



REPORTAJE/ESPECIAL PATOLOGÍAS DIGESTIVAS

Avances en las patologías digestivas más comunes

Las patologías digestivas tienen una importante incidencia en la población y un coste económico social elevado. Es por ello que en los últimos 20 años se han producido avances en la búsqueda de un diagnóstico menos invasivo y también de tratamientos que puedan ser eficaces en un mayor número de pacientes, pese a lo cual siguen quedando retos pendientes.

Los especialistas llevan años advirtiendo de que casi la mitad de la población española padece o ha padecido alguna patología digestiva, según datos de la Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD). Por citar algunos ejemplos, se calcula que en España hay unos 100.000 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y en la actualidad se diagnostican tres veces más casos de estas afecciones en comparación con hace 20 años. Asimismo, más del 3 por ciento de la población española está infectada crónicamente por el virus de la hepatitis C y B. Así, en su conjunto, las enfermedades hepáticas y digestivas, incluyendo la patología tumoral de estos órganos, constituyen la segunda causa de hospitalización (representa el 20 por ciento de ingresos hospitalarios en centros de alto nivel), y muerte en la población adulta en edad productiva, por lo que su repercusión social es enorme.

Pese a todo ello, a la población le sigue faltando una mayor concienciación en cuanto a la importancia de la prevención de estas patologías, y es que se calcula que gran parte de los problemas digestivos tienen una relación directa con el aumento del estrés y los malos hábitos de alimentación. En este sentido, se ha demostrado que ciertos alimentos pueden favorecer la aparición de pancreatitis aguda o litiasis biliar, así como in-

ducir estreñimiento y, con ello, fisuras anales, hemorroides o diarrea. Incluso algunos productos se han relacionado con el desarrollo de cáncer de colon. Igualmente, está demostrado que las técnicas de relajación ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades intestinales inflamatorias

Casi la mitad de la población padece o ha padecido alguna patología digestiva, según la Fundación Española del Aparato Digestivo

de estas enfermedades, gracias a técnicas de imagen como la endoscopia. De esta forma, la misma juventud de la especialidad ha impulsado que en España se haya dado especial relevancia a la investigación en esta área, convirtiendo a la Hepatología y Gastroenterología españolas en referencias a nivel europeo.

Se ha dado especial relevancia a la investigación, convirtiendo a la Hepatología y Gastroenterología en referencias en Europa

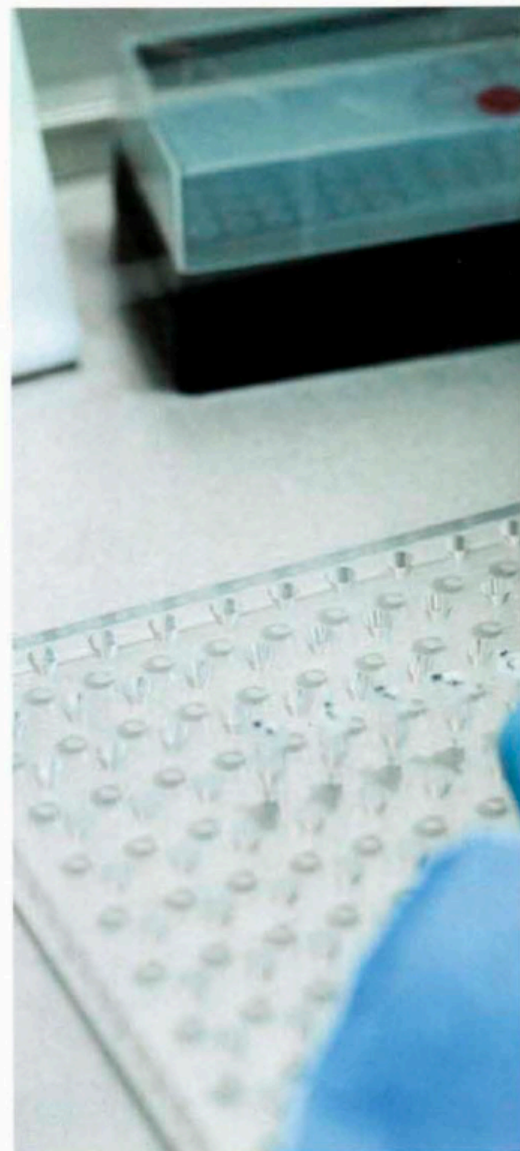
Gastroenterología (WGO), y que este 2019 se centrará en el 'Diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer gastrointestinal'.

Las patologías más comunes

Cabe recordar que cuando se habla de enfermedades del aparato digestivo se entienden todas aquellas patologías que

La buena noticia es que en estos últimos 20 años también se ha avanzado en el diagnóstico

Muestra de ello es su participación activa, cada 29 de mayo, en la celebración del Día de la Salud Digestiva Mundial, organizado por la Organización Mundial de



afectan al total del sistema digestivo, empezando por la boca, todo el tubo digestivo, hasta el ano; teniendo en cuenta que el hígado, la vesícula y el páncreas también son órganos a tener en cuenta, ya que producen jugos que ayudan al proceso de la digestión. Es por ello, que al haber tantos órganos implicados, existen múltiples trastornos digestivos, aunque muchos de ellos se asocian a la misma sintomatología. A saber: acidez que no mejora, pérdida de peso no intencionada, dolor abdominal severo o incluso sangre en las deposiciones.

Así, si bien el espectro de las enfermedades digestivas y hepáticas es especial-



mente amplío, hay algunas patologías que por la gran incidencia que presentan en la población precisan de un mayor conocimiento y actualización.

En este sentido destacan:

Crohn y colitis ulcerosa

Según la Confederación ACCU de Crohn y colitis ulcerosa, cabe definir la enfermedad de Crohn como aquella patología inflamatoria crónica de origen autoinmune que puede afectar a cualquier parte del aparato digestivo, aunque lo más habitual es que se presente en la

parte final del intestino delgado, en el comienzo del colon o en todo el espesor de la pared intestinal. De esta forma, su afectación es muy variable de un paciente a otro.

En cambio, en la colitis ulcerosa, pese a ser también una patología inflamatoria crónica de origen autoinmune, tiene su actividad más localizada, afectando principalmente al colon, incluyendo la zona del recto y del ano y suponiendo un daño en el revestimiento interno del tejido intestinal. Suele presentarse de forma continua, siempre en el ano y extendiéndose más o menos hacia el resto del colon según cada paciente.

Lo que ambas comparten es que cursan a través de diferentes etapas de brotes y de remisión, en las que no hay actividad inflamatoria. Si bien la mayoría de los pacientes están bien controlados y llevan una vida absolutamente normal, hay un porcentaje de pacientes que no alcanza la remisión clínica y necesitan cirugías, como resección del colon, o tratamientos muy agresivos.

A este respecto, Federico Argüelles, presidente de la Fundación Española de Aparato Digestivo (FEAD), expone que “el reto más importante sigue siendo poder desarrollar fármacos lo suficientemente potentes para mantener una adecuada calidad de vida de todos nuestros pacientes”, también los que hasta ahora no alcanzan remisión. “El avance más importante se está produciendo en el terreno de los denominados biológicos, fármacos muy potentes, desarrollados a partir de materiales de partida de origen biológico, células, tejidos, etc., que constituyen hoy en día el tratamiento principal de muchos de los pacientes”, añade el experto.

En cuanto al diagnóstico, Federico Argüelles insiste en que “el mejor conocimiento de los distintos métodos de diagnóstico, como la colonoscopia, la entero resonancia o la cápsula endoscópica, son otros avances importantes”. Gracias a los mismos es posible diagnosticar casi al cien por cien de los pacientes con sospecha de enfermedad. Pese a ello, sigue existiendo margen de mejora como es “que se hagan diagnósticos más tempranos”, ya que aún existen retrasos importantes en algunos grupos de pacientes.

Estreñimiento

Diferentes estudios apuntan a que entre el 12 y el 20 por ciento de la población española padece de estreñimiento, aunque hay que recordar que no se trata realmente de una enfermedad, sino de un síntoma. De hecho, puede ser el primer síntoma de otra patología metabólica (diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipercalcemia), neurológica, intestinal obstructiva;



Avances en las patologías digestivas más comunes

además de ser un efecto secundario frecuente a medicamentos. El estreñimiento puede aparecer a causa de malos hábitos de vida, como una dieta rica en productos procesados y baja en productos frescos y fibra, así como por un ritmo de vida sedentario. Para poder definirse como tal, se han de cumplir diferentes parámetros, como que la persona tenga menos de tres deposiciones a la semana, y que estas además sean escasas, secas y duras.

Tal y como afirma Susana Jiménez, especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo (FEAD), “el estreñimiento es el problema digestivo más frecuente en la población general. Representa el 2,5 por ciento de las consultas de Atención Primaria y el 21 por ciento de las consultas especializadas de Aparato Digestivo”, por lo que se le debe prestar especial atención, ya que “el 69 por ciento de los pacientes con estreñimiento funcional consideran que este afecta a su rendimiento laboral o escolar”.

Pese a la alta relación con las consultas, la experta aclara que en muchas ocasiones los pacientes acuden porque se han auto-diagnosticado de estreñimiento pese a tener deposiciones diarias, lo que es una muestra de la poca información que hay respecto a un problema digestivo tan extendido. Para realizar un diagnóstico más exhaustivo, no solo del síntoma, sino de la causa que esconde, se precisa de un estudio previo basado en una historia clínica y exploración física que incluya un tacto rectal, analítica con hemograma, glucosa, creatinina, calcio y hormona estimulante de tiroides. Sin embargo, casos concretos e individuales de pacientes precisaran de pruebas complementarias como radiografías con contraste de bario, estudio con marcadores radiopacos o cápsula de motilidad inalámbrica, defecografía o estudios de motilidad,

como la manometría anorrectal, manometría colónica o el test de expulsión de balón, según la experta. Todo depende de cada caso concreto, puesto que, como aclara la Dra. Jiménez, “el estreñimiento no siempre es grave, ni requiere siempre de valoración por un especialista, siendo suficiente una mejora de la dieta y un aumento de la actividad física semanal”.

En los casos más complejos puede que sí sean necesarios otro tipo de tratamientos. A este respecto se reseña la aparición de la linaclotida. “Se trata de un agonista de la guanilato ciclasa C, cuyo estímulo aumenta el guanosín monofosfato cíclico intracelular del enterocito. Actúa a nivel del epitelio localmente, sin absorción a la circulación sistémica”. Este fármaco está indicado en estreñimiento, cuando la fibra o los laxantes no han sido efectivos y puede utilizarse solo o asociado a laxantes. “En España está comercializado para el síndrome de intestino irritable asociado a estreñimiento aunque en otros países europeos y Estados Unidos se utiliza para el estreñimiento funcional aunque a mitad de dosis”, indica Susana Jiménez.

Hepatitis C

Desde que en 2015 se pusiera en marcha en España el Plan Estratégico para el Tratamiento de la Hepatitis C, se han tratado más de 117.000 pacientes, alcanzándose además tasas de curación de más del 98 por ciento, y convirtiendo a España en el líder europeo en este aspecto. Pese a ello, se calcula que aun

existen unos 150.000 pacientes por diagnosticar y tratar en nuestro país, muchos de ellos pertenecientes a grupos de población en los que se podrían realizar cribados, como los pacientes con prácticas de riesgo. Y es que el objetivo es poder acabar con el virus C de esta enfermedad en el año 2021.

En palabras de José Miguel Rosales Zabal, especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo (FEAD), “este reto necesita de la actuación coordinada y multidisciplinar a todos los niveles del sistema sanitario, puesto que aún quedan muchos pacientes por diagnosticar, estimándose en un 35 por ciento la población infectada por el virus que no sabe que lo está. Además hasta un 50 por ciento de los diagnosticados no llegan a las consultas especializadas para recibir el tratamiento”.

Es por ello que para mejorar las cifras de diagnóstico, y llegar realmente al objetivo planteado para 2021, se deben tomar medidas como “mejorar el diagnóstico mediante la búsqueda activa desde Atención Primaria de sujetos que estén en situación de riesgo de infección -apunta Rosales Zabal-, además de conseguir la derivación de todos ellos para su evaluación y tratamiento en las consultas especializadas”.

Cabe recordar que el diagnóstico de la enfermedad resulta sencillo y no muy costoso para el sistema, ya que el primer cribado es un análisis de sangre que determina la presencia de anticuerpos frente al virus, es decir, una serología de hepatitis C, o serología anti-VHC, que indica que se ha tenido contacto con el mismo. De ser positivo, se realiza un segundo análisis de sangre para identificar la presencia de virus (carga viral), lo que indicaría infección activa. Sin embargo, aunque tradicionalmente se ha venido usando esta analítica en dos pasos, según Rosales Zabal, en los últimos meses, la necesidad de diagnosticar y tratar a los pacientes con infección activa por el virus de la hepatitis C, ha hecho que en un gran número de laboratorios se opte por el llamado diagnóstico en un solo paso. Básicamente, el mismo consiste en “que cuando se solicita una serología de virus C y es positiva, automáticamente se determina la carga viral para saber si hay o no infección activa”. Como explica el experto, “esto permite hacer diagnósticos más rápidos, evita inconvenientes al pa-

El estreñimiento representa el 2,5 por ciento de las consultas de AP y el 21 de las consultas especializadas de Aparato Digestivo



Avances en las patologías digestivas más comunes

ciente que no tiene que hacer una segunda analítica y agiliza el proceso diagnóstico para poder optar a un tratamiento”.

Enfermedad Diverticular

La Sociedad Americana de Cirugía de Colon y Recto diferencia entre los casos de diverticulosis, es decir, cuando se observa la presencia de bolsas que se forman en las paredes del colon y la propia diverticulitis, que es cuando estas bolsas provocan inflamación u otras complicaciones. Es por ello que solo un pequeño porcentaje de las personas con enfermedad diverticular tiene síntomas, y un número aún menor necesita cirugía.

En la mayoría de los casos, consumir más fibra y, a veces, limitar el consumo de ciertos alimentos, reduce la presión en el colon y puede disminuir el riesgo de complicaciones debidas a la enfermedad diverticular. Sin embargo, los casos leves de diverticulitis pueden precisar de anti-inflamatorios orales, restricciones alimenticias y, posiblemente, ablandadores fecales. Dando un paso más allá, los casos más graves necesitan hospitalización con antibióticos por vía intravenosa y restricciones de alimentación, incluso cirugía en casos de diverticulitis recurrente o complicaciones graves.

En los últimos años no se han producido grandes avances al respecto de esta patología, aunque se ha ido mejorando la precisión del diagnóstico. Como expone Cristina Carretero, especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo (FEAD), “el diagnóstico se suele realizar a través de una prueba de imagen (generalmente un TC) o al visualizarlos directamente en una colonoscopia. En el caso de que los divertículos se inflamen (diverticulitis), el paciente notará dolor y fiebre, por lo que se suele diagnosticar en los servicios de urgencias. Otra posible complicación es que los divertículos sangren, en cuyo caso el paciente detectará un sangrado rectal”, que será más evidente a la hora de realizar un diagnóstico.

Helicobacter Pylori

El *Helicobacter pylori* es una bacteria que infecta la mucosa gástrica de forma crónica. Es la infección más prevalente del planeta, afectando a más de la mitad de la población mundial. En España, se estima que aproximadamente el 50 por ciento de la población está infectada, pero solo una pequeña proporción de individuos infectados tendrán síntomas digestivos. El impacto del descubrimiento de esta bacteria fue tal, que el Nobel de Medicina y Fisiología de 2005 fue otorgado a los australianos Barry J. Marshall y J. Robin Warren por sus trabajos sobre la misma y su papel en el desarrollo de la gastritis y la úlcera péptica.

En concreto, antes de este hito, la úlcera péptica era una enfermedad crónica, ya que aunque dichas úlceras podían curarse inhibiendo la producción de ácido gástrico en el estómago, habitualmente la dolencia resurgía, puesto que la bacteria y la inflamación crónica del estómago permanecían. Conseguir identificar y eliminar la bacteria del estómago supuso la curación de estos pacientes.

Respecto a por qué es tan común, Mileidis San Juan, responsable del Comité de Actividades Fundacionales de la Fundación Española de Aparato Digestivo (FEAD), explica que “la vía de transmisión en nuestro medio no está claramente establecida, ocurre fundamentalmente durante la infancia y probablemente se debe, en su mayoría, a una transmisión entre los propios niños”.

En lo que sí se ha avanzado es en los métodos diagnósticos. La experta distingue entre métodos invasivos, que precisan de biopsias y, por tanto, endoscopia, y no invasivos, que se basan en la detección de

ciertas características de la bacteria (por ejemplo, la capacidad de hidrolizar la urea, propiedad en la que se basa la prueba del aliento con urea marcada con C13) o la detección de los antígenos de la bacteria en heces. Asimismo, aclara que no se recomienda el uso rutinario de la

serología para el diagnóstico de la infección por *H. pylori*, ni para comprobar la erradicación tras el tratamiento.

Otra cuestión a tener en cuenta antes del diagnóstico es que

se recomienda suspender los inhibidores de la bomba de protones (IBP), al menos, 2 semanas antes de la evaluación de la infección. “En caso necesario, durante ese periodo se podrán administrar antiácidos o ranitidina, y además se debe evitar cualquier tratamiento antibiótico y/o sales de bismuto durante, al menos, 4 semanas antes de la evaluación de la infección por *H. pylori*”, añade la Mileidis San Juan.

Por otra parte, en lo relativo a los tratamientos no hay medicamentos exclusivos para erradicar el *H. pylori*. Es por ello que actualmente “como tratamiento de primera línea de la infección se recomienda una pauta cuádruple ‘concomitante’ con IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol durante 14 días, o el tratamiento con IBP y cápsula única que contiene bismuto, tetraciclina y metronidazol durante 10 días”.

En el caso de que este primer tratamiento con claritromicina lleve a fracaso, según San Juan, “se recomienda una pauta cuádruple con un IBP, amoxicilina, levofloxacino y bismuto durante 14 días, o el tratamiento con IBP y cápsula única que contiene bismuto, tetraciclina y metronidazol durante 10 días. En otras situaciones clínicas diferentes o tras múltiples fracasos erradicadores, se debe valorar derivación a una consulta especializada de referencia” ■

El impacto del Helicobacter Pylori fue tal que el Nobel de Medicina y Fisiología de 2005 fue otorgado a los trabajos sobre la misma