstico, pero a veces indican posibles causas de la malabsorción. Las radiografías que se realizan después de que la persona ingiera bario pueden evidenciar un patrón de distribución anormal del bario en el intestino delgado, característico de una malabsorción, pero estas técnicas radiológicas no ofrecen información acerca de su causa.

Puede que sea necesario practicar una biopsia (obtención de una muestra de tejido para su examen) con el fin de detectar anomalías en el intestino delgado. La biopsia se lleva a cabo mediante un endoscopio.

A menudo se realizan pruebas de función pancreática porque la disfunción de este órgano es una causa habitual de malabsorción. En una de las pruebas, la persona se somete a una dieta especial; en otra, recibe una inyección de la hormona secretina. En ambas pruebas seguidamente se recogen con una sonda los jugos intestinales que contienen secreciones pancreáticas para proceder a su medición.

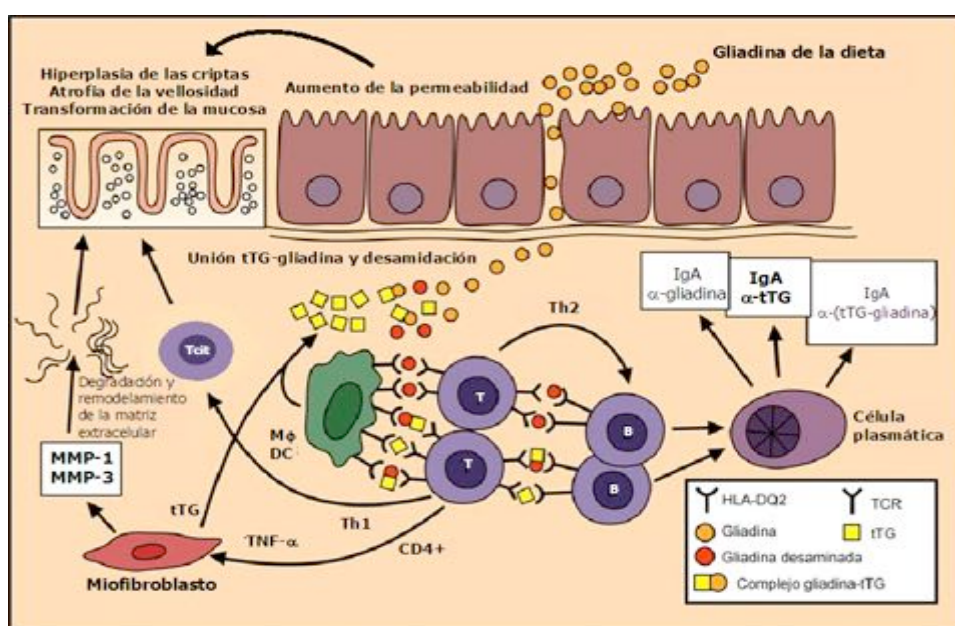
### **Enfermedad celíaca**

La enfermedad celíaca (esprue no tropical, enteropatía por gluten, esprue celíaca) es un trastorno hereditario en el cual una intolerancia de tipo

## PATOLOGÍA DIGESTIVA

alérgico al gluten (una proteína) provoca cambios en el intestino que conllevan a una malabsorción.

*La enfermedad celíaca es un trastorno hereditario relativamente frecuente, causado por una sensibilidad al gluten (gliadina), una proteína que se encuentra en el trigo y el centeno, y en menor grado en la cebada y la avena. En la enfermedad celíaca, parte de la molécula del gluten se combina con anticuerpos en el intestino delgado, provocando que se aplane la mucosa intestinal, que habitualmente tiene una forma de cepillo. La superficie lisa resultante es mucho menos capaz de digerir y absorber nutrientes. Cuando se eliminan los alimentos que contienen gluten, la superficie normal con forma de cepillo habitualmente reaparece y la función intestinal vuelve a normalizarse.*



## Síntomas

La enfermedad celíaca puede comenzar a cualquier edad. En los lactantes, los síntomas no aparecen hasta que se ingieren por primera vez alimentos que contengan gluten. La enfermedad celíaca a menudo no causa diarrea ni heces grasas y un niño puede tener sólo síntomas leves, lo cual puede ser interpretado como la sintomatología de unas simples molestias de estómago. Sin embargo, algunos niños dejan de crecer con normalidad, sufren distensión abdominal dolorosa y comienzan a eliminar heces voluminosas, de color pálido y malolientes. Se desarrolla anemia como consecuencia de la deficiencia de hierro. Si el valor de proteínas en sangre desciende lo suficiente, el niño retiene líquidos y se forman edemas. En algunos, los síntomas no aparecen hasta la etapa adulta.

Las deficiencias nutricionales resultantes de la malabsorción en la enfermedad celíaca pueden causar síntomas adicionales. Éstos incluyen pérdida de peso, dolor en los huesos y sensación de hormigueo en los brazos y piernas. Una deficiencia de protrombina, la cual es fundamental para el proceso de la coagulación sanguínea, facilita la formación de hematomas o hemorragias persistentes tras una herida. Las jóvenes con enfermedad celíaca pueden padecer irregularidades menstruales.

## Diagnóstico

La sintomatología de malabsorción orienta, pero el diagnóstico se confirma mediante el examen de una biopsia que evidencia un revestimiento del intestino delgado aplanado y la subsiguiente mejora del mismo después de dejar de ingerir productos con gluten.

## Tratamiento

Los síntomas pueden producirse incluso ante la ingesta de pequeñas cantidades de gluten, por lo que éste **debe excluirse totalmente de la dieta**.

El gluten es tan ampliamente utilizado en los productos alimenticios que las personas con este trastorno necesitan listas detalladas de alimentos a evitar y el consejo de un especialista en dietética. El gluten se encuentra, por ejemplo, en productos comerciales como sopas, salsas, helados y perritos calientes.

Algunas personas no responden a la retirada del gluten o lo hacen muy poco. Ello puede deberse a que el diagnóstico sea incorrecto o bien a que el trastorno haya entrado en una fase sin respuesta. Si sucede lo último, los corticosteroides pueden ser útiles.

Algunas personas con esta afección que han evitado el gluten durante mucho tiempo pueden tolerar su reintroducción en la dieta. Puede ser razonable tratar de reintroducir el gluten, pero si los síntomas reaparecen, éste se debe retirar de nuevo.

### **Manifestaciones clínicas de las enfermedades hepáticas**

Las enfermedades hepáticas pueden manifestarse de formas muy diversas. Los síntomas particularmente importantes incluyen la ictericia, la colestasis, el aumento de volumen del hígado, la hipertensión portal, la ascitis, la encefalopatía hepática y la insuficiencia hepática.

#### **Ictericia**

La ictericia es una pigmentación amarillenta de la piel y de la esclerótica, producida por valores anormalmente elevados de pigmentos biliares (bilirrubina) en la sangre.

Los glóbulos rojos viejos o con alteraciones se eliminan de la circulación sanguínea, principalmente a través del bazo. Durante este proceso, la hemoglobina se transforma en bilirrubina. Ésta llega al hígado y se excreta al

intestino como un componente de la bilis. Si se obstaculiza la excreción de bilirrubina, el exceso de ésta vuelve a la sangre provocando ictericia.

Las altas concentraciones de bilirrubina en la sangre pueden aparecer cuando una inflamación u otras irregularidades de las células hepáticas impiden su excreción a la bilis.

Por otro lado, los conductos biliares que se hallan fuera del hígado pueden ser obstruidos por un cálculo biliar o por un tumor. También, aunque es menos frecuente, esta alta concentración de bilirrubina en la sangre puede ser el resultado de la destrucción de un gran número de glóbulos rojos, como a veces es el caso de los recién nacidos con ictericia.

### **Síntomas**

En la ictericia, la piel y los ojos se vuelven amarillentos. La orina suele tomar un color oscuro, ya que la bilirrubina se excreta a través de los riñones. Pueden aparecer otros síntomas, dependiendo de la causa que provoca la ictericia. Por ejemplo, la inflamación del hígado (hepatitis) puede causar falta de apetito, náuseas, vómitos y fiebre. La obstrucción del flujo de la bilis puede producir los mismos síntomas que la colestasis.

### **Diagnóstico y tratamiento**

El médico se basa en los análisis de laboratorio y en los exámenes morfológicos para determinar la causa de la ictericia. Si se trata de una enfermedad del propio hígado, una hepatitis vírica, por ejemplo, la ictericia irá desapareciendo a medida que el proceso se resuelva. Si el problema es una oclusión de un conducto biliar, se practica, tan pronto como sea posible, una intervención quirúrgica o una endoscopia a fin de permeabilizar el conducto biliar afectado.

## **Colestasis**

La colestasis es una disminución o interrupción del flujo de bilis.

El flujo de bilis puede verse obstruido en mayor o menor grado en cualquier punto entre las células hepáticas y el duodeno. Aunque la bilis ya no pueda fluir, el hígado continuará produciendo bilirrubina, por lo que ésta se desviará hacia la sangre. Por esta causa, la bilirrubina se depositará en la piel (ictericia) y también pasará a la orina.

Con respecto a su diagnóstico y tratamiento, las causas de la colestasis se pueden clasificar en dos categorías: las que se originan dentro y las que se originan fuera del hígado. Las causas internas suelen ser la hepatitis, las enfermedades hepáticas producidas por el alcohol, la cirrosis biliar primaria, los efectos de los fármacos y los cambios hormonales durante el embarazo (colestasis del embarazo). Las causas externas incluyen, entre otras, un cálculo en el conducto biliar, la disminución del diámetro interno de un conducto biliar (estenosis) o un cáncer del mismo, el cáncer pancreático y la inflamación del páncreas.

## **Síntomas**

La ictericia y la orina oscura son dolencias que se producen ante una concentración excesiva de bilirrubina en la piel y en la orina, respectivamente.

Las heces suelen estar descoloridas debido a la carencia de bilirrubina en el intestino. También pueden contener demasiada grasa (esteatorrea) debido a que la bilis no llega al intestino para ayudar a la digestión de la grasa alimentaria. Esta carencia de bilis en el intestino también implicará que el calcio y la vitamina D no se absorban de forma adecuada. Si la colestasis persiste, la insuficiencia de estos nutrientes puede producir una descalcificación ósea, lo cual provoca dolores y fracturas. Las sustancias



necesarias para la coagulación de la sangre tampoco se absorben correctamente, provocando una tendencia a sangrar fácilmente.

La retención de los productos derivados de la bilis en la circulación sanguínea puede causar prurito (con el consiguiente daño de la piel por rascado).

### **Diagnóstico**

Para determinar si se trata de una causa propia del hígado, el médico puede preguntar sobre los síntomas de la hepatitis, la ingestión excesiva de alcohol, o los fármacos administrados recientemente que puedan provocar la colestasis.

Habitualmente en las personas con colestasis, la concentración en la sangre de una enzima denominada fosfatasa alcalina es muy elevada. Un análisis de sangre en el que se mida la cantidad de bilirrubina puede ser un buen indicador de la gravedad de la colestasis, pero no de su causa. La ecografía, la tomografía computadorizada (TC) o ambas son exámenes que casi siempre se realizan si los resultados de los análisis son anormales y ayudan al médico a distinguir entre una enfermedad hepática y una oclusión de los conductos biliares. Si se considera que la causa puede estar en el propio hígado, se puede practicar una biopsia que generalmente determinará el diagnóstico. Si la causa parece originarse en una oclusión de los conductos biliares, se suele realizar un examen de endoscopia para establecer la naturaleza exacta de la oclusión.

### **Tratamiento**

Una obstrucción del flujo de bilis en el exterior del hígado suele tratarse con cirugía o mediante una endoscopia terapéutica. Una obstrucción en el interior del hígado puede tratarse de varias maneras, según sea la causa que

la provoca. Si la causa probable es un fármaco, éste debe suprimirse. Si la obstrucción se debe a una hepatitis, a medida que ésta sigue su evolución la colestasis y la ictericia, por lo general, desaparecen.

Para aliviar el prurito puede administrarse colestiramina por vía oral. Este fármaco se fija a ciertos productos biliares en el intestino, impidiendo su resorción y produciendo la consecuente irritación de la piel. A menos que el hígado esté gravemente dañado, la administración de vitamina K puede mejorar la coagulación de la sangre. Suelen administrarse también suplementos de calcio y de vitamina D si la colestasis es persistente, aunque no resultan muy eficaces para la prevención de las enfermedades de los huesos. El paciente puede necesitar un suplemento de triglicéridos en caso de que se encuentre una desmesurada excreción de grasa en las heces.

### **Hepatomegalia**

El aumento de volumen del hígado es un indicador de enfermedad hepática. Sin embargo, mucha gente que padece una enfermedad hepática tiene un hígado de tamaño normal o incluso más pequeño. Un hígado aumentado de volumen no produce síntomas, pero si el aumento de volumen es excesivo puede causar malestar abdominal o una sensación de saciedad. Si el crecimiento se produce de forma repentina, el hígado duele al tacto. Durante una exploración física, el médico suele determinar el tamaño del hígado palpándolo a través de la pared abdominal, pudiendo notar también así su textura.

Por lo general, el hígado se nota blando si ha aumentado de tamaño a causa de una hepatitis aguda, una infiltración de grasa, una congestión de sangre o una obstrucción de los conductos biliares. En cambio, se nota duro e irregular

si la causa es una cirrosis. La detección al tacto de un nódulo bien definido puede indicar un cáncer.

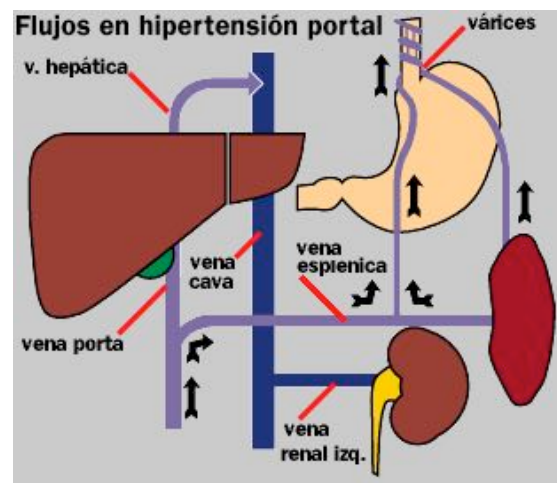
### Hipertensión portal

La hipertensión portal se define como una presión arterial anormalmente alta en la vena porta, una vena de gran calibre que lleva la sangre desde el intestino al hígado.

La vena porta recibe la sangre que viene de todo el intestino, del bazo, del páncreas y de la vesícula biliar. Después de entrar en el hígado, la sangre se reparte por pequeños canales que lo recorren. Cuando la sangre sale del hígado, desemboca en la circulación general a través de la vena hepática.

Existen dos factores que pueden aumentar la presión en los vasos sanguíneos del sistema portal: el volumen de sangre que fluye a través de éstos y el incremento de la resistencia al paso de la sangre a través del hígado. **En los países occidentales, la causa más frecuente de hipertensión portal es el incremento de la resistencia a la circulación sanguínea provocada por la cirrosis.**

La hipertensión portal conduce al desarrollo de venas (denominadas vasos colaterales) que conectan el sistema portal a la circulación general, sin pasar por el hígado. A causa de este desvío, las sustancias de la sangre que normalmente filtra el hígado se introducen directamente en la circulación sanguínea general. Los vasos colaterales se desarrollan en puntos específicos, el más importante de los



cuales es el extremo inferior del esófago. Allí los vasos se congestionan y se vuelven tortuosos, es decir, se transforman en venas varicosas (denominadas varices esofágicas). Estos vasos congestionados son frágiles y con tendencia a producir hemorragias, a veces graves. Otros vasos colaterales pueden desarrollarse alrededor del ombligo y del recto.

### **Síntomas y diagnóstico**

La hipertensión portal provoca frecuentemente un aumento de volumen del bazo (**esplenomegalia**). Una cierta cantidad de líquido puede salir del hígado y acumularse en la cavidad abdominal ocasionando así su distensión, un proceso denominado **ascitis**. Las venas varicosas situadas en el extremo inferior del esófago y en el estómago, sangran fácilmente y a veces de forma masiva. Las venas varicosas del recto también pueden sangrar, aunque este caso es menos frecuente.

La ecografía y las radiografías proporcionan información considerable acerca de la hipertensión portal. La ecografía puede emplearse para examinar la circulación sanguínea en los vasos del sistema porta y para detectar la presencia de líquido en el abdomen. La tomografía computadorizada (TC) también puede utilizarse para examinar la dilatación de las venas. La presión del sistema porta puede medirse directamente insertando una aguja en el hígado o en el bazo a través de la pared abdominal.

### **Tratamiento**

Para minimizar el riesgo de hemorragia de las varices esofágicas, el médico puede intentar reducir la presión en la vena porta. Una forma de hacerlo es administrando propranolol, un fármaco utilizado para el tratamiento de la hipertensión.

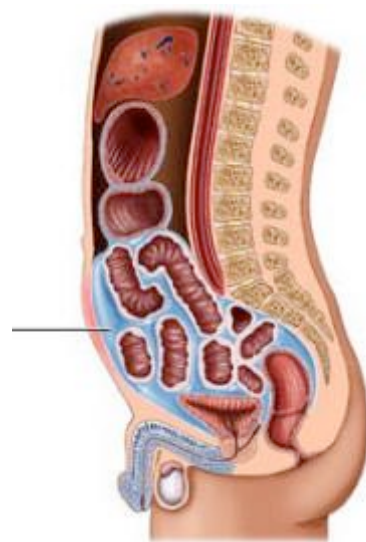
La hemorragia por rotura de las varices esofágicas se considera una urgencia médica. Para contraer las venas sangrantes se pueden administrar algunos fármacos por vía intravenosa, tales como la vasopresina o el octreótido, y hacer transfusiones de sangre para contrarrestar su pérdida. Habitualmente se realiza una endoscopia para confirmar que la hemorragia es provocada por las varices. Las venas pueden bloquearse entonces con vendas elásticas o con inyecciones de sustancias químicas administradas a través del mismo endoscopio. Si la hemorragia continúa, se puede hacer pasar por la nariz un catéter con un globo en la punta y deslizarlo por el esófago. Al inflar el globo, se comprimen las venas varicosas y por lo general, la hemorragia se interrumpe.

Si ésta continúa o se repite, se puede proceder a una intervención derivativa (bypass) para conectar el sistema venoso de la vena porta con el sistema venoso general (sistémico).

### **Ascitis**

La ascitis es la acumulación de líquido en la cavidad abdominal.

Tiende a aparecer más en afecciones de larga duración (crónicas) que en los procesos de corta duración (agudos). Se presenta muy frecuentemente en los casos de cirrosis, especialmente en los causados por el alcoholismo. La ascitis también puede presentarse en enfermedades no relacionadas con el hígado tales como el cáncer, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal y la tuberculosis.



## **Síntomas y diagnóstico**

En la exploración física cuando el médico aplica golpes ligeros (percute) en el abdomen, se produce un sonido sordo. En los casos de mucha acumulación de líquido, el abdomen está tenso y el ombligo se aplana o incluso puede sobresalir.

Si la causa de la ascitis no está clara, se puede hacer una ecografía. Como alternativa, se puede extraer una pequeña muestra de líquido introduciendo una aguja a través de la pared abdominal, un procedimiento denominado paracentesis diagnóstica. El análisis de laboratorio del líquido contribuye a determinar la causa de su acumulación.

## **Tratamiento**

La terapia básica para el tratamiento de la ascitis es el reposo total y una dieta con poca sal, generalmente combinada con fármacos denominados diuréticos, que ayudan a los riñones a excretar más líquido por la orina. Si la ascitis dificulta la respiración o la alimentación, el líquido puede extraerse con una aguja, un procedimiento llamado paracentesis terapéutica. A menudo, grandes cantidades de albúmina (la principal proteína del plasma) se pierden en el líquido abdominal, por lo que esta proteína debe administrarse por vía intravenosa.

En raras ocasiones se desarrolla una infección en el líquido ascítico sin razón aparente, especialmente en pacientes con cirrosis alcohólica. Esta infección se denomina peritonitis bacteriana espontánea y se trata con antibióticos.

## **Encefalopatía hepática**

La encefalopatía hepática (también denominada encefalopatía del sistema porta, o coma hepático) es un trastorno por el cual la función cerebral se deteriora debido al aumento en la sangre de sustancias tóxicas que el hígado hubiera eliminado en situación normal.

Las sustancias que se absorben en el intestino pasan a la sangre a través del hígado, donde se eliminan las que son tóxicas. En la encefalopatía hepática, esto no sucede debido a una reducción de la función hepática. Se desconoce exactamente qué sustancias pueden resultar tóxicas para el cerebro, pero parece tener algún papel la elevada concentración en la sangre de los productos procedentes del metabolismo proteico, como por ejemplo el amoníaco.

La hemorragia en el tubo digestivo, como la debida a rotura de varices esofágicas, también puede contribuir a la formación de estos productos y afectar directamente al cerebro.

## **Síntomas y diagnóstico**

Los síntomas de la encefalopatía hepática son el resultado de una función cerebral alterada, especialmente una incapacidad de permanecer consciente. En las primeras etapas, aparecen pequeños cambios en el pensamiento lógico, en la personalidad y en el comportamiento. El humor puede cambiar, y el juicio puede alterarse. A medida que avanza la enfermedad, aparece somnolencia y confusión y los movimientos y la palabra se hacen lentos. La desorientación es frecuente. Una persona con encefalopatía puede agitarse y excitarse, pero no es lo usual. Tampoco son frecuentes las convulsiones. Finalmente, la persona puede perder el conocimiento y entrar en coma.

El aliento puede tener un olor dulzón; además, al extender los brazos no consigue mantener las manos inmóviles, presentando un temblor notorio (flapping).

### **Tratamiento**

Consiste en eliminar las sustancias tóxicas presentes en los intestinos, suprimir las proteínas de la dieta y administrar hidratos de carbono por vía oral o intravenosa para que sirvan como fuente principal de energía. Un azúcar sintético (lactulosa) administrado por vía oral proporciona tres ventajas: modifica la acidez en el interior del intestino, cambiando así el tipo de flora bacteriana presente, disminuye la absorción de amoníaco y actúa como laxante (también pueden administrarse enemas evacuadoras). Ocasionalmente, el paciente puede tomar neomicina (un antibiótico) en vez de lactulosa; este antibiótico reduce la cantidad de bacterias intestinales que normalmente participan en la digestión de las proteínas.

### **Pancreatitis aguda**

La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas de aparición súbita que puede ser leve o mortal.

Normalmente, el páncreas secreta jugo pancreático al duodeno a través del conducto pancreático. Este jugo contiene enzimas digestivas en forma inactiva, además de un inhibidor que impide que cualquier enzima pueda resultar activada en su camino hacia el duodeno. La obstrucción del conducto pancreático (por ejemplo, por un cálculo biliar atascado en el esfínter de Oddi) interrumpe el flujo del jugo pancreático.



Generalmente, la obstrucción es temporal y causa un daño limitado, que se repara rápidamente. Pero si ésta persiste, las enzimas activadas se acumulan en el páncreas, desbordan la capacidad del inhibidor y comienzan a digerir las propias células pancreáticas, provocando una grave inflamación.

El daño pancreático puede permitir a las enzimas salir al exterior y penetrar en el flujo sanguíneo o en la cavidad abdominal, donde causan irritación e inflamación del revestimiento de la cavidad (peritonitis) o de otros órganos. La porción del páncreas que produce hormonas, especialmente la insulina, no suele afectarse ni lesionarse.

Los cálculos biliares y el alcoholismo son responsables de casi el 80 % de los ingresos hospitalarios por pancreatitis aguda. Las mujeres sufren pancreatitis de causa obstructiva casi dos veces más que los hombres, mientras que en éstos la pancreatitis de origen alcohólico es seis veces más frecuente. Los cálculos biliares que producen pancreatitis aguda pueden quedar atrapados en el esfínter de Oddi durante un tiempo, bloqueando de esa manera la salida del conducto pancreático; sin embargo, la mayoría de los cálculos biliares pasa al tracto intestinal. La ingesta de más de 100 g de alcohol al día durante varios años puede provocar la obstrucción de los pequeños conductos pancreáticos que drenan al conducto principal, precipitando finalmente el desarrollo de una pancreatitis aguda. Un ataque de pancreatitis puede originarse tras una ingestión excesiva de alcohol o después de una comida abundante. Hay muchos otros trastornos que pueden causar una pancreatitis aguda.

### **Síntomas**

Casi todas las personas con pancreatitis aguda sufren un intenso dolor abdominal en la zona superior del abdomen medio, debajo del esternón. A

menudo el dolor se irradia a la espalda. Generalmente el dolor comienza de forma súbita y alcanza su máxima intensidad en unos minutos, se mantiene constante e intenso, es de carácter penetrante y dura varios días. A menudo, no se alivia completamente ni con la inyección de dosis importantes de analgésicos. Puede empeorar con la tos, los movimientos bruscos y la respiración profunda; en parte se puede aliviar sentándose e inclinándose hacia delante. Por lo general, los afectados sienten náuseas y tienen que vomitar, a veces hasta el punto de presentar arcadas secas (náuseas sin vómito).

Algunas personas, especialmente las que desarrollan pancreatitis debida al alcoholismo, pueden no tener ningún síntoma excepto un dolor moderado. Otras se sienten muy mal, presentan aspecto enfermizo y sudoroso, y tienen el pulso acelerado (100 a 140 latidos por minuto), así como una respiración rápida y profunda. La respiración rápida puede deberse en parte a una inflamación de los pulmones.

Al principio la temperatura del cuerpo puede ser normal, pero en pocas horas puede alcanzar entre 37,5 y 38,5 °C. La presión arterial puede ser alta o baja, pero tiende a disminuir cuando la persona se pone de pie, provocando desvanecimientos.

En la pancreatitis aguda grave (pancreatitis necrosante), puede descender la presión arterial y desarrollarse un estado de shock. La pancreatitis aguda grave puede ser mortal.

### **Diagnóstico**

El dolor abdominal característico hace sospechar al médico una pancreatitis aguda, especialmente en las personas que presentan cálculos biliares o que toman mucho alcohol. En la exploración física, a menudo se percibe que los músculos de la pared abdominal están rígidos. Cuando se examina el

## PATOLOGÍA DIGESTIVA

---

abdomen con un fonendoscopio, el médico puede percibir una disminución de los ruidos intestinales.

No existe un único análisis de sangre que diagnostique una pancreatitis aguda, pero ciertas pruebas confirman el diagnóstico. En el primer día de la enfermedad se incrementan los valores sanguíneos de dos enzimas producidas por el páncreas, la amilasa y la lipasa, pero éstas vuelven a la normalidad en un plazo de 3 a 7 días. Algunas veces, sin embargo, estos valores no se incrementan debido a que gran parte del páncreas ha sido destruido durante episodios previos de pancreatitis y quedan pocas células para liberar enzimas. Las personas con pancreatitis aguda grave tienen a menudo menos glóbulos rojos de lo normal, debido a hemorragias en el páncreas y en el abdomen.

Las radiografías simples del abdomen pueden mostrar asas intestinales dilatadas o, en casos aislados, uno o más cálculos biliares.

La ecografía puede revelar la presencia de cálculos en la vesícula biliar y, a veces, en el conducto biliar común y también puede detectar un páncreas inflamado.

La tomografía axial computadorizada (TC) es particularmente útil para detectar cambios en el tamaño del páncreas y se usa en casos graves y complicados, como una presión arterial muy baja. Las imágenes de la TC son tan claras que ayudan al médico a establecer un diagnóstico preciso.

En la pancreatitis aguda grave, la TC ayuda a determinar el pronóstico. Si las imágenes indican una inflamación moderada del páncreas, el pronóstico es excelente, pero si se observan grandes áreas de tejido pancreático destruido, el pronóstico no es tan bueno.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (técnica radiológica que muestra la estructura del conducto biliar común y del conducto pancreático), generalmente se realiza sólo si se sospecha que la causa de la pancreatitis es un cálculo enclavado en el conducto biliar común. El médico hace pasar un

endoscopio por la boca del paciente hasta el intestino delgado, donde se encuentra el esfínter de Oddi. A continuación inyecta un contraste radiopaco en los conductos, el cual es visible a los rayos X. Si las radiografías evidencian un cálculo, se puede utilizar el mismo endoscopio para retirarlo.

### **Tratamiento**

En general, se hospitaliza a las personas con pancreatitis. Una persona con una pancreatitis aguda moderada debe evitar el consumo de alimentos y agua porque esto estimula al páncreas a producir más enzimas. Los líquidos y nutrientes se administran por vía intravenosa. Se introduce una sonda nasogástrica para aspirar el líquido y el aire, particularmente si persisten las náuseas y los vómitos.

La persona con una pancreatitis aguda grave generalmente se ingresa en una unidad de cuidados intensivos para controlar de cerca los signos vitales (pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria). Cada hora se mide el volumen de orina. También se recogen muestras de sangre para analizar varios componentes de la misma, como los hematocritos, los valores de glucosa y de electrolitos, el recuento de glóbulos blancos y las concentraciones en sangre de diversas enzimas.

La persona es alimentada por vía intravenosa y no recibe nada por vía oral durante por lo menos 2 semanas e incluso hasta 6. Se mantiene vacío el estómago por medio de una sonda nasogástrica y se administran antiácidos con frecuencia para ayudar a prevenir el desarrollo de úlceras.

El volumen de sangre se controla cuidadosamente mediante la administración de líquidos por vía intravenosa y también se controla la función cardíaca. Se administra oxígeno con una mascarilla facial para aumentar su concentración en sangre; si este tratamiento es inadecuado, el paciente puede ser sometido a un respirador artificial que le ayude a respirar. El dolor intenso se trata generalmente con el fármaco meperidina.

En ocasiones, durante los primeros días de una pancreatitis aguda grave puede ser necesario intervenir quirúrgicamente.

Cuando la pancreatitis aguda es secundaria a cálculos biliares, el tratamiento depende de su gravedad. Si la pancreatitis es moderada, la extirpación de los cálculos generalmente puede retrasarse hasta que remitan los síntomas. La pancreatitis grave causada por cálculos biliares puede ser tratada con endoscopia o cirugía. El procedimiento quirúrgico consiste en la eliminación de la vesícula biliar y la limpieza de los conductos. En personas de edad avanzada con otros procesos, como una enfermedad cardíaca, a menudo se realiza primero la endoscopia, pero si falla este tratamiento se debe llevar a cabo una intervención quirúrgica.