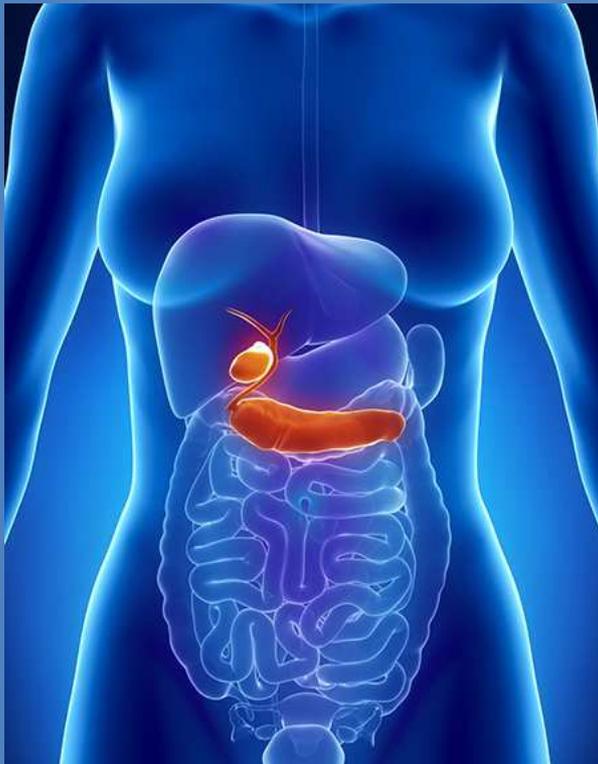


# CMED y “La salud digestiva”

## “Reacción pancreática o Pancreatitis leve”

La **pancreatitis leve** o reacción pancreática es una entidad escasamente valorada, y que **muchas veces pasa desapercibida, debido a una leve alteración analítica y una rápida respuesta a los calmantes administrados en los servicios de urgencias.** Estos síntomas pueden durar unas horas o días y, a menudo, se atribuyen a otras causas. La activación prematura de las enzimas pancreáticas es el acontecimiento fundamental en la patogénesis del proceso. Como consecuencia de una alteración en el transporte de proteínas dentro de la célula acinar se produciría la fusión de zimógenos y lisosomas en vacuolas. Dentro de estas las enzimas lisosómicas activaría el tripsinógeno, y la tripsina activaría al resto de las enzimas pancreáticas, produciéndose con ello la autodigestión del páncreas. El daño pancreático estaría en relación con los efectos producidos por las enzimas liberadas al torrente sanguíneo.



La presentación clínica habitual es la aparición de **un dolor abdominal, difuso, persistente, y asociado a un estado de discomfort general con nauseas o vómitos, que no ceden o lo hacen, levemente, con los calmantes habituales.** La analítica solicitada en los servicios de urgencias, presenta unos resultados inespecíficos: escasa elevación de la amilasa y lipasa, leucocitosis leve y una mínima elevación de la LDH (por activarse más tardíamente).

Las pruebas de imagen no suelen aportar luz al diagnóstico (la escasa respuesta inflamatoria del páncreas en esta entidad, y la presencia de gas

en las asas intestinales, impiden visualizar de forma correcta el páncreas), a no ser que hay presencia de barro o litiasis biliar, que esclarecería el origen de la patología.

# CMED y “La salud digestiva”

La etiología es diversa. Solo una exhaustiva historia clínica nos permitiría considerar la posibilidad diagnóstica de pancreatitis leve o reacción pancreática. La toma de medicamentos asociados es una de las causas desencadenantes más frecuentes (metformina, estatinas, etc.) y menos evaluadas, como la toma incontrolada de vitamina D. Los cuadros virales con afectación intestinal es otra de las causas poco evaluadas como desencadenantes de la pancreatitis leve. Hay que tomar en consideración si el paciente presenta un cuadro de insuficiencia pancreática exocrina, que hablaría ya por sí solo de un daño continuado del páncreas.

La reiteración de este cuadro nos debe hacer sospechar de la existencia de una pancreatitis crónica recidivante no diagnosticada y, por tanto, iniciar las pruebas diagnósticas pertinentes (barro o litiasis biliar, autoinmune, hereditaria, hipertriglicerinemias, medicamentosa, etc). Se ha observado que los pacientes con hipertriglicerinemias y pancreatitis presentan valores falsamente bajos de amilasa y lipasa. Resulta útil recurrir a la determinación del tripsinógeno sérico, ya que ésta enzima es secretada específicamente por el páncreas. Un valor de tripsinógeno sérico normal en un paciente con elevación mínima de la amilasa sérica, prácticamente excluye la pancreatitis aguda.

Como **conclusión**, debemos evaluar de forma exhaustiva a aquellos pacientes que han presentado un cuadro de dolor abdominal persistente, con leve elevación de los enzimas pancreáticos, y sin diagnóstico de certeza, ya que pueden ser portadores de una pancreatitis crónica no diagnosticada, y/o estar presentando efectos secundarios a la medicación prescrita.

## “Enfermedad Diverticular del Colon”

Se caracteriza por el **desarrollo de cavidades con forma de bolsa en cualquier localización del colon** (aunque más frecuentemente se encuentra en el colon sigmoide), que pueden variar de tamaño y características, además de poder producir complicaciones. No se conoce su prevalencia, dado que el 80% de los pacientes permanecen asintomáticos, pero se estima que afecta a entre 12 y 49% de la población, dependiendo de edad, sexo y grupo étnico. Aunque llega a ser del 66% en mayores de 80 años.

La **Enfermedad Diverticular del Colon (EDC)** es una herniación de las capas mucosa y submucosa debido a un defecto colónico, que puede ser tanto de unos milímetros como de varios centímetros.



# CMED y “La salud digestiva”

El origen de la enfermedad es multifactorial: alteraciones estructurales y funcionales de la pared del colon, aumento de las presiones intracólicas, baja ingesta de fibra, y factores genéticos, entre otras causas.

La EDC no complicada se divide en sintomática y asintomática. Se sabe que la mayoría de los pacientes no presentarán síntomas durante su vida y el hallazgo suele ser accidental, durante una colonoscopia u otra prueba de imagen, no teniendo tratamiento al no presentar problemas.

Aquellos pacientes con EDC que presentan **síntomas**, describen molestias **abdominales inespecíficos** (la más habitual en el hemiabdomen izquierdo) que pueden aumentar con la ingesta y que mejoran al defecar o expulsar gases; **distensión abdominal**; **estreñimiento**; **diarrea** o expulsión de moco en las heces. La exploración física puede ser incluso normal o bien revelar dolor o un ligero empastamiento en el flanco izquierdo.

La **principal prueba diagnóstica para la EDC es la colonoscopia** (superior al colon por enema y al TAC) además de permitir la práctica terapéutica en caso de detectarse una patología asociada, como pueden ser los pólipos.

## El tratamiento de la EDC no complicada

- Ingesta de fibra tanto como factor preventivo, como terapéutico cuando ya existen síntomas. Esta ingesta debe ser de forma gradual, al poder provocar diarrea, flatulencia o distensión si las dosis iniciales son muy altas.
- Aminosalicilatos (5ASA:) se han estudiado como tratamiento de los síntomas de la EDC, pero son necesarias más investigaciones para generalizar su prescripción en estos pacientes.
- Antibióticos y probióticos: los antibióticos luminales, como la rifaximina, pueden disminuir la intensidad y frecuencia de los síntomas. Por su parte los probióticos, han demostrado beneficios al ayudar a equilibrar la microflora del colon.
- Antocolinérgicos y antiespasmódicos: se utilizan para el manejo y mejora de los síntomas.



## EDC Complicada o Diverticulitis

Supone la **inflamación y/o infección** de los divertículos y **afecta a entre el 10-25%** de los pacientes. La Diverticulitis puede ser **también complicada o no complicada**, dependiendo de que el proceso inflamatorio sea mayor o menor. La Diverticulitis se produce por una obstrucción al drenaje normal del divertículo, permitiendo la proliferación de coliformes y, con ello, desarrollo de respuesta inmune. Secundario a esto puede haber una microperforación, que si se hace mayor forma abscesos, fístulas o incluso podría provocar una peritonitis.

Los **síntomas de la Diverticulitis** son **dolor en flanco y fosa ilíaca izquierdos** (aunque puede presentarse en cualquier localización abdominal); **cambios en el tránsito intestinal** (diarrea o

estreñimiento); pudiendo aparecer fiebre y leucocitosis. La exploración física puede ir desde un leve dolor local hasta presentar signos de irritación peritoneal.

El diagnóstico debe confirmarse con un TAC abdominal contrastado, RMN o radiografías. La endoscopia, sin embargo, en casos de Diverticulitis aguda debe evitarse (debiendo hacerse más tarde para excluir la existencia de otras patologías).

### Tratamiento de la Diverticulitis

- **Antibióticos de amplio espectro:** al ser la E. Coli, Streptococos y Bacteroides las bacterias más frecuentes asociadas a la enfermedad.

Los pacientes tratados **de forma ambulatoria deben tener un seguimiento regular por parte del especialista**, para controlar la aparición de fiebre o el agravamiento de alguno de los síntomas.

Los casos de **Diverticulitis complicada con abscesos, perforación o fístulas deben ser tratados de forma hospitalaria**. La Diverticulitis recurrente puede darse entre el 7 y el 45% de los pacientes, siendo el segundo episodio más grave, por lo que dependiendo de cada caso, es posible que sea necesaria una intervención quirúrgica para atajar la enfermedad.



Con motivo de la celebración de la Semana de la Ciencia 2015 CMED, en colaboración con ACCU ESPAÑA, celebra la siguiente jornada informativa para pacientes de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa y especialistas de Atención Primaria, a la que le por la presente le invitamos:

*“Tratamientos de mantenimiento en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal y efectos secundarios de la medicación y del abandono de la misma”*

**FECHAS:** 4 y 13 noviembre de 2015 – 19:00 horas CMED- c/Oquendo 23 Bajo 28006 Madrid

Si desea asistir a la jornada informativa póngase en contacto con María Jiménez (696102605 – [maria.jimenez@cmed.es](mailto:maria.jimenez@cmed.es)) indicando la fecha elegida.

**EL OBJETIVO DE ESTE BOLETÍN ES OFRECER INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y RIGUROSA DE LA PATOLOGÍA DIGESTIVA. SI USTED ESTÁ INTERESADO EN QUE TRATEMOS O PROFUNDICEMOS EN ALGÚN TEMA EN CONCRETO QUE AFECTE A NUESTRA ESPECIALIDAD Y PUEDA SERVIRLE DE APOYO EN LA PRÁCTICA DE LA SUYA, ESTAREMOS ENCANTADOS DE RECIBIR SUS SUGERENCIAS Y/O COMENTARIOS.**

**PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS EN LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:**  
[drguerra@cmed.es](mailto:drguerra@cmed.es)

