

Esclerosis sistémica y tracto gastrointestinal. Abordaje diagnóstico y terapéutico

Olga Lidia Vera-Lastra

Departamento de Medicina Interna. Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS. México DF. México.

Resumen

En la esclerosis sistémica, el esófago se afecta en un 90%, seguido de los tramos anorrectal (50-70%), gástrico (40-70%), colon (10-50%) e intestino delgado (40%). Las manifestaciones esofágicas son la disfagia, el reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. Las alteraciones gástricas son consecuencia de la gastroparesia (náuseas, plenitud posprandial, entre otras). La afección intestinal produce hipomotilidad (distensión abdominal, absorción intestinal deficiente, sobrecrecimiento bacteriano, pseudoobstrucción intestinal). A nivel de colon hay divertículos, constipación intestinal e incontinencia fecal. Para el diagnóstico son útiles los estudios con medio de contraste, la endoscopia del tubo digestivo superior, vaciamiento gástrico, pH-metría, manometría esofágica y rectal, así como estudios para investigar el síndrome de absorción intestinal deficiente. Los procinéticos son fundamentales en el tratamiento de las manifestaciones de hipomotilidad del tubo digestivo, aunados con los inhibidores de la bomba de protones en casos de trastornos esofágicos y los antibióticos si hay sobrecrecimiento bacteriano.

Palabras clave: Esclerosis sistémica. Tracto gastrointestinal. Manifestaciones clínicas. Diagnóstico. Tratamiento.

Systemic sclerosis and the gastrointestinal tract. Diagnostic and therapeutic approach

In systemic sclerosis esophagus is affected in 90% followed by anal and rectal involvement (50-70%), stomach (40-70%), colon (10-50%) and small bowel (40%). The main clinical findings are esophagic: dysphagia and sign of gastroesophageal reflux and its complications. Gastric symptomatology is a consequence of gastroparesis (postprandial fullness, nausea). Intestinal

affection produces hypomotility (abdominal distention, deficient intestinal absorption, bacterial overgrowth). In colon there are diverticula, intestinal constipation, and fecal incontinence. For the diagnosis of GIT involvement the following are useful: studies of digestive tract with contrast media, endoscopy of upper GIT; gastric emptying; pH metry; esophageal and rectal manometry, as well as test to investigate deficient intestinal absorption syndrome. The prokinetic are a cornerstone for the treatment of hypomotility of GIT, along with pump proton inhibitors for the esophageal alteration and antibiotics for bacterial overgrowth.

Key words: Systemic sclerosis. Gastrointestinal tract. Clinical manifestation. Diagnosis. Treatment.

Introducción

La esclerosis sistémica (ES) afecta fundamentalmente a la piel, el tracto gastrointestinal (TGI), los pulmones, los riñones y el corazón¹. Después de la piel, el TGI es el órgano más afectado, con una frecuencia del 75 al 90%². Las manifestaciones del TGI son una causa importante de morbilidad y, en algunos casos, de mortalidad³. En la ES cualquier parte del TGI puede estar afectada, el esófago es el principal órgano diana, en más del 90%³⁻⁶, seguido de la afección anorrectal (50-70%)^{3,7}, la gástrica (40-70%)^{3,8}, el colon (10-50%)^{3,6} y el intestino delgado (40%)^{3,6}. En esta revisión se analiza las manifestaciones clínicas y el abordaje diagnóstico y terapéutico de la ES.

Manifestaciones esofágicas en la esclerosis sistémica

Enfermedad por reflujo gastroesofágico en la esclerosis sistémica

En la ES hay hipomotilidad esofágica en más del 90% de los casos, afecta a los tercios distales del esófago². Una de las complicaciones más frecuentes es la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)⁹⁻¹⁰ (tabla 1).

Correspondencia: Dra. O.L. Vera-Lastra.
Seris y Zaachila, s/n. Colonia La Raza. CP 02990 México DF. México.
Correo electrónico: olgavera62@yahoo.com.mx

TABLA 1. Frecuencia y manifestaciones esofagogastrointestinales de la esclerosis sistémica

| |
|---|
| Esófago (más del 90%) |
| Hipomotilidad esofágica |
| Reflujo gastroesofágico |
| Esófago de Barrett |
| Esofagitis |
| Hernia hiatal |
| Estenosis |
| Colon (10-50%) |
| Constipación intestinal |
| Disminución de la motilidad |
| Telangiectasias |
| Divertículos (boca ancha) |
| Estómago (40-70%) |
| Gastroparesia |
| Telangiectasias |
| Estómago en sandía |
| Sangrado del tubo digestivo |
| Gastritis aguda, crónica |
| Anorrectal (50-70%) |
| Insuficiencia del esfínter anal interno |
| Prolapso rectal |
| Intestino delgado (40%) |
| Seudoobstrucción intestinal |
| Sobrecrecimiento bacteriano (diarrea) |
| Telangiectasias |
| Neumatosis intestinal |
| Absorción intestinal deficiente (diarrea) |
| Hígado (5-10%) |
| Cirrosis biliar primaria |
| Hepatitis autoinmunitaria |
| Hepatitis por medicamentos |

Patogenia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

En la patogenia de la ERGE participan la disminución de la presión del esfínter esofágico inferior (EEI), la motilidad esofágica y la gastroparesia (GP). El EEI actúa como barrera entre el contenido gástrico y el esófago; la presión del EEI está disminuida, con cierre incompleto del esfínter en la ES¹⁰⁻¹². La eliminación insuficiente del contenido del reflujo gástrico por hipomotilidad esofágica contribuye a la ERGE y sus complicaciones en la ES. El vaciamiento gástrico retardado (VGR) también influye en la gravedad del reflujo gastroesofágico por aumento del contenido gástrico^{13,14}.

Características clínicas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

Las manifestaciones gastroesofágicas son el reflujo con acidez (77%), regurgitación, odinofagia, disfagia (66%) y otras; aunque pueden presentarse manifestaciones atípicas

como dolor precordial no isquémico, hipo y sensación de globo esofágico. La disfagia no siempre está asociada a estenosis y cuando es intermitente indica ERGE, como manifestación de hipomotilidad¹³. Las complicaciones de la ERGE son el sangrado de las úlceras esofágicas con anemia crónica, disfagia secundaria a estenosis (29%) o el esófago de Barrett (12-16%). Los pacientes con ES y esófago de Barrett tienen un riesgo aumentado de adenocarcinoma de esófago¹⁵⁻¹⁷. Las infecciones por *Candida*, herpes simple y citomegalovirus pueden complicar los síntomas de la ERGE y causar disfagia¹⁸. Las complicaciones extraesofágicas son asma, neumonía por aspiración, tos crónica, etc. En la ES hay relación entre la hipomotilidad esofágica y la disminución de los volúmenes pulmonares. De hecho, se ha observado daño pulmonar debido a un incremento del reflujo gastroesofágico¹⁹⁻²¹.

Diagnóstico de las manifestaciones esofágicas en la esclerosis sistémica

En ES, para el diagnóstico de las manifestaciones esofágicas, hay que considerar la ERGE, y se debe realizar radiografías (Rx) con bario, manometría esofágica, endoscopia y pH-metría (tabla 2). Las Rx con medios de contraste sirven para investigar los trastornos de la motilidad esofágica y generalmente es el estudio previo a la endoscopia. La manometría esofágica (fig. 1) es el estándar para evidenciar la hipomotilidad esofágica, con disminución del EEI (hipotenso) y la amplitud de las contracciones^{13,21}. La endoscopia es el mejor estudio para valorar las consecuencias de la ERGE (esofagitis erosiva y estenosis). La toma de biopsia se debe realizar cuando se sospecha infecciones por *Candida*, virus del herpes y esófago de Barrett, entre otras. Otros estudios son la pH-metría de 24 h y el vaciamiento esofágico con gammagrafía^{13,22}.

Tratamiento de las alteraciones esofágicas en la esclerosis sistémica

El tratamiento de las alteraciones gastroesofágicas son cambios en el estilo de vida y el tratamiento con los inhibidores de la bomba de protones (IBP); los antagonistas de los receptores H₂ de histamina son de utilidad si se tiene datos de reflujo nocturno y se recomienda administrarlos por las noches asociado a IBP. En la ERGE el tratamiento con los IBP es por tiempo prolongado y su suspensión puede producir hipersecreción y empeoramiento de los síntomas, con esofagitis erosiva^{10,23,24}. La administración de procinéticos está indicada en caso de GP. Recientemente se informó que la metoclopramida mejora las manifestaciones esofágicas en la ES²⁵. En la estenosis están indicadas las dilatacio-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3383789>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3383789>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)