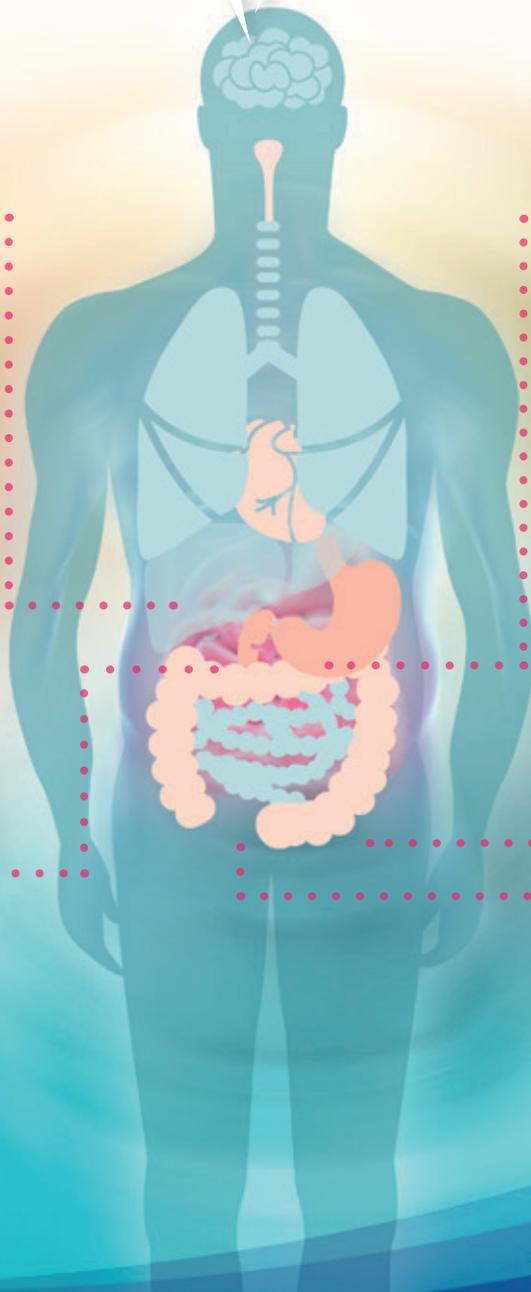
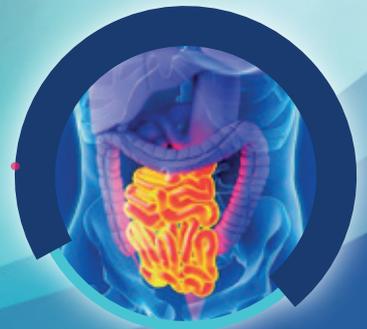
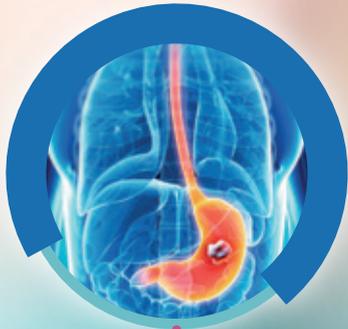
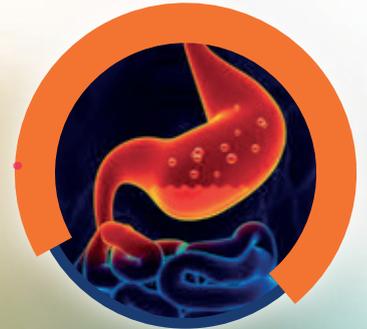


Revista

LÍDERES MÉDICOS

Noviembre • Diciembre 2017



**SEMANA NACIONAL DE
GASTROENTEROLOGÍA**

NOVIEMBRE • 2017

*Asociación Mexicana de
Gastroenterología (AMG)*

Puebla

MESA DIRECTIVA 2017

Senosiain®

PRESENTE EN:

**SEMANA NACIONAL DE
GASTROENTEROLOGÍA**



PUEBLA 2017

AMG Asociación
Mexicana de
Gastroenterología



Ranisen®

Arfla®

Ulsen® PCS



Dilar[®]
Parametasona



ALIVIO Y REDUCCIÓN DEL DOLOR
desde la primera dosis.

Balance entre **EXPERIENCIA,**
DOSIFICACIÓN Y COSTO.

RESTAURA LA CALIDAD DE LA VIDA
del paciente.



EDITORIAL

LÍDERES MÉDICOS presente en Semana Nacional de Gastroenterología 2017 en Puebla

Por segundo año consecutivo, la *Revista Líderes Médicos*, se complace en publicar la edición conmemorativa de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG), que en este año es presidida brillantemente por el doctor Aurelio López Colombo.

La presente publicación se lanza durante la Semana Nacional de Gastroenterología 2017, misma que se realiza en la ciudad histórica de Puebla, donde se reúnen los más destacados líderes de la especialidad a nivel nacional e internacional. Estas páginas muestran el arduo trabajo de la mesa directiva, cuyo propósito se ha centrado en la actualización de los gastroenterólogos mexicanos en pro de los pacientes de nuestro país.

Los siguientes artículos hacen un repaso y análisis de las principales patologías gastroenterológicas que se presentan en México, abordadas por los líderes de la AMG. Esperamos que esta edición de colección sea del agrado y sobre todo, sirva como referencia para la comunidad médica nacional.



DIRECTORIO

Noviembre - Diciembre 2017

Director General y Editor	RICARDO ALBERTO ISLAS CORTÉS ricardoislas@lideresmedicos.org
Publicidad y Ventas	Rosario Elmech publicidadyventas@lideresmedicos.org
Consejo Médico Editorial	Dra. Ana Elena Limón Rojas Dr. Carlos Rodríguez Treviño
Departamento Jurídico	Lic. Carlos Castrejón Rojas Lic. Julia Espinoza Marcovich Despacho Castrejón&Espinoza Abogados
Asistencia Editorial	Marlen Oteo Gómez
Redacción	Saúl Jiménez Orozco Aura Angélica Abrego Villafuente
Corrección de Estilo	Isaura Denisse Fuentes
Mesa Editorial	Gustavo Sáenz Martín
Diseño y Arte	Studio de Maquetación y Arte Médica
Fotografía	Martina Anamarija Brzovic Sotelo Cristof Ángeles Aristegui PhotoStudio Medical Center
Staff TV Líderes Médicos	Michel Iván Islas Cortés
Webmaster	Rodolfo Bautista Valdez Daniela Edure Peregrina Gómez Aantika: aantika www.aantika.com
Circulación y Logística	Dpto. de Distribución, Circulación y Logística de Líderes Médicos

La REVISTA LÍDERES MÉDICOS es una publicación bimestral editada en NOVIEMBRE de 2017 por Grupo Editorial Líderes Médicos. Editor Responsable: Ricardo A. Islas Cortés contacto@lideresmedicos.org (55) 18206693

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título: 04-2022-032817370900-102 otorgado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor (INDAUTOR), de la Secretaría de la Educación Pública (SEP). Certificado de Licitud de Título y Contenido: 14580 expedido por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Distribución Nacional en Eventos Académicos, Congresos Médicos y Hospitales (públicos y privados) a cargo del Dpto. de Distribución, Circulación y Logística de Líderes Médicos.

Los artículos son responsabilidad de cada autor. El contenido y las opiniones de los redactores no necesariamente reflejan la postura del editor y de la publicación. La publicidad y la información de los anuncios son responsabilidad exclusiva de cada compañía. Derechos Reservados: Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total de las imágenes y contenidos publicados, sin previa autorización por Escrito del Comité Editorial.

IMPRESA ORGULLOSAMENTE EN MÉXICO
www.lideresmedicos.org
contacto@lideresmedicos.org

ÍNDICE

04	Dr. AURELIO LÓPEZ COLOMBO – Presidente: Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) 2017: Compromiso total con agremiados y con la sociedad civil
08	Dr. GENARO VÁZQUEZ ELIZONDO: El tratamiento médico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: los inhibidores de bomba son equivalentes, pero no iguales.
10	Dr. RAMÓN ISAÍAS CARMONA SÁNCHEZ – Vicepresidente: Dispepsia funcional: segundo padecimiento gastrointestinal más frecuente en la población mexicana
13	Dr. TOMAS CORTÉS ESPINOSA: Panorama de la Enfermedad inflamatoria intestinal
14	Dr. GUSTAVO HERNÁNDEZ VERDE: Vitanco: aliado en la disminución de síntomas gastrointestinales causados por estrés
16	Dr. FELIPE ZAMARRIPA DORSEY – Secretario: Hemorragia del tubo digestivo, complicación de alta mortalidad
19	Dr. ENRIQUE COSS ADAME - Tesorero: Síndrome de Intestino Irritable: Causa No. 1 de consulta gastroenterológica
22	Dra. ANA TERESA ABREU Y ABREU: Rol de la microbiota en Síndrome de Intestino Irritable (SII)
23	Dr. JORDI ESPADALER: Probiolog IBS: complemento terapéutico para el SII
24	Dr. OCTAVIO GÓMEZ ESCUDERO – Protesorero: Enfermedad celiaca e intolerancia alimentaria: 2 problemas que se subdiagnostican
27	Dr. EDUARDO PRADO OROZCO - Secretario de Actas: Colecistitis y presencia de litos dentro de la vesícula
30	Dra. LUZ ADRIANA LÓPEZ LURÍA: Tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable
32	Dr. LOUIS FRANCOIS DE GIAU TRIULZI - Secretario de Relaciones: Incremento del cáncer gástrico en jóvenes mexicanos
35	Dr. FRANCISCO JAVIER BOSQUES PADILLA - Consejo Consultivo: CUCI enfermedad incurable y totalmente controlable
38	Alfa Wassermann lanza en México Ateka [®] Dr. Jesús Kazuo Yamamoto realizó la presentación de mesalazina MMX [™] durante ECOS Internacionales
40	Dra. María Victoria Bielsa Fernández - Consejo Consultivo: Hepatitis C: Patología con amplia variedad de subtipos y genotipos
43	Dr. Miguel Ángel Valdovinos Díaz - Consejo Consultivo: Reflujo gastroesofágico enfermedad crónica que afecta la calidad de vida



Dr. AURELIO LÓPEZ COLOMBO

PRESIDENTE: ASOCIACIÓN MEXICANA DE GASTROENTEROLOGÍA (AMG) 2017

COMPROMISO TOTAL CON AGREMIADOS Y CON LA SOCIEDAD CIVIL

La Gastroenterología se encarga del estudio y tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo, tales como reflujo gastroesofágico, síndrome de intestino irritable, pancreatitis, hepatitis, esófago de Barrett, entre otras; asimismo, aborda diferentes patologías oncológicas: cáncer gástrico, de esófago, colon y recto, entre otras complicaciones de salud. La importancia de esta especialidad se sustenta en el hecho de que las enfermedades gastrointestinales, actualmente, ocupan los primeros lugares en la consulta médica de los hospitales de todo el mundo.

Algunos factores que pueden propiciar el desencadenamiento de sintomatologías digestivas son los estilos de vida poco saludables, la mala alimentación y el sedentarismo, por mencionar algunos. Desafortunadamente estas patologías provocan grandes deterioros, además de físicos, en los aspectos sociales y psicológicos, lo que en su conjunto repercute en la calidad de vida de los pacientes. La Gastroenterología ha tenido notables avances durante la última década, por lo que hoy en día la gran mayoría de las enfermedades gastroenterológicas pueden ser controladas mediante diferentes tratamientos farmacológicos y vanguardistas técnicas quirúrgicas de mínima invasión.

Resulta importante recalcar que la prevención y detección oportuna de cualquier enfermedad, es fundamental para optimizar la respuesta al tratamiento. Ante este escenario, la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) tiene como objetivo acercar a su comunidad de especialistas, la información más actualizada sobre las enfermedades gastrointestinales y sus alternativas terapéuticas, a fin de contribuir con los gastroenterólogos mexicanos en su actualización académica.

IMPORTANCIA DE LA ELABORACIÓN DE CONSENSOS Y GUÍAS

El doctor Aurelio López Colombo, Presidente de la gestión 2017 de la AMG y Director de Educación e Investigación en Salud, de la Unidad Médica de



■ Mesa Directiva de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) 2017

Alta Especialidad (UMAE) del Hospital de Especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la ciudad de Puebla, comenta que durante su gestión se ha impulsado la elaboración de guías y consensos para el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de algunos padecimientos gastrointestinales, como el estreñimiento y la enfermedad celíaca.

“Una de las líneas en las que actualmente estamos trabajando como Asociación, es en la elaboración de guías que orienten a los médicos a establecer diagnósticos precisos y manejo ade-

cuado de los padecimientos gastrointestinales. Tenemos en puerta la presentación de tres documentos: uno es el consenso de estreñimiento, otro un consenso sobre *Helicobacter pylori*, y el tercero es en torno a la enfermedad celíaca. El doctor Ramón Carmona, Vicepresidente de la actual mesa directiva, continuará con esta iniciativa, incrementando en el futuro el número de documentos emitidos”.

“Para mejorar el panorama de las enfermedades gastrointestinales en nuestro país, es importante abordar aquellos temas que han sido muy



USO DE REDES SOCIALES COMO PLATAFORMA ACADÉMICA DE LA AMG

la edad, el consumo excesivo de alcohol y tabaco, la obesidad, antecedentes familiares de primer grado con esta patología, afecciones hereditarias, como el síndrome de Lynch y otras enfermedades, como la colitis ulcerosa crónica o enfermedad de Crohn.

El desarrollo de las patologías cancerígenas es multifactorial, por lo que es necesario conocer el historial de cada paciente para brindar un tratamiento adecuado y personalizado, de acuerdo a la gravedad de cada lesión. Los especialistas deben tomar en consideración el grado de penetración del tumor a través de la pared intestinal, así como la presencia o ausencia de compromiso ganglionar y metástasis.

La cirugía, quimioterapia y radioterapia, siguen siendo las piedras angulares para tratar esta enfermedad, sin embargo, como explica el doctor Aurelio López Colombo, se debe conocer con exactitud la ubicación del cáncer y su comportamiento, ya que de ello dependerá el tipo de terapia que se empleará: "No podemos generalizar el tratamiento curativo y abordar igual los cánceres que están muy cerca del ano, de aquellos situados en la parte más alta del colon. En ocasiones además de la cirugía, es necesario aplicar quimioterapia o radioterapia, antes o después de la intervención quirúrgica, según sea el caso".

"En el mercado farmacéutico existen nuevos medicamentos, denominados biológicos, que nos permiten en aquellos pacientes que no son candidatos a curación, mantenerlos estables y brindarles una mayor cantidad y mejor calidad de vida. Los tratamientos en los pacientes oncológicos han ido evolucionado, cada año surgen nuevos conocimientos y fármacos; todos estos avances los necesita saber el gastroenterólogo y como Asociación es nuestra obligación difundirlos en nuestros foros, como las Gastrotrilogías, ECOS Internacionales y durante la Semana Nacional de Gastroenterología".

"La AMG está muy comprometida con la educación continua de sus asociados, pero también con la sociedad; en ese sentido estamos buscando que las guías y consensos permitan que los médicos tengan el conocimiento y herramientas necesarias para prevenir y tratar las enfermedades de manera adecuada. Invitamos, particularmente al gremio médico, para que acuda a nuestras actividades académicas y nos siga en redes sociales, a fin de conocer más sobre las actualizaciones en Gastroenterología".



"La AMG está muy comprometida con la educación de sus asociados. Buscamos que las guías y consensos permitan que los médicos tengan el conocimiento y herramientas necesarias para prevenir y tratar las enfermedades de manera adecuada".

controvertidos, como el tóxico de *Helicobacter pylori*, por lo cual debemos establecer reglas claras e indicaciones precisas sobre el uso de ciertos fármacos para erradicar la bacteria en determinados pacientes, protegiendo su microbioma y evitando las resistencias bacterianas. Asimismo, con el uso de estas guías que están al alcance de la comunidad médica, es importante abordar y aclarar los mitos sobre el consumo de gluten y la enfermedad celiaca. La AMG tiene la obligación de informar sobre este padecimiento, ya que probablemente en nuestro país la enfermedad está subdiagnosticada y requiere mayor atención".

FUERTE IMPACTO DEL CÁNCER GASTROENTEROLÓGICO

La automedicación y los remedios caseros para controlar las sintomatologías digestivas, han sido durante décadas una mala práctica de la población mexicana antes de acudir con un especialista. Desafortunadamente el fácil acceso a ciertos medicamentos para el control de síntomas, evita

un diagnóstico oportuno de enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer colorrectal, causando severos daños en la calidad de vida de los pacientes.

Hoy en día las enfermedades oncológicas también ocupan un lugar preponderante en la agenda de salud pública. Tan sólo en Estados Unidos durante 2016 se estimaron 134,490 nuevos casos por cáncer colorrectal, ocupando el segundo lugar en mortandad en este país. De acuerdo a GLOBOCAN, ésta fue la cuarta patología mayormente diagnosticada en 2012.

Aunque la frecuencia del cáncer colorrectal se consideraba baja, sin duda, la epidemiología, las características de las enfermedades y padecimientos están cambiando y existen reportes que demuestran que ha estado aumentando de manera importante. Tal como señala el doctor López Colombo, gran parte de estos cánceres colorectales inician como pólipos en el revestimiento interno del colon o recto, los cuales con el paso

de los años pueden evolucionar a cáncer sino son eliminados.

"Actualmente debemos buscar estrategias poblacionales de prevención que nos permitan usar las herramientas para detectar la lesión precursora y los pólipos adenomatosos del colon, para eliminarlos antes de que se desarrolle el cáncer. La detección oportuna se puede realizar de diferentes maneras, por ejemplo, a través de búsqueda de sangre en heces mediante pruebas inmunohistoquímicas, las cuales nos permiten predecir la posible presencia de pólipos en individuos asintomáticos. Aquellos que resultan positivos son llevados a una colonoscopia para confirmar la presencia de pólipos y extirparlos endoscópicamente".

TRATAMIENTO ADECUADO Y NUEVOS AVANCES

El paciente con sospecha de cáncer debe tomar en consideración otros factores de riesgo, como

EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: LOS INHIBIDORES DE BOMBA SON EQUIVALENTES, PERO NO IGUALES.

Autor: Dr. Genaro Vázquez Elizondo

Adscripción: Escuela Nacional de Medicina, Tecnológico de Monterrey.
Dirección: Ave. Morones Prieto 3000 Poniente, Colonia Los Doctores. C.P. 64960. Monterrey, Nuevo León.
Teléfono: +52 81 82188555
e-mail: drgenarovazquez@gmail.com

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una condición crónica caracterizada por el retorno anormal y problemático (sintomático) del contenido del tracto digestivo superior. Los síntomas que convencionalmente son asociados a esta entidad son la pirosis y regurgitación.¹ Aunque existe una variabilidad considerable, se estima que entre el 10 y 20% de la población mundial padece esta enfermedad y que su prevalencia se ha incrementado en los últimos 20 años.² Consecuentemente, esta entidad implica un gran costo para los sistemas de salud, se estima que tiene un costo de 24 billones de dólares anuales en los Estados Unidos, principalmente por su impacto en la productividad laboral.³

La fisiopatología de esta enfermedad se ha atribuido a factores instigantes (obesidad, edad, genética, entre otros) y factores exacerbantes o

perpetuantes (obesidad, composición de la dieta, disfunción/fibrosis neuromuscular) que llevan a la disfunción de la unión esofagogástrica, ya sea de manera mecánica o funcional.⁴ Estos nuevos conceptos complementan el consenso convencional que notaba que el reflujo era causado por el incremento en las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, lo cual explica parte del reflujo pero no su totalidad. Asimismo, se reconoce recientemente que tanto alteraciones en el aclaramiento esofágico y la hipersensibilidad esofágica, juegan un papel preponderante en la génesis de los síntomas y complicaciones.^{5,6}

El manejo de la ERGE sintomática ha sido basado en el uso de los inhibidores de la bomba de protones (IBP), ya que estudios tempranos demostraron su eficacia en la curación de la esofagitis.⁴ No obstante, entre el 10 y el 40% de los pacientes presentarán síntomas recurrentes⁷ y, aunque este fenómeno se explica en parte por los nuevos mecanismos fisiopatológicos, se han asociado múltiples posibles factores (ver tabla 1),⁸ y de éstos, se ha estimado que la pobre adherencia al tratamiento es un factor muy relevante y que requiere ser abordado antes de considerar que un paciente potencialmente tiene síntomas refractarios.^{9,10} A pesar de que se considera que la eficacia entre diferentes IBP (a dosis equivalente) es similar,¹¹ existen formulaciones enantioméricas que ofrecen ventajas para lograr una mayor adherencia, ya que permiten un control más rápido y duradero de la secreción de ácido.^{12,13}

Tabla 1. Causas potenciales de síntomas refractarios

Etiologías no atribuibles a la ERGE

- Vaciamiento gástrico demorado
- Trastorno motor esofágico (acalasia, espasmo esofágico, hipercontractilidad)
- Trastorno funcional esofágico (dolor torácico funcional, Aerofagia)
- Síndrome de rumiación
- Esofagitis eosinofílica

Etiologías atribuibles a supresión ácida insuficiente

- Adherencia al tratamiento
- Dosificación inadecuada
- Síndrome de Zollinger-Ellison
- Resistencia a IBP

Traducido y adaptado de⁸

Bibliografía

1. Nimish Vakil MD, F.A.C.G.,¹ Sander V. van Zanten, M.D.,² Peter Kahrilas, M.D.,³ John Dent, M.D.,⁴ Roger Jones MD, 5 and the Global Consensus Group. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence Based Consensus. American Journal of Gastroenterology 2006;190:20.
2. Hashem B El-Serag SS, Christopher C Winchester and John Dent. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. Gut 2014;63:871-80.
3. Endoluminal Treatments for Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons and Board of Governors, 2013. at <http://www.sages.org/publications/guidelines/endoluminal-treatments-for-gastroesophageal-reflux-disease-gerd/>
4. Boeckxstaens G, El-Serag HB, Smout AJ, Kahrilas PJ. Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future. Gut 2014;63:1185-93.
5. Yoshida N, Kuroda M, Suzuki T, et al. Role of nociceptors/neuropeptides in the pathogenesis of visceral hypersensitivity of nonerosive reflux disease. Dig Dis Sci 2013;58:2237-43.
6. Ribolsi M, Balestrieri P, Emerenziani S, Guarino MP, Cicala M. Weak peristalsis with large breaks is associated with higher acid exposure and delayed reflux clearance in the supine position in GERD patients. Am J Gastroenterol 2014;109:46-51.
7. Fass R. Approach to refractory gastroesophageal reflux disease in adults. UpToDate: Wolters Kluwer Health; 2014.
8. Ates F, Francis DO, Vaezi MF. Refractory gastroesophageal reflux disease: advances and treatment. Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2014;8:657-67.
9. Hungin AP, Hill C, Molloy-Bland M, Raghunath A. Systematic review: Patterns of proton pump inhibitor use and adherence in gastroesophageal reflux disease. Clin Gastroenterol Hepatol 2012;10:109-16.
10. Domingues G, Moraes-Filho JP. Noncompliance is an impact factor in the treatment of gastroesophageal reflux disease. Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2014;8:761-5.
11. Kirchheiner J, Glatt S, Fuhr U, et al. Relative potency of proton-pump inhibitors-comparison of effects on intragastric pH. Eur J Clin Pharmacol 2009;65:19-31.
12. Pai VG, Pai NV, Thacker HP, Shinde JK, Mandora VP, Erram SS. Comparative clinical trial of S-pantoprazole versus racemic pantoprazole in the treatment of gastro-esophageal reflux disease. World J Gastroenterol 2006;12:6017-20.
13. Cho YK, Choi MG, Bak YT, et al. Efficacy of S-pantoprazole 20 mg compared with pantoprazole 40 mg in the treatment of reflux esophagitis: a randomized, double-blind comparative trial. Dig Dis Sci 2012;57:3189-94.



Si la enfermedad ácido péptica evoluciona...
SU TRATAMIENTO también deberá evolucionar.

El futuro es ahora con Nuevo Gamo® Levopantoprazol 20 mg

Gamo® Mayor rapidez de absorción de 5 minutos en comparación de los 30 minutos de los IBP's convencionales.^{1,3}

Gamo® Mayor biodisponibilidad del 77% que le permite inhibir mayor cantidad de bombas de protones.²

Gamo® Protección y alivio de síntomas de la enfermedad ácido péptica durante todo el día, inclusive en síntomas nocturnos. (No requiere de asociarse con antiácidos).^{3,4}

Gamo® No interactúa con alimentos ni con medicamentos^{2,5}

1 Toma al día
30 minutos antes del primer alimento



Referencias

1. Pimple S, Maurya P, Singh R, Joshi A, Gurjar M, Shah M. Impact of Croscarmellose Sodium from Different manufacturer on in-vitro analysis of S(-) pantoprazole tablets. International Journal of Pharmaceutical Research and Bio-science. 2014; 3 (4): 358-365.
2. B. R. Yacshyn, A. B. R. Thomson. The Clinical Importance of Proton Pump Inhibitor Pharmacokinetics. Digestión, 2002, 66; 67-78.
3. Pai V, Pai N. Recent advances in proton pump inhibitor therapy: S- pantoprazole. Gastroenterology Today, 2005; 9; 21-24.
4. Pai VG, Pai NV, Thacker HP, Shinde JK, Mandora VP, Erram SS. Comparative clinical trial of S-pantoprazole versus racemic pantoprazole in the treatment of gastro-esophageal reflux disease. World Journal of Gastroenterology; WJG. 2006; 12 (37): 6017-6020.
5. De las Salas R, Villareal-Cantillo Elizabeth. Interacciones en el uso de antiácidos, protectores de la mucosa y antisecretores gástricos. Interactions in the use of abticiads, mucosal protective and gastric antisecretory drugs. Salud Uninorte. 2013; 29 (3): 441-457.



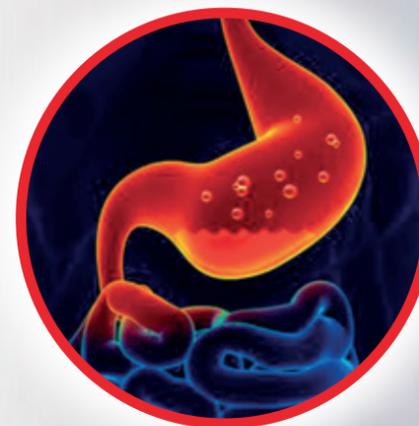
**Dr. RAMÓN ISAIÁS
CARMONA SÁNCHEZ**
VICEPRESIDENTE

**DISPEPSIA FUNCIONAL
SEGUNDO PADECIMIENTO
GASTROINTESTINAL
MÁS FRECUENTE EN LA
POBLACIÓN MEXICANA**

“La dispepsia funcional es la causa más frecuente de consulta por trastornos digestivos, seguida del SII; algunos de sus factores son la infección por *Helicobacter pylori*, el estrés y la exposición a algunos medicamentos. Para brindar un tratamiento adecuado, siempre es importante definir el origen del problema”.

Los excesos asociados a la vida cotidiana, el estrés, el consumo de alcohol, tabaco y cafeína, la mala alimentación, así como la ingesta de determinados fármacos (que alteran la microbiota intestinal) y bacterias como el *Helicobacter pylori*, son elementos que de manera conjunta pueden propiciar el desarrollo de enfermedades gastrointestinales. La manifestación clínica más frecuente de los problemas gástricos es la dispepsia, que se caracteriza por provocar malestares ubicados en el epigastrio (boca del estómago), lo que engloba dolor, ardor, náuseas y eructos.

El doctor Ramón Carmona, Vicepresidente de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) y especialista del Centro de Medicina Ambulatoria Christus Muguerza, en San Luis Potosí, explica que frecuentemente los pacientes relacionan estos síntomas con gastritis. “La dispepsia puede tener causas múltiples, cuando el paciente no consulta al médico se denomina dispepsia no investigada. Comúnmente se realizan estudios de



**DISPEPSIA
FUNCIONAL**



endoscopia para identificar lesiones graves que expliquen los malestares, si las causas orgánicas no se identifican, entonces se denomina dispepsia funcional”.

“La dispepsia funcional es altamente prevalente en México, es quizá la causa más frecuente de consulta por trastornos digestivos, seguida del síndrome de intestino irritable. Algunas de las causas de dispepsia funcional son la infección por *Helicobacter pylori*, el estrés y la exposición a algunos medicamentos. Expertos han señalado que todos los individuos en alguna época de su vida han sufrido dispepsia, la cual casi siempre se presenta en la etapa más productiva, cuando son más constantes el estrés y los malos hábitos alimenticios”.

**RELACIÓN CON GASTRITIS Y
OTROS PROBLEMAS SANITARIOS**

Las molestias por dispepsia se presentan de manera crónica, comúnmente este término es empleado para agrupar las patologías digestivas que pueden estar relacionadas a otros problemas de salud, como úlceras o gastritis. Los

especialistas tienen como principal objetivo, identificar si los síntomas de dispepsia son causados por enfermedades biliares, pancreáticas, de estómago, esófago o duodeno.

“Para brindar un tratamiento adecuado es importante definir el origen del problema. Al comenzar con estudios de escrutinio, pasamos de una dispepsia no investigada a una investigada, lo cual nos permite identificar el tipo de padecimiento relacionado con la sintomatología; de tal manera que puede presentarse dispepsia por: gastritis, úlcera, colelitiasis y por pancreatitis crónica”.

“Es importante ser más críticos cuando se nos presenta un paciente con dispepsia, ya que ésta puede ser causa de un problema subyacente grave. Conforme envejecemos tenemos más riesgo de padecer cáncer, úlceras u otros trastornos digestivos. Conocer la historia clínica de los pacientes es fundamental, ya que nos permite identificar en ellos, si existe o no, alto riesgo de causa orgánica. La realización de la endoscopia es obligatoria para identificar las causas orgánicas, como úlcera, infección, hernia, cálculos en la vesícula, mismos que pueden causar dispepsia”.

Cabe destacar que la dispepsia y la gastritis pueden presentarse de manera conjunta, sin embargo no son lo mismo. La dispepsia se caracteriza por provocar sensaciones variables, derivadas de causas orgánicas o funcionales, mientras que la gastritis es una irritación e inflamación de la mucosa que reviste el estómago. La gastritis puede ser aguda, es decir, ocurrir repentinamente, o bien ser crónica, desarrollándose paulatinamente. Cabe mencionar que, la gastritis no siempre causa signos y síntomas, sin embargo los pacientes pueden presentar náuseas, vómito y dolor en la parte superior del abdomen, el cual puede ser recurrente al consumir algún alimento.

Las lesiones en la barrera recubierta de moco que protege la pared del estómago, dan paso a que sus jugos gástricos dañen e inflamen el revestimiento del estómago. Por lo cual algunas condiciones internas y externas del organismo pueden aumentar el riesgo de padecer gastritis; de tal manera que, la infección bacteriana por *Helicobacter pylori*, el uso regular de analgésicos, edad avanzada, exceso de alcohol y estrés, son factores de riesgo que pueden implicar el desarrollo de gastritis.

ESCUCHANDO AL PACIENTE

Las recomendaciones terapéuticas para tratar adecuadamente a los pacientes con dispepsia, se basan en la identificación de los factores causales, ya que de esta manera cada paciente puede recibir el tratamiento adecuado, de acuerdo a su sintomatología. El doctor Carmona Sánchez, explica que cuando la dispepsia no genera complicaciones graves, como pérdida de peso o anemia, y no se presentan datos de alarma que puedan desencadenar enfermedades complicadas, se recomienda mejorar los hábitos cotidianos, a fin de que se disminuyan los síntomas.

“Casi todas las causas de dispepsia responden a medicamentos que reducen la acidez del estómago, como los inhibidores de bombas de protones o los bloqueadores H2. Cuando eso no funciona y el paciente no tiene ninguna otra causa subyacente, como bacterias, se le administran fármacos, conocidos como procinéticos, que nos ayudan a vaciar el estómago y tienen ciertas propiedades para lograr el control sintomático. En algunos casos donde el estrés es un factor identificable, los antidepresivos a dosis bajas pueden ser de ayuda para el control de síntomas”.

“La principal recomendación para mis colegas, es poner atención a los pacientes con dispepsia, ya que ésta tiene un abanico de posibilidades diagnósticas debajo de un grupo de síntomas muy comunes, por lo cual debemos evaluar a los pacientes correctamente. Hay que tener paciencia para escucharlos, ya que de acuerdo a lo que nos indiquen, podremos identificar aquellos factores de riesgo personales o familiares que pueden ser causa subyacente de enfermedades más graves, por ejemplo el cáncer”.

“Es importante ser más críticos cuando se nos presenta un paciente con dispepsia, ya que puede ser causa de un problema subyacente grave. Conforme envejecemos tenemos más riesgo de padecer cáncer, úlceras u otros trastornos digestivos. Conocer la historia clínica es fundamental, ya que nos permite identificar si existe o no, alto riesgo de causa orgánica”.

PREDICCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Si bien la dispepsia no causa invalidez, puesto que la mayoría de las veces provoca molestias que se controlan a partir de cambios en los hábitos alimenticios, en el estilo de vida y a través de medicamentos que disminuyen la acidez del estómago, no se debe perder de vista que existen ciertas alteraciones genéticas en el comportamiento de algunas bacterias, como el *Helicobacter pylori*, que pueden propiciar escenarios con tintes peligrosos en la salud.

“Tenemos pacientes con características genéticas específicas que pueden propiciar que una gastritis se les transforme en cáncer, pero cada grupo tiene factores de riesgo peculiares que se deben identificar. Por ejemplo, el antecedente familiar de cáncer gástrico es muy importante. Con mucha frecuencia se presentan cambios genéticos que no detectamos y si en estos cambios agregamos el *Helicobacter pylori*, que es una bacteria muy frecuente que podemos adquirir desde niños, así como el tabaquismo, generamos un ambiente propicio para el desarrollo de cáncer”.

“En la actualidad los familiares de primer grado de un paciente con cáncer gástrico deben ser investigados, para saber si tienen factores asociados. Identificamos si son portadores de la bacteria *Helicobacter pylori* para erradicarla, de esta manera, aunque no tengan otros síntomas, eliminamos un factor de riesgo importante para ellos. Es fundamental que la población acuda con el especialista y no se automedique, siendo nuestra responsabilidad como especialistas identificar las causas de la dispepsia o dolores gástricos, para evitar problemas futuros”.



CON MIRAS A LA PRESIDENCIA 2018 DE AMG

La Asociación Mexicana de Gastroenterología tiene la importante encomienda de elaborar y actualizar consensos y guías clínicas que sirvan de apoyo a médicos en formación, especialistas y médicos generales, sobre el conocimiento y comportamiento de algunas enfermedades del sistema digestivo. El doctor Ramón Carmona Sánchez, como Vicepresidente explica que una de sus principales funciones, además de apoyar a la gestión del actual Presidente, es realizar los preparativos académicos para el año siguiente y dar continuidad a los proyectos pilares en pro de la actualización médica.

“Las líneas de trabajo establecidas en los estatutos, señalan que debemos realizar en 2018 tres reuniones regionales para difundir la Gastroenterología en los diferentes estados. La Primera Reunión Regional será en Durango en abril, la segunda en San Luis Potosí durante junio y la tercera en septiembre en Pachuca. Asimismo, nos toca organizar ECOS Internacionales y la Semana Nacional de Gastroenterología, que será el año próximo del 16 al 20 de noviembre en Mérida”.

“A la par de esas actividades se desarrollan otras funciones en la Asociación, como la difusión de la investigación. Se están promocionando tres líneas de investigación: intolerancia a alimentos en especial a lácteos, la enfermedad por hígado graso y cáncer de colon. Asimismo, daremos continuidad a las guías y consensos. Recientemente el Consejo Mexicano de Gastroenterología, motivado por el Comité Normativo Nacional de Medicina General (CONAMEGE), solicitó que se entreguen a los estudiantes que presentan el examen de Consejo, una guía de estudios certificada que ayude a la revisión de enfermedades”.

“La AMG como organismo líder convoca a los especialistas para desplegar consensos o guías sobre la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, incidencia y prevalencia de las enfermedades. Decidimos complementar guías que han ido perdiendo validez, ya que el conocimiento ha evolucionado; además de generar varias que no se han contemplado, como en la gastropatía por antiinflamatorios, en enfermedad por hígado graso, entre otras. La idea es tener un parámetro de referencia sobre cómo atender correctamente al paciente”.

“La mejor invitación que puedo hacerles a mis colegas es que estén pendientes de los foros, eventos académicos y publicaciones que realizamos como Asociación; de esta manera podrán encontrar información de alta calidad sobre los padecimientos y enfermedades de prevalencia dentro de la Gastroenterología nacional”.

PANORAMA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La enfermedad inflamatoria intestinal comprende dos patologías: Colitis Ulcerosa Crónica Inespecífica (CUCI) y enfermedad de Crohn. Ambas son consideradas patologías crónicas y recurrentes, donde factores ambientales, como el estrés, consumo de tabaco y uso de antiinflamatorios no esteroideos, pueden desencadenar la enfermedad. Cabe destacar que la CUCI afecta exclusivamente el intestino grueso, mientras que la enfermedad de Crohn se manifiesta en cualquier parte del aparato digestivo.

El doctor Tomas Cortés, Director del Centro de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, explica que estas enfermedades se pueden presentar en cualquier edad, teniendo dos picos de presentación: el primero de los 15 a los 30 años y el segundo después de la quinta década de la vida.

“El 70 por ciento de los pacientes que atendemos padecen CUCI y el 30 restante enfermedad de Crohn. No debemos olvidar que para diagnosticar la enfermedad inflamatoria intestinal requerimos de un índice de sospecha, el cual está basado en la presentación de diarrea crónica, sangrado rectal y dolor abdominal. Debemos realizar estudios de bioquímica, radiológicos, endoscópicos e histopatológicos, para precisar el diagnóstico”.

FACTORES Y PREDISPOSICIÓN GENÉTICA

Hace tres décadas los pacientes con CUCI o enfermedad de Crohn, llegaban con retraso en el diagnóstico hasta por 16 años, actualmente en el Centro de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, el tiempo de diagnóstico es de 1.5 a 3 meses. Esto se debe a que los médicos tienen mayor información sobre estas enfermedades, dejando a un lado la confusión con otras patologías, como colitis amebiana, salmonelosis o síndrome de intestino irritable.

“Aunque son enfermedades de etiología desconocida, existen factores para el desarrollo de la patología: predisposición genética y factores ambientales, que conllevan a un desequilibrio en el sistema inmunológico. En población pediátrica, la enfermedad de Crohn provoca un retraso en el crecimiento y por lo tanto, un retraso en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios”.

“La enfermedad de Crohn es progresiva y destructiva, presentándose como complicaciones, estenosis del intestino delgado, fistulas, así como abscesos perianales”.

EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

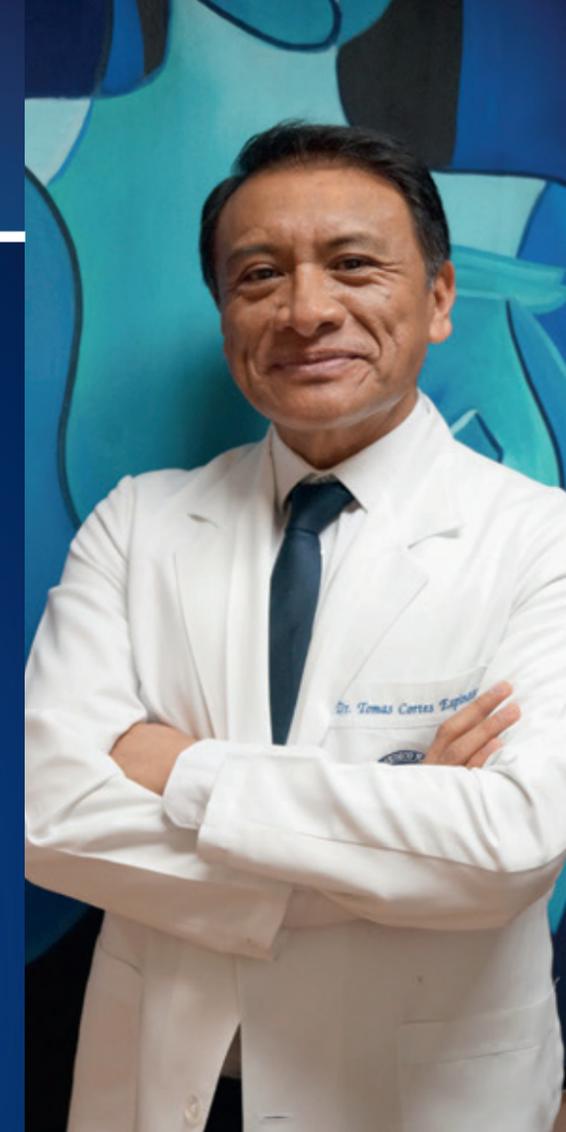
El primer tratamiento que surgió fue el empleo de la sulfasalacina en la década de los 50 y fue desarrollado por una reumatóloga, ya que en esa época se consideraba a la artritis reumatoide como una enfermedad de origen bacteriano. Posteriormente, también en los 50, surgió el empleo de los corticosteroides sistémicos, que hoy en día son una de las piedras angulares en el tratamiento de la colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, ambas en etapa moderada. Tiempo después surgieron los inmunosupresores, como la azatioprina 6-mercaptopurina y ciclosporina. Después, en la década de los 80, Azad Khan, describió que el ácido 5-aminosalicilato, mejor conocido como mesalazina es la molécula activa de la sulfapiridina y actualmente es la terapia base exclusivamente en CUCI leve a moderada.

Aunque estas enfermedades no son curables, se puede tener un excelente control de la sintomatología y cicatrización de la mucosa. Hoy en día los medicamentos biotecnológicos han sido un parteaguas en el tratamiento de estos problemas gastrointestinales. El primero de ellos es conocido como inhibidor del factor de necrosis tumoral, como: infliximab, adalimumab, golimumab y más recientemente, vedolizumab para CUCI; a éstos se agrega el desarrollo de una molécula como certolizumab pegol para EC. En México desde hace 12 años nació la terapia biológica, inicialmente con infliximab. Posteriormente surgieron adalimumab y recientemente certolizumab pegol.

Sin embargo esta biotecnología debe ser aplicada a un perfil de pacientes, lográndose no sólo el control de los síntomas, sino prácticamente normalizar las pruebas bioquímicas e incluso llegar a cicatrizar la mucosa afectada y muy probablemente, restaurar la arquitectura histológica.

IMPACTO EMOCIONAL E INVESTIGACIÓN

El doctor Cortés Espinosa, explica que los tratamientos generan buenos resultados, controlando las evacuaciones mucosanguinolentas, diarrea y



Dr. Tomas Cortés Espinosa

los parámetros bioquímicos se normalizan. De tal forma que se logra cicatrizar la mucosa en ambas enfermedades, evitando la cirugía.

“En el Centro de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tenemos una base de datos electrónicos y trabajamos en investigación clínica y básica. Nuestro objetivo es evitar complicaciones para reintegrar a los pacientes a la sociedad, pero si nos llegan con fistulas, estenosis o problemas de abscesos perianales, la calidad de vida se empieza a deteriorar. Actualmente se trabaja en estudios sobre el impacto emocional causado por estas enfermedades. En los pacientes jóvenes se deteriora el aspecto psicológico e inclusive llegan a presentar disfunciones sexuales, por lo que es importante brindarles el mejor tratamiento para mejorar su calidad de vida”.

VITANCO: ALIADO EN LA DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES CAUSADOS POR ESTRÉS

Dr. Gustavo Hernández Verde

Director Médico de Schwabe Pharma México

falta de energía, tensión, mal humor, irritabilidad, nerviosismo, etcétera. El doctor Gustavo Hernández Verde, Director Médico de Schwabe Pharma México, explica:

“El estrés es una respuesta del organismo a factores reales o percibidos, que afecta distintas funciones del organismo a nivel inmunológico, psicológico o metabólico, generando posibles molestias gastrointestinales inespecíficas, como agruras, dolor abdominal, malestares en el epigastrio, sensación de pesadez, entre otros”.

EFFECTIVIDAD DE FITOMEDICAMENTOS

Todos los cambios y sensaciones tienen origen en el sistema nervioso, el cual libera hormonas y esteroides que influyen en el sistema inmunológico. De tal manera que, las emociones de alto impacto son detonantes de una serie de reacciones, que pueden dar paso a enfermedades ácido-pépticas, úlceras de estrés, gastritis y dispepsia.

“Como médicos, nuestro deber es identificar los cuadros habituales de las enfermedades y determinar a través de preguntas, si existen otros factores que compliquen la sintomatología del paciente. Cada enfermedad tiene sus características y muchas de éstas son consecuencia de un componente específico del estrés; es importante que además de brindar tratamiento a la sintomatología gastrointestinal, se atienda el manejo de dicho estrés”.

“Existen tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos que ayudan al manejo de la sintomatología del estrés. Ejemplos de terapias que no requieren medicamento son: yoga, ejercicios de relajación y deporte. Por otra parte, el tratamiento farmacológico está relacionado con

psicofármacos, ansiolíticos, benzodiazepinas, entre otros. Si bien por sus características estos fármacos son eficaces y de acción casi inmediata, pueden causar dependencia, afectando los reflejos y capacidad de reacción de los pacientes”.

Además de los medicamentos de síntesis química, en el mercado farmacéutico existen otros tratamientos, denominados fitomedicamentos, que tienen diversos principios activos extraídos directamente de plantas medicinales. Algunos de estos medicamentos, como Vitanco (Rhodiola rosea), cuentan con investigación clínica que demuestra su utilidad para el control de los síntomas del estrés.

PRINCIPIO ACTIVO DE RHODIOLA ROSEA

De acuerdo con el doctor Hernández Verde, existen estudios que comparan la eficacia de un medicamento sintético con un fitomedicamento. Los resultados han arrojado que la eficacia es equivalente y el paciente con fitomedicamento no presenta efectos adversos negativos, como con un medicamento sintético, que puede provocar poca tolerancia o dependencia.

“En Schwabe Pharma tenemos medicamentos como Vitanco para reducir la sintomatología del estrés, el cual está elaborado con extractos de planta Rhodiola rosea. Se trata de un extracto estandarizado, cuyo principio activo es WS® 1375. Tenemos estudios que demuestran que la Rhodiola rosea modula las hormonas del estrés y aumenta, tanto la energía como el metabolismo. Vitanco alivia específicamente los síntomas físicos y mentales asociados al estrés. Una de las mayores ventajas de este medicamento es que no causa taquifilaxia y tampoco tiene toxicidad, actuando sin dañar órganos como el hígado o riñón”.

“Cuando el médico determina que uno de los componentes de la enfermedad gastrointestinal es el estrés, se debe brindar además del tratamiento convencional para tratar el padecimiento de su especialidad, un medicamento complementario como Vitanco, para disminuir los síntomas del estrés. Es importante señalar que este medicamento no cura la gastritis o la úlcera, pero resulta un aliado para modular aquellas hormonas que alteran reacciones en nuestro cuerpo”.



Caja con 30 tabletas

Vitanco 200 mg¹

1 antes del **desayuno**

1 antes de la **comida**

Vitanco® está indicado para la prevención y mejoría de los síntomas físicos y mentales asociados al estrés ocasionado por factores como: sobrecarga de trabajo, fatiga, agotamiento, irritabilidad y tensión.

Con doble mecanismo de acción que modera la liberación de las hormonas del estrés (cortisol y adrenalina).



Schwabe Pharma México

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@farmasa-schwabe.com.mx al teléfono 01 800 3682 682 o a través de www.schwabe.com.mx

Reg. No. 016P2015 SSA
No. de autorización 173501202C0059

Debido a su naturaleza como ente biopsicosocial, el hombre desarrolla diversas emociones, como felicidad, preocupación, tristeza y ansiedad. Estos sentimientos son generados por funciones cerebrales que, en consecuencia, se ven reflejados como sensaciones en todo el organismo. El aparato digestivo es frecuentemente el blanco de los estados emocionales alterados, debido a las células nerviosas que lo conectan con el cerebro a través de la médula espinal; de tal forma que cuando se percibe angustia o estrés, pueden aparecer algunos síntomas, como dispepsia o colitis.

El estrés es una de las sensaciones generadas con mayor facilidad por factores externos o internos, que afecta tanto a hombres como mujeres en diferentes etapas de su vida. Entre sus principales síntomas se encuentra el cansancio, pérdida de cabello, agotamiento, dolor de cabeza,



Dr. FELIPE ZAMARRIPA DORSEY

SECRETARIO



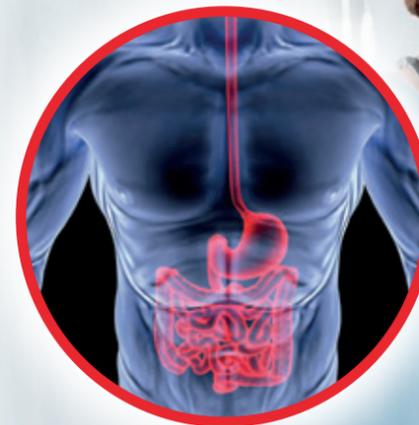
HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO COMPLICACIÓN DE ALTA MORTALIDAD

“Las hemorragias son la principal causa de emergencia en Gastroenterología, los estudios endoscópicos son herramienta clave para la detección y su tratamiento, ya que con éstos se pueden detectar hasta el 95% de las causas que generan la hemorragia”.

Existe un amplio abanico de padecimientos relacionados con el sistema digestivo, donde se incluyen trastornos funcionales y orgánicos, tales como enfermedades hepáticas, biliares, del estómago y colon. Algunas causas que pueden detonar el desarrollo de las diversas patologías gastrointestinales son las alteraciones genéticas, factores ambientales, consumo excesivo de alcohol y tabaco e inclusive la ingesta prolongada de ciertos productos farmacológicos.

La mayoría de las enfermedades del tracto digestivo, como las úlceras, hemorroides y constipación, por mencionar algunas, se pueden controlar si son atendidas debidamente. Con el paso del tiempo si estos problemas no fueron diagnosticados y tratados oportunamente, pueden generar complicaciones, por ejemplo, hemorragias graves, las cuales en algunos casos llegan a ser mortales.

El doctor Felipe Zamarripa, Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital Juárez de México



HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO



y Secretario General de la AMG, explica que las hemorragias del tubo digestivo que van desde la boca hasta la parte baja del colon, se dividen de acuerdo a la gravedad y localización. “Paulatinamente las hemorragias leves pueden provocar complicaciones, como anemia, empeorando la calidad y sobrevida de los pacientes; por su parte, una hemorragia severa pone en peligro la vida y conlleva a hospitalización”.

“La hemorragia es considerada como la complicación de determinadas enfermedades y se divide de acuerdo a su localización en: alta, media y baja. La primera se refiere al sangrado que se genera desde la boca hasta el intestino medio; la segunda puede surgir desde del intestino medio a la válvula ileocecal; y la tercera abarca todo el colon”.

“Las hemorragias altas representan el 90 por ciento de los casos y a su vez se dividen en no variceal y variceal; la primera se caracteriza por la ruptura de las varices esofágicas y se relaciona

con la complicación de pacientes con cirrosis. Por su parte, la hemorragia variceal es provocada por úlceras gástricas o duodenales; la bacteria *Helicobacter pylori* tiene una importante asociación con este tipo de hemorragia”.

HEMORRAGIAS CAUSA NO. 1 DE URGENCIAS

Al ser considerada como una de las complicaciones que causa mayor mortalidad es fundamental analizar los principales datos de alarma, mismos que engloban anemia ferropénica, hematoquecia, hematemesis y dolor abdominal severo. Cuando el paciente presenta uno o más de estos síntomas, es fundamental realizar estudios, tanto clínicos como endoscópicos, a fin de identificar cuál es el origen del problema.

“Las hemorragias del intestino medio corresponden al cinco por ciento de todos los casos, habitualmente son causadas por malformaciones vasculares en el intestino, por tumores o úlceras

provocadas por antiinflamatorios. Se piensa que ciertos medicamentos no dañan la mucosa del intestino delgado, sin embargo la enfermedad causada por el consumo prolongado de antiinflamatorios no esteroideos es conocida como enteropatía por AINEs”.

“Las hemorragias son la principal causa de emergencia en Gastroenterología, por lo que los estudios endoscópicos son la herramienta clave para la detección y tratamiento oportuno del problema, ya que con estos procedimientos se pueden detectar hasta el 95 por ciento de las causas que generan la hemorragia”.

LA MUERTE COMO CONSECUENCIA DEL SANGRADO MASIVO

El doctor Felipe Zamarripa, explica que durante las últimas décadas se ha reducido considerablemente la mortalidad por hemorragias digestivas, gracias a las técnicas novedosas de

endoscopia. Aunado a ello, la preparación de los médicos de primer contacto ha sido muy importante, ya que en primera instancia son ellos quienes pueden identificar los factores de riesgo y referir al paciente con los especialistas.

“Como en toda enfermedad es prioritario detectar los datos de alarma, si tenemos un paciente que sangró, se desmayó, vomitó, se encuentra anémico y tuvo evacuaciones negras o vinosas, se le deben realizar exámenes complementarios, como biometría hemática y otra serie de estudios clínicos para estabilizarlo y brindarle el tratamiento más adecuado. Una hemorragia no controlada puede provocar la muerte, aunque el éxito de control es del 90 por ciento”.

“En el Hospital Juárez atendemos, como mínimo, tres casos por hemorragia de tubo digestivo durante el día. Desafortunadamente cuando las hemorragias son causadas por una varice esofágica en pacientes cirróticos, los sangrados son sumamente masivos, de tal manera que en un paciente enfermo del hígado las posibilidades de mortalidad aumentan. Las úlceras y hemorragias se presentan con mayor frecuencia durante la tercera y cuarta década de la vida, con una incidencia poco mayor en hombres. Las hemorragias variceales son más constantes en personas de mayor edad por el consumo de alcohol y/o con enfermedades hepáticas como la cirrosis, con una mortalidad de hasta 50 por ciento”.

“Las úlceras y hemorragias se presentan con mayor frecuencia durante la tercera y cuarta década de vida, con una incidencia mayor en hombres. Las hemorragias variceales son más constantes en personas de mayor edad por el consumo de alcohol o con enfermedades hepáticas crónicas, con una mortalidad de hasta 50 por ciento”.

HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS

Existen herramientas muy efectivas para el diagnóstico de una hemorragia de intestino medio, tales como la capsula endoscópica, misma que ingiere el paciente y toma 40 mil fotos del tracto digestivo en un lapso de ocho horas. Asimismo, se encuentran los estudios por enteroscopia y colonoscopia, ésta última es utilizada para realizar el diagnóstico de las hemorragias digestivas bajas.

“Las principales causas del sangrado en el tubo digestivo bajo son: la hemorragia diverticular, la enfermedad hemorroidal, los tumores, entre otros. Se puede disminuir la posibilidad de sufrir alguna hemorragia al evitar ingerir antiinflamatorios en exceso; en aquel paciente con varices esofágicas por un problema hepático, la forma de prevenir complicaciones es evitando el consumo de alcohol, a fin de detener el progreso de la fibrosis hepática”.

“Para tratar esta complicación utilizamos los inhibidores de la bomba de protones, los cuales pueden administrarse por vía endovenosa y oral. Cuando se determina el origen del sangrado por endoscopia y éste es causado por una úlcera, debemos conocer el grado en el que se encuentra, para realizar un posible tratamiento endoscópico, donde se pueda coagular, inyectar o poner una grapa, para lograr la inhibición del sangrado en el 90 por ciento de las ocasiones”.



LABOR COMO SECRETARIO

El doctor Felipe Zamarripa Dorsey, Secretario General de la AMG en la gestión 2017, tiene como principales funciones suplir al Vicepresidente en ausencias temporales, colaborar estrechamente con el Presidente y todos los miembros de la directiva en asuntos relacionados con la Asociación, así como redactar las órdenes del día de los citatorios de la mesa directiva para asambleas, reuniones locales y regionales, del Consejo Consultivo y de los diferentes comités que la conforman.

“Mi función es informar al Presidente sobre las altas y bajas de los socios. Debo señalar que el 75 por ciento de los agremiados corresponden a las sociedades filiales; aproximadamente tenemos cerca de 1,500 asociados. Este año en particular ha sido histórico, ya que hasta el momento tenemos más de 100 nuevos socios”.

“Hemos trabajado de la mano con las filiales para que involucren a gente joven, apoyándolos en la parte académica y en la organización de sus cursos. Tenemos a los socios en entrenamiento, los cuales son casi 200. La AMG a través de la industria farmacéutica los apoya para que asistan a los eventos académicos más importantes, como ECOS Internacionales y la Semana Nacional de Gastroenterología. Este año tenemos el octavo Encuentro Nacional de Residentes, donde participan 120 médicos en formación”.



Dr. ENRIQUE COSS ADAME TESORERO



SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CAUSA NO. 1 DE CONSULTA GASTROENTEROLÓGICA

“El SII es el trastorno funcional digestivo más frecuente en nuestra práctica; asimismo, se encuentra dentro de las primeras 20 causas de consulta en Medicina General de adultos. Su prevalencia en nuestro país es de entre 9 y 16%”.

Los problemas digestivos afectan la calidad de vida de miles de personas a nivel social y profesional, limitando sus actividades cotidianas. Uno de los trastornos funcionales mayormente atendidos en la práctica del gastroenterólogo es el Síndrome de Intestino Irritable (SII), el cual se caracteriza por ser una enfermedad crónica y recurrente que presenta como principal sintomatología, dolor abdominal y alteración en las evacuaciones, provocando diarrea y/o estreñimiento.

De acuerdo con los criterios de Roma IV, el diagnóstico del SII se determina a partir de la presencia de malestar abdominal recurrente, alteración en la defecación y frecuencia de las deposiciones; estos signos deben estar presentes al menos una vez por semana. Según estos criterios, los síntomas deben comenzar cuando menos seis meses antes del diagnóstico.

EL TRASTORNO MÁS FRECUENTE DE LA ESPECIALIDAD

El SII es un trastorno multifactorial, donde las causas desencadenantes de su sintomatología son derivadas



SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

de una alteración en la población bacteriana, la interacción del eje cerebro-intestino, el cual está relacionado con la secreción o motilidad intestinal en respuesta a diferentes estímulos, como comidas, distensión, estrés emocional o inflamación; además, los antecedentes familiares de primer grado con SII y la hipersensibilidad intestinal, así como otras condiciones que favorecen la microinflamación, provocan los síntomas ya señalados.

El doctor Enrique Coss Adame, Tesorero de la Directiva 2017 de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) y médico adscrito al Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, explica que el SII no es curable, sin embargo clasificarlo e identificar las causas que acentúan su sintomatología, ayuda a controlar y mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

“El Síndrome de Intestino Irritable es el trastorno funcional digestivo más frecuente en nuestra práctica. Es considerado como una de las tres primeras causas de consulta de la Gastroenterología; asimismo, este trastorno se encuentra dentro

de las primeras 20 causas de consulta en Medicina General de adultos. Su prevalencia en nuestro país es de entre 9 y 16 por ciento, mientras que a nivel mundial oscila entre el 10 y 20 por ciento”.

“Las mujeres tienen una mayor frecuencia en la presencia de estos síntomas. Se ha especulado que está relacionado con la actividad de estrógeno y progesterona en la fisiopatología; sin embargo, probablemente, este aumento relativo en mujeres se debe a que son ellas quienes acuden más y participan en los estudios. De acuerdo a diversas investigaciones, existen múltiples vías fisiopatológicas para el desencadenamiento de este trastorno, donde se ha identificado que la alteración en la motilidad intestinal, los problemas de hipersensibilidad, así como el crecimiento bacteriano, son aspectos presentes en pacientes con SII”.

CLASIFICACIÓN DEL SII Y TRATAMIENTOS DIRIGIDOS

Alteraciones internas en el organismo, como exceso o déficit en la secreción de enzimas pancreáticas o sales biliares, son los principales factores que causan diarrea y estreñimiento. El Sínd

drome de Intestino Irritable se puede subclasificar en cuatro tópicos, los cuales están determinados de acuerdo al tipo de evacuaciones que presenta cada paciente: SII por estreñimiento, diarrea, mixto o no clasificada.

“Denominamos SII con estreñimiento, cuando en más del 25 por ciento de las ocasiones el paciente evacúa heces duras. Cuando el 25 por ciento de las heces tienen disminución en consistencia, se conoce como SII con diarrea y cuando existe en un mismo paciente, tanto evacuaciones con incremento de consistencia de heces duras con disminución en su consistencia, se denomina SII mixto. Existe un cuarto tipo que no puede ser clasificado de acuerdo al porcentaje de evacuaciones, mismo que se conoce como SII no clasificable”.

“El conocimiento sobre la clasificación es importante para el tratamiento, ya que cada tipo es consecuencia de factores fisiopatológicos diferentes. Recientemente llegaron las terapias blanco o dirigidas para tratar dicho trastorno digestivo; tenemos medicamentos como secretagogos que favorecen la secreción de agua y electrolitos a la luz del intestino, con lo que se puede incrementar

la frecuencia de las evacuaciones. Este tratamiento se utiliza en trastorno con estreñimiento; los secretagogos inciden en cómo se manejan las sales biliares en su llegada al colon; en el futuro tendremos quelantes o bloqueadores de estas sales biliares para disminuir la incidencia de diarrea”.

De acuerdo al especialista, existen fármacos que son antagonistas o agonistas de receptores de opiáceos, que en un futuro no muy lejano estarán disponibles en nuestro país para disminuir la incidencia de evacuaciones diarreicas. Asimismo, los pacientes con SII sin estreñimiento, deben ser tratados con antibióticos no absorbibles que pueden ayudar a mejorar sus síntomas.

Existen diferentes vías para determinar el diagnóstico de un paciente con SII. Además de conocer su historia clínica es importante realizar pruebas que ayuden a descartar otros problemas digestivos. Por lo cual, el uso del test de expulsión de balón, ecografías abdominales, gastroscopias y/o colonoscopias, pruebas de intolerancias alimentarias, son estudios que ayudan al especialista a determinar una patología intestinal crónico-inflamatoria, como la enfermedad de Crohn o CUCI. Asimismo, estos estudios son útiles para descartar neoplasias benignas o malignas, como pólipos intestinales.

CONSENSO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Con el objetivo de brindar a sus asociados información actualizada sobre la detección oportuna y tratamientos novedosos en la población mexicana, la AMG publicó el Consenso sobre el Síndrome de Intestino Irritable, que es considerada una herramienta básica para el uso práctico del gastroenterólogo.

“Como clínicos debemos analizar cuáles son los puntos que favorecen el desarrollo de los síntomas en cada paciente y tratar de identificarlos, a fin de mejorar su calidad de vida. Recientemente publicamos el Consenso del Síndrome de Intestino Irritable; este esfuerzo se realizó desde el 2016 y fue incluido de manera reciente en la Revista de Gastroenterología de México. Todos pueden tener acceso a este consenso. Los invito a que entren a la página www.gastro.org.mx, en el apartado de la Revista, donde podrán descargar el contenido de esta publicación que es muy útil en nuestro día a día”.

“El SII disminuye de manera importante la calidad de vida de quienes lo padecen; afortunadamente no es una enfermedad grave, ya que se ha demostrado que ser portador de esta patología no incrementa el riesgo de padecer tumores malignos en el colon y tampoco aumenta el riesgo de eventos, como sangrados del tubo digestivo. El paciente debe saber que no es una enfermedad curable, pero sí controlable y ello depende de los hábitos dietéticos. Nuestro objetivo como Asociación es acercar a los médicos en formación y especialistas, información y revisión de los temas más importantes en Gastroenterología”.

“En la Semana Nacional abordamos temas diversos, como motilidad gastrointestinal, reflujo gastroesofágico y trastornos anorrectales, entre otros. Tenemos la participación de líderes de opinión a nivel internacional. Durante este magno evento contamos con la participación, como cada año, de: American Gastroenterology Association, American College of Gastroenterology y la Sociedad Española de Patología Digestiva”.

“Debemos analizar cuáles son los puntos que favorecen el desarrollo de los síntomas en cada paciente y tratar de identificarlos, a fin de mejorar su calidad de vida. Recientemente publicamos el Consenso del SII, que fue incluido en la Revista de Gastroenterología de México”.

El doctor Enrique Coss Adame, Tesorero de la Asociación Mexicana de Gastroenterología, explica que la solidez financiera del organismo es resultado de los buenos cimientos que se han forjado durante las últimas décadas: “A corto plazo seguiremos con la misma tasa de crecimiento, implementaremos medidas para disminuir costos de operación en términos sobre todo de desplazamientos; probablemente el uso de herramientas tecnológicas para realizar conferencias con las filiales por vía web, nos ayudará en este aspecto, logrando mantener las finanzas sanas”.

“Como Asociación es fundamental tener nuevos asociados, por ello el cambio de los estatutos en las pasadas administraciones nos llevó a aceptar socios en formación; nuestra tarea en el futuro es reafirmar el compromiso con estos socios, para que se conviertan en socios activos cuando terminen su entrenamiento. Hoy en día estamos implementando que el especialista en formación no pague cuota de ingreso, sólo su anualidad en el primer año que egrese”.

“Respecto a la relación con las compañías, nosotros siempre estamos abiertos con la industria farmacéutica, ya que nos ha ayudado al fomento de la educación y al crecimiento de la AMG. Trabajamos realizando gestiones en una relación que llamamos ganar-ganar. Durante la Semana Nacional de Gastroenterología, todos los días se realizan simposios auspiciados por la industria. Se ha cumplido con las expectativas académicas de nuestros asociados y este evento no es la excepción”.



ROL DE LA MICROBIOTA EN SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

Los trastornos funcionales digestivos, como el Síndrome de Intestino Irritable (SII), se caracterizan por impactar negativamente en la calidad de vida de quienes los padecen. Las causas en el desarrollo de este síndrome se desconocen, sin embargo los especialistas reconocen que antecedentes como cuadros infecciosos gastrointestinales bacterianos o virales, entre ellos, la Shigella, salmonelosis o gastroenteritis, pueden ser factores que propicien síntomas del SII.

Al respecto, la doctora Ana Teresa Abreu y Abreu, médico gastroenterólogo-neurogastroenterólogo del Hospital Ángeles del Pedregal, miembro de la Asociación Científica Internacional para Probióticos y Prebióticos, explica: “Los padecimientos funcionales gastrointestinales han hecho que nos remontemos al estudio de la microbiota intestinal; se ha visto que los microorganismos del tracto digestivo en el intestino irritable perciben los metabolitos que producen algunas bacterias”.

“Las células enterocromafines que se encuentran en la pared intestinal perciben, dependiendo de la prevalencia y tipo de bacterias, sustancias como los ácidos grasos de cadena corta, aminoácidos, vitaminas, hidróxido de sulfuro e incluso sustancias tóxicas; con base a su presencia estas células liberan serotonina, la cual puede favorecer, si existe un desequilibrio en las bacterias y las sustancias que producen alteraciones en la secreción y movimiento intestinal, lo que se traduce en alteraciones en la sensibilidad visceral, una característica presente en los pacientes con síndrome de intestino irritable”.

“La prevalencia mundial por este síndrome es de entre 12 y 17 por ciento. La calidad de vida es un aspecto importante que debemos entender en el paciente afectado, independientemente de los síntomas; los pacientes evitan consumir algunos alimentos y se sienten incómodos con el uso de ropa ajustada o por la presencia de distensión o flatulencia, lo que limita su calidad de vida”.

BENEFICIO DE CEPAS PROBIÓTICAS

El estrés, la mala alimentación, los viajes constantes, el consumo de antibióticos sistémicos y ciertos medicamentos, como los supresores de ácidos (inhibidores de bomba de protones para el reflujo), son factores asociados al desequilibrio en la población de bacterias. Al modificarse la población de microorganismos que alteran el pH del estómago, existe la posibilidad de que algunas bacterias puedan pasar

Dr. Ana Teresa Abreu y Abreu

**Neurogastroenteróloga,
Miembro de la ACIPP**

al intestino; dichas bacterias pueden ser fermentadoras y propiciar síntomas relacionados con el SII.

“Sabemos mucho sobre la relación de la microbiota intestinal y su repercusión sistémica en el síndrome metabólico, síndrome de intestino irritable y padecimientos gastrointestinales agudos. El estudio de la microbiota ha ganado terreno en el conocimiento médico, debido a su aplicación terapéutica. Los probióticos son microorganismos vivos y viables que confieren un beneficio en la salud, mientras que los prebióticos son el sustrato que es ingerido y que dentro del tracto digestivo permite que las bacterias mantengan su presencia y potencializan su mecanismo de acción”.

“Los probióticos deben estar siempre en una cantidad determinada y ser siempre taxonómicamente iguales en relación a la cepa. Cuando trabajamos con probióticos debemos hacerlo con el conocimiento del beneficio que otorga cada cepa en alguna condición de salud; la denominación de cepa la proporciona casi siempre un banco de microorganismos, como por ejemplo la Colección Nacional de Cultivos Microbianos del Instituto Pasteur con sus siglas CNCM. En 2008 las Guías de Probióticos y Prebióticos de la Organización Mundial de Gastroenterología, recomendaban una cepa probiótica con beneficio en el tratamiento del síndrome de intestino irritable, sin embargo la investigación es tan creciente en este rubro que en 9 años (febrero del 2017), las nuevas guías, hacen mención de 12 productos probióticos y tres prebióticos, validados para ayudar en este síndrome”.

“Algunos probióticos funcionan para diarrea, otros para distensión y tránsito intestinal, algunos más para brindar protección contra antibióticos; además, otros sirven como opciones terapéuticas a largo plazo, ya que no sólo corrigen los problemas musculares de tránsito o sensibilidad, sino también modifican la presencia de algunas bacterias del intestino. Algunos ejemplos de cepas probióticas son Bifidobacterium infantis 35624, Sacharomyces boulardii CNCM I-745 o combinaciones como Pe-



diococcus acidilactici CECT7483 y Lactobacillus plantarum CECT 7485-7484. O Lactobacillus rhamnosus HN001 y Bifidobacterium longum BB536; o Lactobacillus acidophilus LA5 y Bifidobacterium lactis BB12, o Bacillus clausii O/C, T, SIN, N/R; Lactobacillus helveticus R052 y Bifidobacterium longum RO 175, que ayudan desde recolonizar el intestino durante o después del uso de antibióticos, tratar diarreas agudas, tratar estreñimiento, etcétera”.

MANEJO DIETARIO

La doctora Abreu y Abreu, explica que es fundamental comunicarle al paciente que esta enfermedad no se cura, pero es altamente controlable, por lo cual el principal objetivo es lograr periodos de remisión prolongados, a fin de que se alcance una buena calidad de vida. “Cuando tratamos intestino irritable es importante escuchar la sintomatología del paciente”.

“Lo que sugerimos desde el punto de vista dietario, es que se elimine temporalmente lo altamente fermentable durante el cuadro de exacerbación: col, coliflor, lechuga, rábano, brócoli, calabaza, espárragos, melón, sandía, piña, frijol, haba, lenteja, garbanzo, chícharo y ejote. Los lácteos pueden ingerirse en presentación deslactosada. El mejor mensaje que puedo dar es que el médico tiene actualmente la oportunidad de conocer y actualizarse en esta nueva opción terapéutica que es coadyuvante de múltiples enfermedades, incluyendo muchas patologías del tracto digestivo; el conocimiento del mecanismo de acción de la microbiota y las distintas enfermedades, lo que nos está permitiendo es ampliar nuestro entendimiento de las enfermedades, así como la posibilidad de mejorar nuestros tratamientos”.

PROBIOLOG IBS: COMPLEMENTO TERAPÉUTICO PARA EL SII

Dr. Jordi Espadaler

**Director de Innovación
AB-BIOTICS S.A.,
Barcelona, España**

El conjunto de millones de microorganismos del intestino conforman la microbiota, la cual tiene como objetivo beneficiar las funciones digestivas; sin embargo los estilos de vida acelerados y la mala alimentación deterioran de manera progresiva la microbiota. La alteración de ésta influye, además, en la detonación de trastornos digestivos, como el Síndrome de Intestino Irritable (SII); la fisiopatología de este síndrome es compleja y multifactorial e incluye debilitación de la barrera intestinal, microinflamación de la mucosa, mayor sensibilidad al dolor intestinal y crecimiento de enterobacterias.

El doctor Jordi Espadaler, Director de Innovación de la empresa AB-BIOTICS S.A., en Barcelona, España, explica que los probióticos son microorganismos vivos que al ingerirlos ayudan a mejorar el estado de salud, al suplementar la microbiota. “Los probióticos refuerzan las funcionalidades de la microbiota, que está compuesta por cientos de géneros distintos, mientras que todas las bacterias probióticas pertenecen a pocos géneros, como: Lactobacillus y Bifidobacterium. La acción de cada probiótico se centra en reducir la inflamación intestinal, competir con algunas bacterias patógenas y reducir la permeabilidad intestinal”.

EFICACIA E INVESTIGACIÓN DE PROBIOLOG IBS

Las formulaciones probióticas favorecen la salud gastrointestinal y de acuerdo a las guías de la Organización Mundial de la Salud y de la Asociación Mundial de Gastroenterología, toda formulación debe indicar las cepas y dosis que contiene. Cada cepa se clasifica mediante un código de letras y números, debido a que las cepas de una misma especie bacteriana pueden tener propiedades distintas. De tal manera que, las formulas deben probarse clínicamente para comprobar su eficacia.



A nivel mundial existen laboratorios especializados en la elaboración de fórmulas probióticas, enfocadas en tratar problemas gastrointestinales, tal como MAYOLY SPINDLER S.A., quien recientemente lanzó al mercado mexicano Probiolog IBS. Esta formulación probiótica es considerada un suplemento alimenticio que ayuda a mejorar la sintomatología provocada por el SII.

“Los estudios con las cepas de la fórmula Probiolog IBS, fueron realizados en la Universidad Autónoma de Barcelona. Partimos de cientos de cepas aisladas de microbiota de personas sanas, hasta seleccionar tres de ellas por sus características bioquímicas. Las cepas seleccionadas tienen una acción triple: liberan sustancias que se sabe refuerzan la barrera del intestino; estas sustancias disminuyen la inflamación intestinal; y finalmente, reducen el crecimiento de enterobacterias, las cuales promueven un estado de microinflamación y mayor sensibilidad al dolor intestinal por su producción de endotoxinas”.

“De acuerdo a un estudio clínico realizado en dos hospitales públicos españoles en pacientes con síndrome de intestino irritable, se observó que Probiolog IBS logró un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes con colon irritable y especialmente en su hipersensibilidad intestinal. El diseño del estudio fue aleatorizado a doble ciego y

controlado con placebo; los sujetos que tomaron el probiótico mejoraron significativamente más que los que habían tomado placebo”.

ÚNICO PROBIÓTICO QUE REDUCE LA HIPERSENSIBILIDAD INTESTINAL

El doctor Jordi Espadaler, sugiere que Probiolog IBS debe administrarse en una toma al día (por vía oral), posterior a la ingesta de alimentos. “La guía de la Asociación Mundial de Gastroenterología recomienda este suplemento para el tratamiento del SII. A diferencia de otros probióticos, Probiolog IBS se posiciona como complementario de fármacos antiespasmódicos; actualmente es el único probiótico que ayuda a reducir progresivamente las alteraciones que producen hipersensibilidad intestinal”.

“Este suplemento alimenticio tiene un alto perfil de seguridad, ya que puede combinarse con antiespasmódicos, antidiarreicos y laxantes, así como con los antibióticos ciprofloxacino y metronidazol. Sabemos que algunos especialistas lo emplean para el tratamiento de la reservoritis tras una resección colónica, en virtud de su efecto reductor de la microinflamación, su capacidad para competir con enterobacterias y de reforzar la barrera intestinal”.

**ENFERMEDAD CELIACA E INTOLERANCIA ALIMENTARIA
2 PROBLEMAS QUE SE SUBDIAGNOSTICAN**

“Tanto la enfermedad celiaca y las intolerancias alimentarias, son un grupo de padecimientos que causan síntomas que suelen confundirse con problemas de salud más comunes, como el síndrome de intestino irritable”.



Gran cantidad de patologías gastrointestinales se manifiestan con sintomatologías similares, como distensión abdominal y diarrea. Esto en ocasiones propicia que los pacientes sean mal diagnosticados y no sean tratados adecuadamente, generando complicaciones de la enfermedad. Por ello el trabajo de la AMG, es acercar a los especialistas los conocimientos y herramientas que les permitan identificar adecuadamente las diferentes enfermedades del tubo digestivo, a fin de diagnosticarlas y tratarlas en forma adecuada, para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Para determinar el trastorno que padece un paciente, es necesario realizar una historia clínica y examen físico, y en caso necesario, utilizar los estudios diagnósticos precisos. Algunos problemas gastrointestinales suelen derivarse de absorción intestinal deficiente, entre ellos, la enfermedad celiaca. Esta patología ocasiona inflamación de las vellosidades del intestino delgado en pacientes que son intolerantes al gluten, una proteína que se

encuentra en el trigo y otros cereales. El doctor Octavio Gómez Escudero, Profesor de la AMG y Coordinador de Medicina Interna en el Hospital Ángeles de la ciudad de Puebla, explica:

“La enfermedad celiaca puede desarrollarse después de una infección gastrointestinal, existiendo una reacción inflamatoria cruzada contra las vellosidades del intestino. Clínicamente es clasificada por los Criterios de Oslo, en los cuales a través de un modelo de iceberg podemos agrupar a los pacientes con enfermedad celiaca sintomática, atípica y silenciosa. Los que están en la punta del iceberg son quienes padecen los síntomas clásicos de esta enfermedad, como diarrea crónica y esteatorrea, pérdida de peso y anemia. En la parte mayor del iceberg encontramos a los pacientes con síntomas inespecíficos, como distensión abdominal, meteorismo, borborismos y flatulencias. Existe un grupo particular que tiene síntomas extra-intestinales, como manifestaciones cutáneas, artropatía o problemas del sistema nervioso central”.

ABANICO DE SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICOS

De acuerdo a datos señalados por el doctor Gómez Escudero, a nivel global esta enfermedad la padece aproximadamente entre el 1-2 por ciento de la población. En México se han publicado varios estudios durante el periodo 2009-2015, que indican que la prevalencia en nuestro país es un poco más alta, llegando al 4.5 por ciento. Es importante destacar que estas cifras varían de acuerdo a diferentes aspectos:

“Actualmente se ha querido involucrar al gluten como el causante de varios problemas gastrointestinales, de manera que muchos pacientes se han reportado como sensibles al mismo; ésta es una entidad que se denomina ‘hipersensibilidad al gluten no celiaca’, manifestada por síntomas abdominales al consumir gluten, pero sin evidencia histológica o serológica de enfermedad celiaca. Algunos estudios señalan que estos síntomas no son necesariamente

asociados al gluten, sino a otros alimentos llamados FODMAPs”.

Para confirmar el diagnóstico de enfermedad celiaca, existen varias formas de hacerlo: 1 Determinación de anticuerpos en sangre (antigliadina deaminada antitransglutaminasa tisular y antiendomiso). Dado que existe predisposición genética, se puede realizar una prueba de HLA DQ2 o DQ8, y si los resultados son negativos el paciente no tiene probabilidad de desarrollar enfermedad celiaca, sin embargo, esta prueba no está fácilmente disponible en todo el país. 2 Cuando la sospecha es alta pero la serología es débilmente positiva, se realiza una endoscopia con toma de biopsias duodenales, en las cuales se observa atrofia de vellosidades y linfocitosis intraepitelial. 3 En aquellos pacientes que no quieren o no pueden realizarse estas pruebas, se puede efectuar una prueba terapéutica, retirando el gluten de la dieta durante cierto tiempo y posteriormente realizar un desafío, reintroduciendo el

gluten a la dieta, y valorando mejoría al principio y recurrencia sintomática durante el desafío.

Finalmente el tratamiento consiste en una dieta estricta sin gluten en forma indefinida. Se han descrito casos complicados con ulceraciones o estenosis intestinales, que pueden requerir el uso de esteroides de acción local, como budesonida. Entre las principales complicaciones en el paciente sin tratamiento, se observan aquellas derivadas de malabsorción crónica de nutrientes, como anemia por deficiencia de hierro y ácido fólico, osteomalacia, y en niños falla para progresar.

SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A INTOLERANCIA ALIMENTARIA

Intolerancia alimentaria se define como una reacción no inmunológica que puede ser causada por deficiencia de alguna enzima, agentes farmacológicos u otras sustancias, y que desencadenan en síntomas gastrointestinales como dolor, distensión, flatulencias y diarrea. La diferencia con alergia alimentaria es que en esta última la reacción es inmunológica. Pueden existir intolerancias a diferentes carbohidratos, como lactosa o fructosa, a otros alimentos como los llamados FODMAPs, que incluyen diferentes tipos de carbohidratos poco absorbibles o a medicamentos. Es importante distinguir si el paciente es realmente intolerante a una cantidad normal de un alimento, por ejemplo lactosa, o si los síntomas provienen de una cantidad muy elevada de este carbohidrato, y que rebasa la capacidad del organismo para digerirlo.

“Las manifestaciones clínicas de las intolerancias alimentarias que atienden los gastroenterólogos pediatras son diferentes a las que abordamos los gastroenterólogos de adultos. Los niños generalmente presentan dolor, vómito y diarrea, mientras que los adultos se quejan más frecuentemente de flatulencias y distensión, la cual puede ser

“Las manifestaciones clínicas de las intolerancias alimentarias que atienden los gastroenterólogos pediatras son diferentes a las que abordamos los gastroenterólogos de adultos. Los niños generalmente presentan dolor, vómito y diarrea, mientras que los adultos se quejan de flatulencias y distensión, la cual puede ser objetiva o subjetiva”.

objetiva o subjetiva. Los pacientes con intolerancia generalmente tienen distensión objetiva, es decir, con aumento en el perímetro abdominal; la distensión subjetiva se asocia a percepción de distensión, pero sin aumento en perímetro abdominal, y es clásica de pacientes con algún trastorno funcional digestivo, como el síndrome de intestino irritable”.

EDUCACIÓN PARA PACIENTES Y ESPECIALISTAS

El doctor Octavio Gómez, explica que además de retirar los alimentos que posiblemente causen la sintomatología, en los casos en los que hay duda se pueden realizar pruebas de aliento que consisten en medir el hidrógeno o metano expirado tras la administración de un sustrato, como lactosa o fructosa, para determinar de acuerdo a parámetros bien establecidos, si la persona es intolerante a un carbohidrato determinado.

“Tanto la enfermedad celiaca como las intolerancias alimentarias, ocasionan síntomas que pueden confundirse con otros problemas, como el síndrome de intestino irritable, y más aún, pueden llegar a presentarse al mismo tiempo. Es por eso que se debe reconocer cada problema, para ofrecer el tratamiento apropiado para cada entidad”.

“Como Asociación realizamos varios eventos académicos durante el año en diferentes ciudades del país, que incluyen los tópicos más importantes de la especialidad, como reflujo gastroesofágico, dispepsia, trastornos funcionales digestivos, enfermedad inflamatoria intestinal, patología hepática, problemas pancreatobiliares, microbiota intestinal y disbiosis, además de otros temas de interés como investigación clínica, bioestadística y aspectos médico-legales. Le ofrecemos a nuestros asociados, actualización continua en los rubros más importantes de la Gastroenterología”.



LABOR COMO PROTESORERO

El doctor Octavio Gómez Escudero, actual Protesorero de la AMG, participó como Secretario de Relaciones durante la gestión 2014. Entre las principales funciones del Protesorero, se encuentra brindar apoyo al Tesorero en el desarrollo de sus tareas y suplirlo cuando no esté presente, para posteriormente convertirse en Tesorero de la AMG.

“El objetivo del Protesorero es cumplir con los aspectos administrativos, tales como elaboración de papelería para la entregar-recepción del cambio de mesa directiva, apoyar en el informe detallado de entradas y salidas financieras de los diversos eventos académicos, y estar pendientes de la realización y resultados de las auditorías internas y externas. Cabe destacar que la AMG se encuentra bien consolidada gracias a la salud de sus finanzas”.

“Además de mis funciones como Protesorero, he tenido el honor de ser nombrado por el doctor Aurelio López Colombo, como uno de los Coordinadores de la Semana Nacional de Gastroenterología, participando en la organización de los simposios con los profesores nacionales y extranjeros, los trabajos libres orales y en cartel para su presentación, así como en toda la logística de viajes y hospedajes para los profesores, las actividades académicas y sociales a realizar durante el evento”.

“Estoy muy contento de pertenecer a la AMG, ya que en muchos aspectos, primordialmente en la parte académica, es una de las instituciones líderes del país”.



Dr. EDUARDO PRADO OROZCO SECRETARIO DE ACTAS

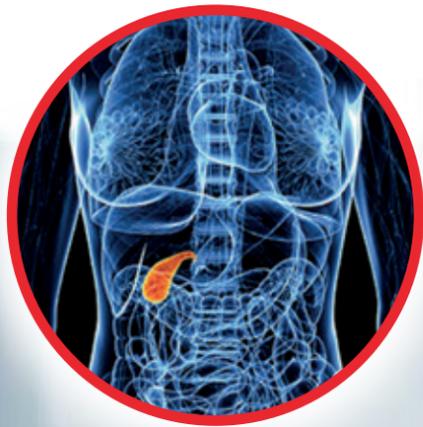


COLECISTITIS Y PRESENCIA DE LITOS DENTRO DE LA VESÍCULA

“El 95% o más de los casos de colecistitis se deben a la presencia de litos dentro de la vesícula, que se forman a partir de alteraciones en el sistema biliar; la bilis es responsable de formar pequeños cristales que coloquialmente son conocidos como piedras”.

En todo el mundo una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de Urgencias y Cirugía General, es la colecistitis, que es la inflamación de la vesícula biliar, lo cual provoca dolor, distensión abdominal, náuseas, vómitos y en ocasiones fiebre. Desafortunadamente debido a los cambios hormonales, las mujeres son más propensas al desarrollo de esta enfermedad. Cabe destacar que este problema gastroenterológico es multifactorial, donde la edad, la herencia e inclusive los malos hábitos alimenticios y estilos de vida sedentarios, juegan un papel importante para detonar la sintomatología.

La colecistitis es una consecuencia directa del mal funcionamiento del sistema biliar. La bilis al ser una sustancia producida por el hígado, tiene como principal función ayudar en el proceso de digestión y absorción de las grasas, favoreciendo la eliminación de los desechos del hígado, como la bilirrubina o el exceso de colesterol. El doctor Eduardo Prado Orozco, quien es Presidente de la Asociación



COLECISTITIS



Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, Jefe del Servicio de Endoscopia en el Hospital General del Sur Dr. Eduardo Vázquez Navarro de Puebla, y Secretario de Actas de la gestión 2017 de la Asociación Mexicana de Gastroenterología, explica:

“Se conocen muchas causas de colecistitis, pero el 95 por ciento o más de los casos con inflamación vesicular, se deben a la presencia de litos o piedras dentro de la vesícula. Estos litos se forman a partir de alteraciones en el sistema biliar, siendo la bilis la responsable de formar pequeños cristales que coloquialmente son conocidos como piedras. La presencia de litos y la mala función de la vesícula, irritan a ésta, provocando una inflamación crónica, la cual es conocida como colecistitis crónica litiasica”.

DE LA COLECISTITIS CRÓNICA A LA AGUDA

La presentación de esta enfermedad se manifiesta primordialmente después de la cuarta década de la vida; asimismo, las mujeres con multiparidad, la población con sobrepeso y aquellas personas obesas que adelgazan rápidamente, tienen

mayor riesgo de desarrollar colecistitis. A los pacientes que inician con dolor, se les administran analgésicos para controlar el síntoma, lo cual desafortunadamente propicia un diagnóstico tardío que puede conllevar a consecuencias graves: agrandamiento de la vesícula biliar, dolor e incremento en el riesgo de una ruptura de la misma vesícula, así como infección y muerte del tejido.

“La colecistitis se puede dividir en dos grandes grupos: crónica y aguda. La crónica es una inflamación de la vesícula biliar de larga duración, causada casi siempre por cálculos biliares; se caracteriza por crisis repetidas de dolor que se producen cuando los cálculos biliares bloquean periódicamente el conducto cístico. Los pacientes al presentar dolor como el síntoma más frecuente, ingieren analgésicos, lo cual retrasa el tiempo en el que acuden a buscar atención médica. Cabe destacar que estos pacientes se pueden estudiar y abordar de manera quirúrgica electivamente”.

“Por otra parte un paciente con colecistitis aguda, desarrolla un cuadro súbito con dolor intenso y continuo, localizado en la región superior del

abdomen. Aunado a ello se presentan fenómenos asociados a náusea, vómito y fiebre. Cuando existe una inflamación aguda se debe a que las piedras, litos o cálculos biliares, tapan el conducto de salida de la vesícula; ésta se empieza a distender de forma importante, fomentando además la presencia de bacterias gramnegativas, como la escherichia coli”.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA COMO PRIMERA OPCIÓN

El diagnóstico de la enfermedad puede realizarse a partir del conocimiento de la sintomatología y complementarse a través de estudios de imagen, como el ultrasonido o la ecografía. Cabe destacar que la ecografía detecta el líquido alrededor de la vesícula biliar y el engrosamiento de la pared vesicular, lo cual es un signo característico de la colecistitis aguda. La gammagrafía biliar es utilizada cuando el diagnóstico no puede ser confirmado y la tomografía computarizada del abdomen es considerada una herramienta clave para detectar complicaciones de la colecistitis, tales como pancreatitis o un desgarramiento en la vesícula biliar.



De acuerdo al doctor Prado Orozco, existen diversas formas de abordar esta enfermedad, sin embargo la opción quirúrgica resulta la más efectiva. “Hay tratamientos farmacológicos para disolver las piedras o litos de la vesícula, sin embargo tienen limitantes, ya que sólo funcionan en ciertos casos, debido a que los litos contienen una importante cantidad de calcio y no resultan efectivos a algunos fármacos”.

“Los tratamientos pueden ser prolongados por años, lo que está asociado a efectos adversos importantes. En el supuesto de que el paciente llevara el tratamiento adecuado y disolviera los litos sin tener efectos adversos, desafortunadamente seguirá teniendo una vesícula enferma, por lo que en algunos años se formarán nuevos litos. Por estas razones se considera que es una patología que debe abordarse de forma quirúrgica. La colecistectomía es la técnica realizada para resolver esta enfermedad”.

“Desde hace algunos años esta intervención quirúrgica dio un salto, al pasar de efectuarse de manera abierta a realizarse por mínima invasión. A través de pequeñas incisiones en la cavidad abdominal, se introducen algunos puertos laparoscópicos, por donde ingresan cámaras e instrumentos quirúrgicos para realizar la cirugía. Dentro de las principales ventajas de la colecistectomía, se encuentra una recuperación más rápida para el paciente, además de que tiene

menos dolor y el efecto estético es mucho mejor”.

IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE CAUSAS Y SÍNTOMAS

Tanto los pacientes con colecistitis aguda o crónica, deben ser intervenidos mediante cirugía. Una de las principales preocupaciones de los especialistas es prevenir y tratar oportunamente cada caso. Algunas recomendaciones para disminuir la posibilidad de desarrollar esta enfermedad digestiva, es mantener una dieta adecuada, evitando el sobrepeso u obesidad.

“Como especialistas debemos conocer muy bien las diferentes causas y síntomas de una enfermedad, esto con el objetivo de que cuando el paciente acuda a consulta por un dolor abdominal, podamos diagnosticar adecuadamente la patología; en ocasiones de forma incidental descubrimos la presencia de litos en la vesícula. Asimismo, es importante resaltar el trabajo multidisciplinario para lograr un tratamiento adecuado; las intervenciones quirúrgicas deben realizarse por personal capacitado en el área, puesto que una complicación asociada a la cirugía para remover la vesícula, es la lesión de la vía biliar, lo cual limita la calidad y tiempo de vida. De tal manera que estudiar al paciente de forma integral resulta fundamental”.



LABOR COMO SECRETARIO DE ACTAS

El doctor Eduardo Prado Orozco, Secretario de Actas de la AMG, tiene como función principal protocolizar las actas de cada reunión o sesión del cuerpo directivo de la Asociación. Además se encarga de hacer en tiempo y forma, el acta de entrega-recepción para el cambio de mesa directiva, apoyando a su vez la toma de decisiones realizadas por el actual Presidente, con el objetivo de brindar calidad en la actualización médica de los diferentes especialistas que conforman la AMG.

“La Asociación es un ente cuya principal tarea es difundir, generar y fomentar el conocimiento de la Gastroenterología. La AMG es una organización multidisciplinaria que cubre a cirujanos, patólogos y especialistas afines a la Gastroenterología, que tienen como principal inquietud adquirir conocimiento actualizado y de buena calidad en el ramo de su competencia. Para lograr este objetivo, apoyamos la realización de los cursos en los diferentes estados del país, para acercar la información a nuestros socios. Las redes sociales han sido una importante herramienta en este sentido, puesto que transmiten de manera inmediata, información de utilidad a los médicos e inclusive a la población en general”.

“Trabajamos arduamente en la realización de los programas académicos. Durante la Semana Nacional, soy co-director del Curso de Cirugía de Posgrado, el cual está co-patrocinado académicamente por la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo. El objetivo de este Curso es revisar los tópicos relacionados a patologías quirúrgicas digestivas comunes; la idea es revisar el conocimiento más actual de cómo se manejan las patologías digestivas que requieren tratamiento quirúrgico, tales como las vesículas de las vías biliares, páncreas, esófago y estómago”.

“Nuestro objetivo es que los asistentes formen un criterio amplio sobre las diversas técnicas quirúrgicas, tanto para la reconstrucción de la vía biliar lesionada, así como para tratar a un paciente con pancreatitis. Realizamos conjuntamente con los endoscopistas, módulos de controversias en cuanto a patologías que pueden ser tratadas de forma endoscópica o quirúrgica, para exponer los pros y contras de los abordajes y de esta manera, los asistentes se formen una opinión propia”.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Dra. Luz Adriana López Luría

Diversos trastornos funcionales digestivos se caracterizan por dolor o malestar abdominal (acompañado de alteraciones en la frecuencia de las evacuaciones), uno de los más frecuentes en la población global es el Síndrome de Intestino Irritable (SII), mejor conocido como colitis. Las enfermedades gastrointestinales se desarrollan a partir de un conjunto de factores inespecíficos que contribuyen a la presentación de los síntomas.

La doctora Luz Adriana López, egresada del Posgrado de Alta Especialidad en Motilidad Gastrointestinal del Hospital Juárez de México, explica que la predisposición genética, alteraciones en la microbiota intestinal, así como algunas infecciones gastrointestinales, son factores que contribuyen al desarrollo del SII. “La hipersensibilidad visceral, al igual que las alteraciones en la permeabilidad de las paredes intestinales, la intolerancia a algunos carbohidratos y ciertos factores psicosociales (como ansiedad y depresión), contribuyen a este síndrome”.

“Desafortunadamente este trastorno digestivo se presenta comúnmente en población joven; las edades más frecuentes de desarrollo son entre los 20 y 40 años, afectando a tres mujeres por cada hombre. A nivel mundial, algunos estudios han revelado que aproximadamente entre el 9 y 12 por ciento de la población padece síndrome de intestino irritable”.

TRIADA TERAPÉUTICA: ALIMENTACIÓN, EJERCICIO Y FÁRMACOS

El diagnóstico de este trastorno digestivo se realiza con base en guías de criterio clínico; la última actualización de los Criterios de Roma IV (2016), señala que aquel paciente que presenta dolor abdominal acompañado de alteración en la frecuencia y/o forma de las evacuaciones, por lo menos una vez a la semana en los últimos tres meses, puede padecer SII. Esta enfermedad tiene un curso benigno, pero no es curable, de tal manera que es fundamental identificar la sintomatología, a fin de controlar el problema.

“Existen muchas dianas terapéuticas que ayudan a aliviar los síntomas, sin embargo, para obtener buenos resultados es importante educar al paciente,

mejorando algunos hábitos, como la dieta y el ejercicio. Si el paciente lleva adecuadamente estas indicaciones, aunado al tratamiento farmacológico adecuado, tendremos buena respuesta terapéutica; éste debe brindarse de acuerdo al subtipo de síndrome de intestino irritable. Regularmente se brindan terapias combinadas para tratar los diferentes síntomas, como dolor, distensión diarreica y estreñimiento”.

“Por ejemplo, la mebeverina, es un medicamento noble que actúa relajando el músculo liso gastrointestinal. Estudios han comparado este fármaco con placebo, demostrando cómo de forma significativa alivia el malestar abdominal. Una de las principales ventajas de este medicamento es que no se presentan efectos anticolinérgicos sistémicos, es decir, los pacientes no tienen resequecedad de boca y no favorece al estreñimiento. Este fármaco lo utilizo casi siempre en terapia combinada, para aliviar el dolor abdominal”.

“Asimismo, otros medicamentos como bromuro de pinaverio, al igual que la mebeverina, son utilizados para mejorar la motilidad gastrointestinal, disminuir los espasmos, mejorar la hipersensibilidad visceral y la distensión abdominal. Una gran ventaja de estos productos es la disponibilidad en México. Si bien los tratamientos para estos pacientes son prolongados, estos medicamentos no generan ningún daño renal o hepático, de tal manera que se pueden utilizar 12 semanas de forma ininterrumpida a dosis de cada ocho horas, en el caso del bromuro de pinaverio”.

Por su parte, la mebeverina de Abbott se administra cada 12 horas, ya que tiene liberación prolongada.

PAPEL DE LA DIETA EN EL APEGO AL TRATAMIENTO

Como explica el especialista, el apego terapéutico aunado a un equilibrio en dieta y ejercicio, son clave para mejorar la respuesta al tratamiento: “Existen nuevas moléculas que actúan sobre diferentes mecanismos a nivel del intestino, para tratar de forma dirigida los síntomas de estreñimiento y diarrea. Por su parte, las dietas bajas en carbohidratos, como monosacáridos, disacáridos, oligosacáridos y polioles fermentables, ayudan a disminuir el dolor y la formación de gas abdominal; asimismo, el ejercicio ha demostrado que puede mejorar la motilidad intestinal y la excreción de gas intestinal”.

“En las enfermedades gastrointestinales es importante identificar ciertos alimentos que pueden ser un factor influyente para mejorar los síntomas de nuestros pacientes. En México tenemos una gastronomía amplia y en casos en los que existan intolerancias a los carbohidratos, debemos retirar de nuestra dieta algunos cereales, productos derivados de la leche, pan integral, trigo, ajo, cebolla, champiñones, chicharos y algunas frutas, como las manzanas y peras. De esta manera podremos mejorar la calidad de vida de quienes padecen síndrome de intestino irritable”.



Línea Pediátrica



Klaricid® 12H: Reg. No. 086M91 SSA IV No.S. 163300416T0294, Umckaloabo® Jarabe: Reg. No. 003P2013 SSA VI No.S 133300415J0040, Monalti®: Reg. No. 014M2014 SSA No.S. 143300415B0017, Teolong®: Reg. No. 286M87 SSA IV No.S. 143300415J0192, Optimin®: Reg. No. 88841 SSA IV No. S. 093300422A0060, Duphalac®: Reg. No. 467M2002 SSA VI No. S. 153300415P0016, Duspatalin® Ped.: Reg. No. 259M2009 SSA No. S. 173300416T0032, FP: 04013817-E, No. SSA. 173300202C4467.



Descarga gratis las 2 ediciones de **LÍDERES MÉDICOS** sobre la **Asociación Mexicana de Gastroenterología**



f Líderes Médicos

Consulta todas nuestras ediciones en: www.lideresmedicos.com



Dr. LOUIS FRANCOIS DE GIAU TRIULZI

SECRETARIO DE RELACIONES



INCREMENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN JÓVENES MEXICANOS

“Observamos que el cáncer gástrico ha comenzado a desarrollarse en jóvenes, actualmente tenemos en consulta pacientes de entre 19 y 30 años, cuando los cánceres se diagnosticaban a partir de la quinta década de vida. Los jóvenes tienden a desarrollar carcinomas de características más agresivas”.

Las enfermedades oncológicas se posicionan como algunas de las más prevalentes en México y en todo el mundo, cobrando la vida de miles de pacientes anualmente. El cáncer de mama, próstata y pulmón ocupan los primeros lugares, sin embargo en las últimas décadas las patologías cancerosas del sistema digestivo han incrementado considerablemente, debido a múltiples factores, como alteraciones genéticas, factores ambientales y primordialmente malos hábitos alimenticios. A nivel global las instituciones de salud y asociaciones médicas, han impulsado el desarrollo de estudios de investigación, a fin de conocer el comportamiento de algunos cánceres como el gástrico.

Este carcinoma se encuentra ligado al consumo excesivo de alimentos ahumados y salados, de tal manera que en nuestro país algunos estudios epidemiológicos han arrojado que esta patología es de alta prevalencia en estados como Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Campeche y el sur de Veracruz, donde la alimentación se consume en estas presentaciones. Sin embargo, al tratarse de una enfermedad



crónico-degenerativa, existen otros aspectos que favorecen su desarrollo, tales como la bacteria *Helicobacter pylori*, la polución, el tabaco y contaminación de aguas, por mencionar algunos. Al respecto, el doctor Louis Francois de Giau, Secretario de Relaciones de la AMG y médico adscrito del Hospital Español de México, explica:

“El cáncer gástrico engloba tanto antecedentes familiares como factores ambientales; desafortunadamente esta patología tiene una importante relación con la limitante económica. Si bien el cáncer no se mide por estratos sociales, el acceso oportuno a los servicios de salud marca una diferencia importante en la sobrevivencia de los pacientes, ya que la detección de la enfermedad en etapas avanzadas es más frecuente en población de escasos recursos. Desde hace 10 años ha sido la patología gastroenterológica más frecuente en México, sin embargo hoy en día también han incrementado los casos de otros cánceres, como el de colon, hígado y páncreas”.

AUTOMEDICACIÓN: UN FACTOR QUE DISFRAZA LA ENFERMEDAD

Datos publicados por la American Cancer Society, señalan que la tasa promedio de supervivencia

para cáncer de estómago es de cinco años, lo cual puede variar según la etapa en la que se diagnostique. El cáncer gástrico al igual que otras patologías oncológicas, se desarrollaba primordialmente en edades avanzadas, sin embargo las detecciones hoy se realizan cada vez más en población económicamente activa.

“Observamos que el cáncer gástrico ha comenzado a desarrollarse en jóvenes, actualmente tenemos en consulta algunos pacientes de entre 19 y 30 años, cuando normalmente los cánceres se diagnosticaban a partir de la quinta y sexta década de la vida. Desafortunadamente los pacientes jóvenes tienden a desarrollar carcinomas de características más agresivas, de tal manera que la sobrevivencia dependerá del estadio, tipo de cáncer y localización del mismo”.

“Algunos síntomas son similares a los de otros problemas gástricos; en ocasiones el paciente que comienza con dolor en la boca del estómago, recurre a la automedicación e ingiere omeprazol para aliviar este síntoma. Como consecuencia, se retrasa el diagnóstico y acude con el especialista cuando la enfermedad ya avanzó. Debemos considerar que esta enfermedad puede ser o no sintomática, donde las manifestaciones más fre-

cuentes son la plenitud postprandial, distensión, náuseas, vomito, evacuaciones negras y pérdida de peso”.

Afortunadamente las tasas de supervivencia han mejorado gracias a los avances en tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, los cuales cada vez son más personalizados de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Tal como explica el doctor De Giau Triulzi, existen técnicas endoscópicas y quirúrgicas menos invasivas, por lo que es posible realizar resecciones laparoscópicas completamente curativas.

“La quimioterapia y radioterapia han permitido mejorar la expectativa de supervivencia y calidad de vida de los pacientes. Sin embargo cuando el cáncer está diseminado o con metástasis, el paciente debe recibir cuidados paliativos, ya que nuestro deber es evitarlos en la medida de lo posible molestias y dolor”.

IMPORTANCIA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS ONCOLÓGICOS

Los cánceres gastrointestinales tienen asociación con los tumores ginecológicos y prostáticos, por lo cual el conocimiento sobre la historia familiar

juega un papel esencial en la prevención y diagnóstico oportuno. En Japón, debido a la alta incidencia de casos por cáncer gástrico, han implementado programas de prevención, donde realizan a población en general a partir de los 35 años, endoscopias para descartar lesiones en el sistema digestivo, principalmente en el estómago.

“En nuestro país se ha comenzado a trabajar en programas preventivos de diferentes patologías oncológicas, como mama y próstata. Lo más importante es educar a la población para que acudan a los programas de escrutinio. Existen personas que comienzan con síntomas mínimos, pero no se atienden adecuadamente, dejando pasar el momento de ser diagnosticados y tratados oportunamente”.

“Mi recomendación a los colegas del primer nivel de atención, es que conozcan la enfermedad. Si el médico no sospecha de las patologías, no las piensa y por ende no las diagnostica. Es importante que los sistemas de salud estén bien intercomunicados para que los pacientes sean referidos a centros de alta especialidad. El gastroenterólogo por formación tiene en la cabeza la detección oportuna de las enfermedades, sin embargo es importante hacer énfasis en el trabajo multidisciplinario, ya que este aspecto ha cambiado la expectativa de vida de muchas personas. Como especialistas tenemos la obligación moral ante los pacientes, de ofrecerles el mejor tratamiento”.

TRATAMIENTOS EN LAS DISTINTAS ETAPAS

El cáncer gastrointestinal cambia drásticamente el estilo de vida de quienes lo padecen, puesto que las intervenciones quirúrgicas pueden incluir la resección total del

estómago, lo que depende de la gravedad del tumor. El doctor Louis Francois De Giau hace hincapié en que todo paciente con síntoma de alarma debe realizarse una evaluación completa. “El médico tiene que conocer la historia clínica para determinar el tipo de estudios que se requieren y descartar esta enfermedad y otras complicaciones. Debemos que realizar desde una biometría hemática hasta pruebas de glucosa, así como una endoscopia gastrointestinal”.

“La endoscopia alta nos permite detectar lesiones tempranas que pudieran ser pre-malignas. Con esta herramienta es posible tomar biopsias y estudios de extensión, para conocer hasta dónde está localizado el tumor, así como el estadio en que se encuentra. Los especialistas dedicados a la Oncología son quienes a partir de los resultados de dichos estudios, determinarán el mejor tratamiento. Los avances en terapias farmacológicas y técnicas quirúrgicas han sido exponenciales; lo ideal es tratar la patología en etapas tempranas, ya que una lesión muy pequeña en la mucosa puede ser reseccionada endoscópicamente”.

“Si el tumor es diagnosticado en una etapa avanzada, se utilizan tanto terapias radiológicas como farmacológicas. Los tratamientos con quimioterapia y radioterapia antes de cirugía, han demostrado ser un parteaguas en la sobrevida de los pacientes, ya que ayudan a disminuir el tamaño del tumor, lo que puede ser una ventaja para el tratamiento quirúrgico. Asimismo, es importante brindar a los pacientes aún en estado paliativo, las mejores opciones de tratamiento; la endoscopia tiene un papel fundamental en este punto, porque nos permite colocar prótesis y realizar tratamientos de ablación del tumor, a fin de que el paciente pueda mejorar su calidad de vida”.

“Algunos síntomas del cáncer gástrico son similares a los de otras patologías; en ocasiones el paciente con dolor recurre a la automedicación e ingiere omeprazol para aliviar este síntoma. Como consecuencia, se retrasa el diagnóstico y acude con el especialista cuando la enfermedad ya avanzó”.



LABOR COMO SECRETARIO DE RELACIONES

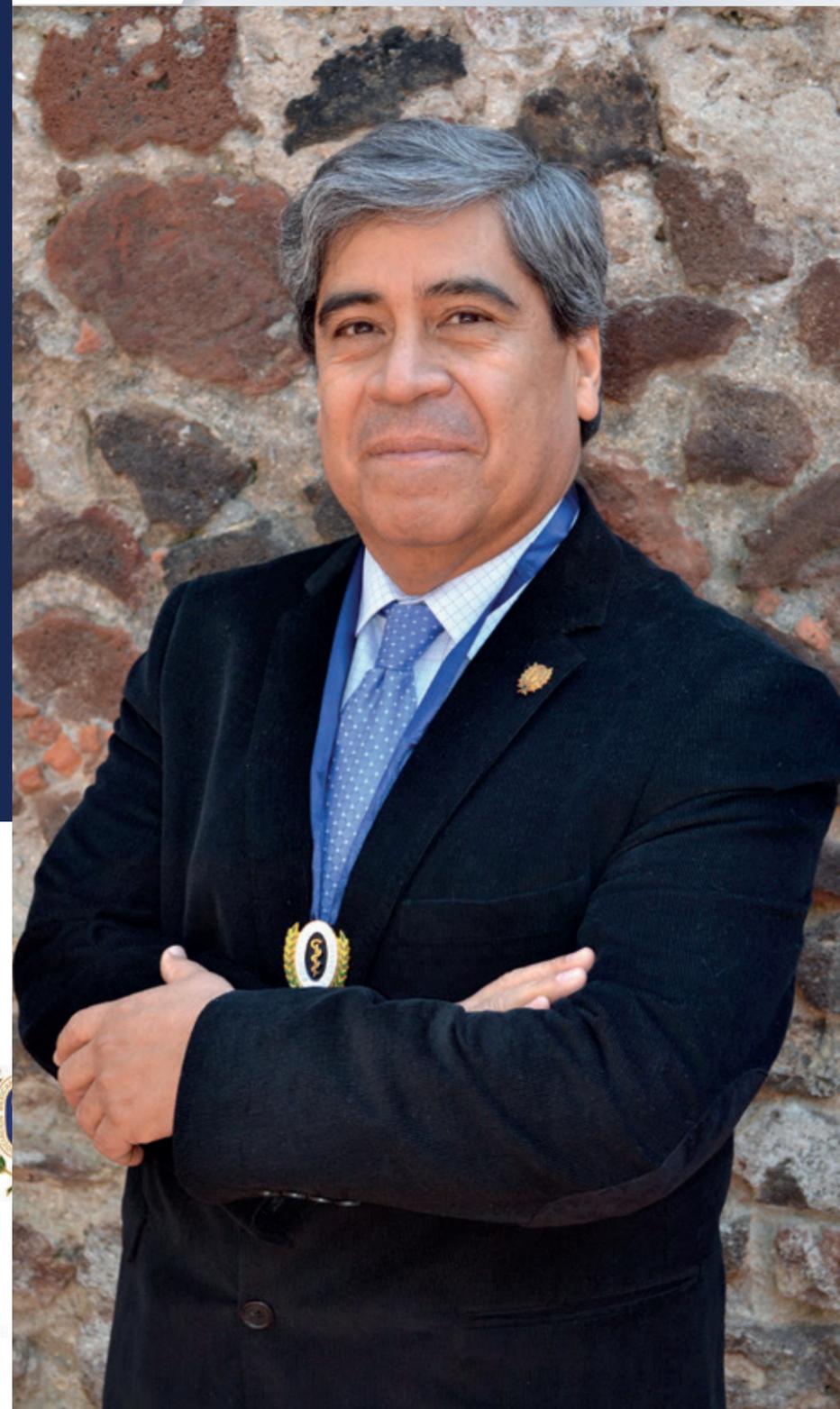
La Asociación Mexicana de Gastroenterología, brinda apoyo a las agrupaciones de gastroenterólogos y especialistas afines de los diferentes estados, dedicadas a la atención clínica y difusión del conocimiento académico de las principales enfermedades del sistema digestivo. El doctor Louis Francois De Giau Triulzi, Secretario de Relaciones, tiene como principal función establecer y sostener un fuerte vínculo académico de la Asociación con sus filiales.

“Mi tarea es representar a la AMG ante las filiales y mantener una estrecha comunicación con los diferentes presidentes para la toma de decisiones en consensos y reuniones. Estas últimas son fundamentales, ya que son clave para la actualización de los socios y para difundir las actividades académicas realizadas por la Asociación. Asimismo, participo dentro del Comité de Admisiones, a fin de valorar los expedientes de los nuevos socios”.

“Con el advenimiento del internet y las redes sociales nuestras relaciones se han fortalecido, gracias a la facilidad y acceso a la comunicación e información. Apoyamos a cada una de las filiales cuando lo solicitan en sus programas académicos, como Asociación los respaldamos con la presencia de profesores o ponentes especialistas en un tema. Es importante saber cómo estamos trabajando, hacia dónde vamos y cómo llevaremos a cabo nuestras estrategias para brindarles a nuestros socios grandes resultados”.



Dr. FRANCISCO JAVIER BOSQUES PADILLA CONSEJO CONSULTIVO



CUCI ENFERMEDAD INCURABLE Y TOTALMENTE CONTROLABLE

“Una vez que se establece el diagnóstico, logramos un control satisfactorio en 8 de cada 10 casos. Actualmente no existe un tratamiento que resuelva de manera permanente la sintomatología, sin embargo nuestro trabajo es lograr que los pacientes tengan periodos de control más largos”.

Los trastornos digestivos de origen autoinmune se han posicionado, paulatinamente, entre los principales motivos de consulta en la población mundial. La Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica (CUCI) es una enfermedad de la que se desconoce la causa específica de su desarrollo, sin embargo existen diversos factores que pueden incidir en el desencadenamiento de su sintomatología. Por ejemplo, la predisposición genética, aunada a procesos infecciosos o factores ambientales y psicológicos (como el estrés), pueden propiciar brotes de colitis ulcerosa.

La CUCI es una enfermedad inflamatoria, caracterizada por la ulceración de la pared interior del colon; de acuerdo a su localización se denomina de diferente forma. Cuando este trastorno afecta el recto, se conoce como proctitis ulcerosa; si se encuentra localizada en el lado izquierdo del colon, se nombra colitis limitada o distal; pero si invade completamente el colon, entonces es llamada pancolitis. El doctor Francisco Javier Bosques Padilla,



CUCI

Expresidente de la Asociación Mexicana de Gastroenterología, en el periodo 2015, actualmente forma parte del Consejo Consultivo de este organismo; además, es responsable de la División de Medicina Interna en el Sistema del TecSalud en Monterrey, y es profesor titular en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

“Este trastorno se expresa primordialmente en la frecuencia y consistencia de las evacuaciones, caracterizadas por diarrea, presencia de moco y sangrado en el excremento; asimismo, los pacientes presentan dolor abdominal intenso y los síntomas se manifiestan a lo largo de semanas e inclusive durante meses, antes de ser atendidos de manera apropiada. Desafortunadamente la mayoría de los casos se diagnostican tardíamente. La enfermedad tiene un comportamiento caprichoso, ya que en ocasiones se puede manifestar de manera más violenta, provocando inclusive anemia”.

UNA PATOLOGÍA DE JÓVENES

Las patologías crónicas como CUCI, impactan negativamente en la vida de miles de personas

durante la etapa económicamente activa. La incidencia de este trastorno muestra dos picos, donde el de mayor prevalencia surge entre los 20 y 30 años, mientras que el segundo se manifiesta entre los 50 y 60. Hace algunas décadas esta enfermedad era poco conocida, hoy en día existen trabajos de investigación epidemiológica que buscan identificar la prevalencia de este trastorno.

“En México se desconoce la frecuencia de CUCI, sin embargo existen centros especializados dedicados al control y tratamiento de estos trastornos digestivos. Nosotros en el Hospital de la Universidad Autónoma de Nuevo León, tenemos un promedio de cuatro a seis pacientes con CUCI por cada mil ingresos. Si bien no contamos con estadísticas fiables, se está trabajando en la pesquisa a través de encuestas, para conocer el promedio de casos de acuerdo a las diferentes áreas geográficas del país”.

“La colitis ulcerosa es una enfermedad de personas jóvenes, pero no debemos perder de vista que puede aparecer en cualquier época de la vida; de tal manera que, tanto hombres como mujeres, corren el mismo riesgo de padecerla. Como es-

pecialistas nuestra herramienta primordial para diagnosticar los diferentes trastornos digestivos, es la historia clínica del paciente. Por otra parte, estudios diagnósticos, como la endoscopia y colonoscopia para la toma de biopsia, los exámenes radiográficos y las pruebas de laboratorio, nos permiten definir la extensión e intensidad de la enfermedad, así como descartar otros problemas de salud concurrentes”.

CONTROL TOTAL DE LA SINTOMATOLOGÍA

En fechas recientes se ha comprobado que este trastorno tiene una relación importante con la alteración de la microbiota intestinal, lo que podrá ser usado en el futuro mediato como una alternativa terapéutica. Esta enfermedad es incurable, pero los síntomas se pueden controlar a partir de un tratamiento adecuado, el cual puede incluir (de acuerdo a cada caso), medicamentos que disminuyan la inflamación anormal en la pared del colon y otros síntomas, como diarrea.

“Afortunadamente una vez que se establece el diagnóstico, logramos un control satisfactorio en 8 de cada 10 pacientes; sólo un porcentaje

pequeño no responde a los tratamientos convencionales y requiere de tratamientos complejos o intervención quirúrgica. Actualmente no existe un tratamiento que resuelva de manera permanente la sintomatología, sin embargo nuestro trabajo es lograr que los pacientes tengan periodos de control más largos”.

“El paciente deberá tomar medicamento a lo largo de su vida. Algunos de estos fármacos son derivados del ácido 5-aminosalicílico; en otras ocasiones la cortisona resulta buena opción terapéutica por periodos cortos, ya que el abuso y autoprescripción de este fármaco pueden producir efectos adversos. Se están desarrollando otras fórmulas, conocidas como medicamentos para modular el sistema inmune o medicamentos biológicos. Cuando la terapia farmacológica no es completamente exitosa o surgen complicaciones, se llega a considerar la intervención quirúrgica”.

La colectomía es la intervención quirúrgica que consiste en la resección total o parcial del intestino grueso. Cabe destacar que para la realización de este tipo de procedimientos es fundamental el trabajo multidisciplinario, ya que idealmente debe efectuarse en centros especializados. De acuerdo con el doctor Bosques Padilla, el escenario óptimo para esta intervención quirúrgica es por vía laparoscópica, retirando el colon en su totalidad y conectando el intestino delgado. De tal manera que, la adaptación del intestino delgado permita al ano conservar su función normal para las evacuaciones.

POSIBLES COMPLICACIONES DE LA CUCI

Una de las principales inquietudes de quienes padecen trastornos digestivos radica en las posibles limitantes sociales y personales que estas enfermedades traen consigo, tales

como: cambio en los hábitos alimenticios, efectos secundarios de los medicamentos a largo plazo, así como las posibles complicaciones que pueden surgir a partir de la colitis ulcerativa.

Si bien gran parte de los pacientes con CUCI se controlan adecuadamente con tratamientos farmacológicos, un porcentaje menor tiene la posibilidad de presentar hemorragia masiva, megacolon tóxico, así como la perforación del intestino y en algunos casos, el riesgo de desarrollar cáncer de colon es más elevado. “Dentro de las posibles complicaciones que pueden padecer los pacientes con este trastorno digestivo, se encuentran los cambios precancerosos; en quienes presentan esta tendencia es recomendable realizarles una cirugía completa del colon”.

A pesar de que la CUCI es una enfermedad crónica que no se cura, esto no determina que sea mortal. Miles de personas a nivel mundial con este trastorno llevan una vida estable, gracias a los avances en medicamentos de mantenimiento que han beneficiado la reducción significativa de la sintomatología. Sin duda no se debe dejar a un lado la nutrición correcta, ya que es fundamental para el éxito de los tratamientos; asimismo, es importante que la relación médico-paciente se vea fortalecida, puesto que derivado de este acercamiento se pueden detectar los factores causales que exacerbaban los síntomas de la enfermedad.

“Existen muchos elementos, como la ingesta de algunos alimentos, por ejemplo, los lácteos o condimentos que pueden desencadenar la distensión abdominal o diarrea. Asimismo, sabemos y debemos considerar que la interrelación mente y cuerpo es tan estrecha que algunas alteraciones emocionales, como el estrés, pueden influir en los síntomas de CUCI u otros trastornos digestivos crónicos”.

“La CUCI es una enfermedad de personas jóvenes, pero no debemos perder de vista que puede aparecer en cualquier época de la vida; tanto hombres como mujeres corren el mismo riesgo de padecerla. Nuestra herramienta primordial para diagnosticar los diferentes trastornos digestivos, es la historia clínica del paciente”.



El doctor Francisco Javier Bosques Padilla, quien fue Presidente de la AMG durante el 2015, actualmente en sus funciones como parte del Consejo Consultivo, brinda asesoría al Presidente en la toma de decisiones adecuadas para el correcto funcionamiento de la Asociación. Con base en su perspectiva y experiencia, ayuda a fortalecer los valores cimentados durante las más de ocho décadas de vida de este organismo.

“Es importante que como asociados nos mantengamos conectados, con el objetivo de permanecer actualizados en los avances y actualizaciones de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades gastrointestinales. A lo largo de muchos años han existido trastornos digestivos que se consideraban como raros, hoy en día el panorama de los mismos ha cambiado, ya que los atendemos de manera más frecuente en nuestros hospitales”.

“Quienes hemos tenido el honor de presidir por un año la AMG, centramos nuestros esfuerzos en realizar reuniones y eventos académicos de alta calidad, a fin de acercar a nuestros asociados el conocimiento más relevante sobre el tratamiento de las diferentes enfermedades. Es importante continuar con la tarea de actualización, apoyándonos en los protocolos de atención y diagnóstico, así como por el trabajo multidisciplinario que ofrecen los centros de referencia de los diferentes hospitales del país”.

ALFA WASSERMANN LANZA EN MÉXICO ATEKA®

Dr. Jesús Kazuo Yamamoto realizó la presentación de mesalazina MMX™ durante ECOS Internacionales



mejora el apego al tratamiento y el desenlace de la enfermedad, evitando que el paciente ingiera medicamentos varias veces al día”.

MESALAZINA CON EXCLUSIVA TECNOLOGÍA DE LIBERACIÓN MMX™

Las ventajas de la exclusiva tecnología MMX™ de Ateka® han sido evaluadas en diversos estudios en cuanto a eficacia, mejoría en adherencia y seguridad. Sobre su mecanismo de acción versus otras presentaciones convencionales de mesalazina, el especialista del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Dr. Jesús Kazuo Yamamoto, explicó: “Aunque las mesalazinas tienen relativamente la misma eficacia y perfil de seguridad, lo que da pautas a esta nueva tecnología es su liberación homogénea exclusivamente a lo largo de todo el colon, lo que no sucede con otras presentaciones disponibles actualmente en México. Además, es un beneficio adicional para el paciente la cómoda posología de tomar el medicamento una sola vez al día”.

“Ateka® está enfocado a enfermedades colónicas, podemos ver que los componentes del sistema MMX™ tienen varias cubiertas. La capa externa proporciona un revestimiento gastro-resistente que garantiza la liberación de la mesalazina exclusivamente en colon. Este tipo de cubierta gastro-resistente está presente en algunas marcas de mesalazina. La diferencia con Ateka®

radica en su exclusiva tecnología de liberación MMX™. Esta nueva tecnología intercala 1200 mg de mesalazina dentro de una matriz hidrofílica y lipofílica. Este sistema de matrices cumple con diferentes funciones para lograr la liberación en todo el colon. Una vez en colon, la matriz hidrofílica queda expuesta e interactúa con los fluidos gastrointestinales, formando una masa viscosa que va a permitir que la mesalazina se difunda y adhiera a lo largo de todo el colon”.

“A su vez, la matriz lipofílica retrasa la penetración de fluidos al núcleo de la matriz hidrofílica a nivel gastrointestinal en el tracto digestivo superior. Gracias a ello, la mesalazina de Ateka® se libera de forma constante y homogénea a nivel de todo el colon”.

Para concluir la presentación, el especialista habló del papel que tiene la mesalazina en la prevención del desarrollo del cáncer colorrectal: “Interfiere con el ciclo celular, ya que es un antioxidante que interviene en la prevención del desarrollo del cáncer colorrectal, es anti-inflamatorio y tiene propiedades antimicrobianas”.

“En estudios publicados, casi 20 mil pacientes demostraron que la mesalazina tiene un efecto protector para el desarrollo de cáncer colorrectal”. Algunos meta-análisis han concluido que con el consumo constante de mesalazina existe una disminución del riesgo de cáncer colorrectal y disminución del desarrollo de displasia en pacientes con CUCI”.



De izquierda a derecha: Marko Gordillo, Gerente Mercadotecnia Alfa Wassermann; Dr. Alberto Frati, Director Médico Alfa Wassermann; Juan Carlos Cantú, Gerente Ateka®; Dr. Jesús Kazuo Yamamoto; y Vincenzo D'Elia, Director General Alfa Wassermann.

Teniendo como marco uno de los eventos académicos más importantes de la Gastroenterología nacional, el Dr. Jesús Kazuo Yamamoto (fundador y Director de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Departamento de Gastroenterología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán), realizó la presentación en México de Ateka®, la nueva mesalazina MMX™ de una sola toma al día durante ECOS Internacionales, realizada en agosto pasado en el Hospital Español de la Ciudad de México.

Durante este evento organizado por la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG), la compañía internacional Alfa Wassermann, realizó un simposio para presentar el medicamento, en donde el doctor Yamamoto Furusho habló de las generalidades de la Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática (CUCI) y las principales características y beneficios que Ateka® ofrece para el paciente.

“Las bondades de este producto se basan en el nuevo sistema de liberación MMX™, el cual permite una liberación homogénea de mesalazina a lo largo de todo el intestino grueso hasta el recto, con el beneficio de ser de una sola toma al día. Con una sola dosis al día de Ateka®, la enfermedad está totalmente controlada, lo que sin duda

NUEVO



ateka®
mesalazina MMX™ 1200 mg

La mesalazina MMX™ de una toma al día¹⁻⁴

Cada comprimido de ateka® libera altas dosis de mesalazina MMX™ de manera homogénea en todo el colon^{2,3,5,6}



Referencias:

1. Información para el paciente Ateka®. B. Karen M, Lichtenstein G, Sandborn W, Schreiber S, Lewis R, Barrett K, Joseph K. Effect of Extended MMX Mesalazine Therapy for Acute, Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 2010; 34(12):1312-16. B. Hinescu D, Thaler G, Ben C. Pharmacokinetic efficacy and safety of MMX mesalazine formulation for treating ulcerative colitis. *Rev Col Gastroenterol* 7 (2012) 3014. A. Papan G, Sotiri A, Campese M, Caputo R, Colonna M, Palmeri F, Scarsini F, et al. Clinical trial: extended-release mesalazine treatment with 5-ASA. A 1-year, randomized, multicenter study comparing MMX™ with Asacol Advanced/Pharmacia Ther 2006; 30: 969-978. B. Shuman M, Asanachi R, Khatib K, Tachibana M, Cornish E, Vila R, et al. Gastrointestinal health and 5-ASA release from a new mesalazine extended-release formulation. *Alimentary Pharmacology Ther* 2010; 34: 400-402. C. Clinical release MMX™ mesalazine: a guide to its use in ulcerative colitis. Adapted from Drugs 2007; 67(3): 2839-42 (Comparing MMX™ with Asacol Advanced/Pharmacia Ther 2006; 30: 969-978).





**Dra. MARÍA VICTORIA
BIELSA FERNÁNDEZ:**
.....
CONSEJO CONSULTIVO



HEPATITIS C **PATOLOGÍA CON AMPLIA** **VARIEDAD DE SUBTIPOS** **Y GENOTIPOS**

“Las diferentes variedades o genotipos y subtipos del Virus de la Hepatitis C, hacen muy difícil encontrar una vacuna que cubra todas estas variedades del virus, ya que a pesar de la similitud entre las características biológicas y patogénicas de los diferentes genotipos y subtipos, la respuesta terapéutica y epidemiología es diferente en cada uno”.

Antes de 1995 las transfusiones sanguíneas eran la principal causa de transmisión de la hepatitis C. A partir de ese año se hizo obligatorio el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana “para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”, en los bancos de sangre de todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, a fin de disminuir las enfermedades e infecciones que puedan contagiarse a partir de procesos sanitarios poco seguros.

El virus de la hepatitis C (VHC) es causante de esta enfermedad, que se caracteriza por la inflamación del hígado y puede provocar una infección aguda o crónica; esta patología es casi siempre asintomática durante las primeras etapas, sin embargo es considerada como de alta mortalidad, debido a sus complicaciones asociadas, como cirrosis y carcinoma hepatocelular.

La doctora María Victoria Bielsa Fernández, quien es Coordinadora de Enseñanza de Gastroenterología



HEPATITIS C



y Hepatología en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara y Expresidenta de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) en 2016, es actualmente miembro del Consejo Consultivo de este organismo. Sobre la Hepatitis C, explica que se tienen identificados seis genotipos del VHC (GT1-6), de los cuales se derivan más de 50 subtipos: 1a, 1b, 2a, 2b, etcétera.

DETECCIONES REALIZADAS POR CASUALIDAD

Como señala la doctora Bielsa Fernández, actualmente la forma de transmisión más común del VHC es a través de objetos punzocortantes, prioritariamente en jóvenes que consumen algún tipo de drogas intravenosas y que comparten agujas. Asimismo, pero en menor medida, los tatuajes y perforaciones que se realizan sin control de salubridad, son un medio sencillo donde puede propagarse la infección. El reporte global de hepatitis 2017 de la Organización Mundial de la Salud, señala que en el 2015 se estimó que existían alrededor de 71 millones de personas con infección crónica por VHC.

“Desafortunadamente esta enfermedad no causa síntomas de manera inmediata, ya que el virus daña lentamente al hígado. En la mayoría de los casos, cuando descubrimos la enfermedad es porque ésta se ha vuelto crónica y se presentan complicaciones, como cirrosis hepática y cáncer de hígado, lo que puede conllevar a los pacientes a la muerte. Diagnosticarlos cuando la infección es aguda resulta complicado, ya que un número importante de los casos se detectan por casualidad, cuando los individuos se presentan para donar sangre o se realizan estudios como parte de un chequeo médico, previos a someterse a alguna cirugía”.

“Se calcula que anualmente en México se detectan entre 1,900 y 2 mil casos nuevos; probablemente el 0.7 por ciento de la población mundial esté afectada por el virus y no se dé cuenta. Para determinar el genotipo del Virus de la Hepatitis C, es necesario realizar un análisis de sangre, lo que resulta fundamental para definir la epidemiología y el tratamiento adecuado. El escrutinio de anticuerpos para el virus C, puede realizarse en grupos de alto riesgo, como personas con problemas de drogadicción y pacientes con hemodiálisis por insuficiencia renal. Si los

anticuerpos salen positivos, el siguiente paso es realizar un estudio de reacción en cadena de la polimerasa del virus C, a fin de conocer si la enfermedad está activa”.

A pesar de ser una enfermedad con altas probabilidades de mortalidad, la Organización Mundial de la Salud señala que aproximadamente entre el 15 y 45 por ciento de las personas infectadas con el VHC, destruyen el virus espontáneamente, sin necesidad de tratamiento en un lapso de seis meses; asimismo, entre el 60 y 80 por ciento de los casos tiene altas posibilidades de desarrollar una infección crónica, como la cirrosis hepática.

DESARROLLO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR Y CIRROSIS

Quienes buscan atención médica por hepatitis C, generalmente tienen ataque al estado general de su salud. Los pacientes suelen presentar fatiga y pérdida de peso inexplicables, así como datos de cirrosis hepática avanzada, que es una enfermedad progresiva e irreversible, pero controlable. Algunas manifestaciones clínicas de esta patología son: fatiga, debilidad y en algunos casos ictericia,

así como hemorragia gastrointestinal e hinchazón abdominal o ascitis.

Los pacientes con cirrosis hepática tienen mayores probabilidades de desarrollar el carcinoma hepatocelular, el cual puede ser tratado con quimioterapia, radioterapia y cirugía. La hepatitis viral crónica es la causa más frecuente de cáncer en el hígado.

TERAPIAS CURATIVAS Y ERRADICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Todas las variedades y subtipos que existen del Virus de Hepatitis C, han hecho muy difícil encontrar una vacuna universal, ya que a pesar de la similitud entre las características biológicas y patogénicas de los diferentes genotipos y subtipos, la respuesta terapéutica y epidemiología es diferente en cada uno. “En México el genotipo de mayor prevalencia es el 1, seguido de los tipos 2 y 3, aunque se han reportado casos muy aislados de los genotipos 4, 5 y 6. La edad de mayor presentación de pacientes con VHC es entre la quinta y sexta década de la vida, afectando de igual manera a hombres y mujeres”.

“El tratamiento estándar para el control de la Hepatitis C, hasta hace muy poco, se basaba en fármacos, como el interferón más ribavirina, con tasas de respuesta diferentes de acuerdo a los genotipos. Desafortunadamente el genotipo 1 es el más frecuente en nuestro país y es de los que menos responden a este tratamiento. Cuando el Virus de Hepatitis C se encuentra en etapas avanzadas, en algunos casos, los pacientes son candidatos a realizarles trasplante hepático”.

La doctora María Victoria Bielsa, explica que en los últimos años salieron al mercado nue-

vas terapias con nuevos fármacos antivirales de acción directa, los cuales han logrado la curación en más del 90 por ciento de los casos, superando con mucho los resultados que se obtenían con interferón más ribavirina.

Con estas nuevas terapias, muchas de ellas “pangenotípicas, es decir que son efectivas para todos los genotipos del VHC, es posible tratar, inclusive a los pacientes con cirrosis, y podemos estar casi seguros que tendrán una adecuada respuesta al tratamiento. El objetivo de éste, es que el paciente presente una respuesta viral sostenida, es decir, que por lo menos a cuatro meses después de haber terminado el tratamiento, los resultados sean negativos para la detección del virus C. De esta manera, podemos prevenir el desarrollo o avance de la cirrosis y tal vez del cáncer hepático, disminuyendo la necesidad de trasplante y por supuesto, la mortalidad por complicaciones”.

“Mi recomendación para combatir el VHC, es realizar escrutinio en la población de alto riesgo, a fin de detectar el virus se debe efectuar esta prueba al menos una vez en la vida de todas las personas de la generación llamada ‘Baby boomers’, que son los nacidos entre 1946 y 1964. También es necesario trabajar con los sistemas de salud para lograr un mayor acceso a los nuevos antiretrovirales de acción directa, para tratar a nuestros pacientes. Si logramos que se globalicen estos nuevos tratamientos, podríamos acabar con la enfermedad”.

La doctora Bielsa Fernández, cita al doctor David Kershenovich, quien alguna vez mencionó: “Si se logra que todos los afectados por el VHC tengan acceso a los nuevos tratamientos, la Hepatitis C podría ser una enfermedad manejable por el médico general y no por el especialista”.

“Desafortunadamente esta enfermedad no causa síntomas de manera inmediata, ya que es un virus que daña lentamente al hígado. En la mayoría de los casos, cuando descubrimos la patología es porque se ha vuelto crónica o bien porque se presenta ya con alguna de sus complicaciones, como cirrosis hepática y cáncer de hígado, lo que puede llevar a la muerte”.



CONSOLIDACIÓN DE OBJETIVOS PARA EL CRECIMIENTO DE AMG

La doctora María Victoria Bielsa Fernández, Presidenta de la AMG durante la gestión 2016, actualmente pertenece al Consejo Consultivo de la mesa directiva 2017, la cual es presidida por el doctor Aurelio López Colombo. Una de las principales funciones como parte del Consejo Consultivo, es orientar y apoyar en la toma de decisiones a la directiva actual, en pro del crecimiento académico de los asociados.

“Durante las últimas gestiones nos hemos dado a la tarea de dar continuidad a proyectos que son útiles y valiosos. Este año el doctor Aurelio López, ha dado seguimiento al desarrollo de guías. Durante esta gestión se publicaron los consensos del Helicobacter pylori, dispepsia y enfermedad celíaca. Estos documentos son útiles, tanto para los gastroenterólogos, así como para los médicos generales de México. Nuestra participación en la AMG es muy activa, durante la presente Semana Nacional de Gastroenterología, abordó justamente el Consenso de dispepsia”.

“En este año también se ha continuado de forma satisfactoria con el crecimiento de la Asociación Mexicana de Gastroenterología, ya que la participación de socios en formación cada vez está más consolidada. De igual manera, la idea es continuar estableciendo vínculos con médicos generales, especialistas, así como con la sociedad en general y los pacientes; de esta manera lograremos disminuir la incidencia de enfermedades que pueden ser mortales y mejorar la calidad de vida de los pacientes”.



Dr. MIGUEL ÁNGEL VALDOVINOS DÍAZ CONSEJO CONSULTIVO



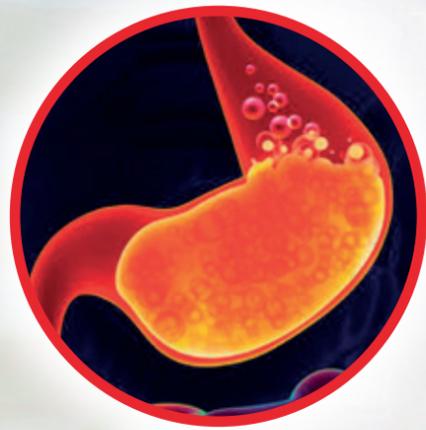
REFLUJO GASTROESOFÁGICO ENFERMEDAD CRÓNICA QUE AFECTA LA CALIDAD DE VIDA

“Los pacientes que no son atendidos oportunamente pueden desarrollar estenosis del esófago, lo que dificulta la deglución de alimentos. Por otro lado, pueden tener complicaciones mayores, como esófago de Barrett o adenocarcinoma del esófago”.

Los cambios en el tipo de dieta, caracterizada por un mayor consumo de alimentos ricos en calorías y en grasas saturadas, así como la vida sedentaria y otros factores, han propiciado la epidemia de obesidad y sobrepeso que actualmente se vive en México y a nivel mundial.

Las agruras y regurgitación de alimento caracterizan a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, cuya prevalencia ha aumentado significativamente y está asociada a una dieta inadecuada, sobrepeso y obesidad. Respecto a este tema, el doctor Miguel Ángel Valdovinos Díaz, Jefe del Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, y Expresidente de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) en el 2014, explica:

“Esta enfermedad la definimos a partir de la presencia de síntomas o lesiones producidas por el retorno del contenido gástrico al esófago, los cuales afectan la calidad de vida del paciente”.



REFLUJO GASTROESOFÁGICO



“Las principales manifestaciones clínicas son la pirosis y las regurgitaciones. Esta enfermedad afecta a uno de cada cinco adultos, aunque también se puede presentar en recién nacidos y en edades avanzadas. Además de las manifestaciones típicas, quienes padecen reflujo gastroesofágico pueden tener síntomas extraesofágicos, como laringitis, asma, tos crónica, dolor torácico y erosiones dentales, por mencionar algunas”.

pHMETRÍA ESTÁNDAR DE ORO PARA DIAGNÓSTICO

Al igual que otras enfermedades del tubo digestivo, este problema debe ser diagnosticado y atendido desde los primeros síntomas, a fin de evitar consecuencias severas. Durante el 2016 la AMG, publicó en la Revista Mexicana de Gastroenterología, un documento donde se hacen recomendaciones para el diagnóstico y manejo de esta enfermedad. De acuerdo a los especialistas en el tema, si las manifestaciones clínicas se presentan

más de dos veces por semana, se debe realizar una evaluación exhaustiva del paciente.

“La Asociación ha sido muy activa en la creación de documentos que sirvan de guía para el manejo de los pacientes. Hoy en día existen diferentes pruebas para detectar la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Generalmente lo que hacemos con pacientes que no tienen datos de alarma, como pérdida de peso, anemia o disfagia, es una prueba terapéutica con medicamento que inhibe la secreción de ácido; si eso controla los síntomas es muy probable que el paciente tenga la enfermedad”.

“En los pacientes que tienen síntomas de alarma y no responden a tratamiento con un inhibidor de bomba de protones, es necesario estudiarlos. Realizamos una endoscopia del tubo digestivo superior, donde podemos detectar la presencia de erosiones esofágicas, que son un marcador de la enfermedad. Existen varios grados de erosiones que van de leves a graves, sin embargo la mayoría de los

pacientes no presenta este marcador. Además de la endoscopia, una de las pruebas consideradas como estándar de oro para diagnosticar esta patología, es la pHmetría con impedancia”.

“Ésta se realiza colocando un catéter en el esófago a través de la nariz, el cual se deja durante 24 horas y se conecta a un aparato de registro, donde el paciente señala mediante unos botones cuando tiene síntomas. De esta manera podemos detectar la exposición esofágica al ácido y correlacionar los síntomas con episodios de reflujo; la pHmetría con impedancia es la prueba más útil para su diagnóstico. También se pueden efectuar otras pruebas, como la manometría esofágica, la cual se realiza cuando tenemos planeado un tratamiento quirúrgico”.

ENFERMEDAD POR REFLUJO EROSIVA Y NO EROSIVA

El doctor Miguel Valdovinos, explica que esta es una enfermedad sumamente importante, considerada

en algunos países como una de las entidades más tratadas por los gastroenterólogos. La enfermedad por reflujo gastroesofágico es controlable, sin embargo, menos de la cuarta parte de los pacientes presentan úlceras en el esófago y otras complicaciones.

“Los pacientes que no son atendidos oportunamente pueden desarrollar estenosis del esófago, lo que dificulta la deglución de los alimentos. Por otro lado, pueden tener complicaciones mayores, como esófago de Barrett o adenocarcinoma del esófago. Los hombres mayores de 50 años que llevan más de cinco años con síntomas sin ser atendidos y que además tienen obesidad, fuman y consumen alcohol, son más propensos a desarrollar estas complicaciones”.

“El reflujo gastroesofágico es una enfermedad crónica, de tal manera que la gran mayoría de los casos, es decir un 80 por ciento, tendrá recurrencia de los síntomas o lesiones esofágicas. Es muy importante que la mayoría de los pacientes reciban un tratamiento de mantenimiento, lo cual dependerá del grado de la enfermedad; ésta puede ser no erosiva, la cual requiere de un tratamiento intermitente o a demanda; por su parte, la erosiva, es decir la que erosiona el esófago, requiere de tratamiento de mantenimiento crónico”.

INTERVENCIONES ENDOSCÓPICAS INNOVADORAS

Los tratamientos farmacológicos para el reflujo gastroesofágico se basan en los inhibidores de la bomba de protones, los cuales resultan efectivos entre el 80 y 90 por ciento de los pacientes. Adicionado a esto, los especialistas recomiendan cambios en

el estilo de vida y medidas específicas en la dieta, evitando la ingesta de alimentos reflujo-genicos, como el café, alcohol, chocolate, bebidas carbonatadas, salsas picantes y alimentos ácidos, ingiriendo además raciones pequeñas.

“Es importante que los pacientes tomen ciertas medidas para el control de su enfermedad. En algunas ocasiones llegamos a usar combinación de otros fármacos, para optimizar el uso de los inhibidores de la bomba de protones; en casos seleccionados podemos realizar tratamientos quirúrgicos, como la cirugía antirreflujo, denominada funduplicatura de tipo Nissen por vía laparoscópica. Asimismo, existen terapias como EndoStim, que se basa en la estimulación eléctrica del esfínter esofágico inferior”.

“En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, fuimos pioneros en tratar los primeros casos en México con EndoStim. Participamos en un estudio multicéntrico con cuatro casos, donde los resultados fueron positivos, ya que los pacientes mostraron mejoría de los síntomas y en su calidad de vida. De tal manera que los parámetros de la exposición esofágica del ácido, medidos por pHmetría, dieron resultados satisfactorios. Hoy en día estos tratamientos ya se efectúan en toda la República, actualmente hay un estudio controlado a doble ciego que se está realizando en Estados Unidos con este procedimiento”.

“Existen muchos trabajos que están evaluando este nuevo procedimiento terapéutico EndoStim. Asimismo, otros países realizan técnicas endoscópicas como LINX, que es una banda magnética que se coloca en la unión esofagagástrica. Con todos estos estudios buscamos mejorar la calidad de vida del paciente”.

“Los hombres mayores de 50 años que llevan más de 5 años con síntomas sin ser atendidos y que además tienen obesidad, fuman y consumen alcohol, son más propensos a desarrollar las complicaciones de la enfermedad”.

El doctor Miguel Ángel Valdovinos Díaz, Presidente de la Asociación Mexicana de Gastroenterología en 2014, actualmente es miembro del Consejo Consultivo y Coordinador del Curso Precongreso en la Semana Nacional de Gastroenterología. Explica que durante su año de presidencia se impulsó de manera importante el crecimiento de asociados a través de la modificación de los estatutos, con el objetivo de incluir a los residentes como socios activos.

“La gestión 2014 se caracterizó por la innovación en la enseñanza. Implementamos una nueva forma de trabajar y diseñar los eventos académicos. Se desarrolló el concepto de las Gastrotrilogías, eventos caracterizados por un programa científico atractivo y de actualidad, con la inclusión de profesores extranjeros y nacionales de renombre; en cada Gastrotrilogía se publicó un libro con el contenido científico. Asimismo, se cambió por completo la imagen y contenido de la página web y realizamos una remodelación total de las oficinas de la AMG, logrando un recinto amigable, estético y funcional, ad hoc a las necesidades de nuestra Asociación”.

“Durante esta gestión se firmó el convenio de colaboración entre la Asociación Mexicana de Gastroenterología y el American College of Gastroenterology. La Asociación se ha consolidado desde el punto de vista científico-académico, por ello el presente y el futuro están garantizados; es muy importante para las mesas directivas venideras, continuar y mejorar el trabajo hecho por los directivos anteriores. De la misma manera, considero que es necesario tener una proyección hacia la comunidad con programas de educación al paciente y de asistencia social”.

“Nuestro deber es acercar información de calidad a nuestros asociados a través de los eventos académicos. En la Semana Nacional participo en varios simposios con temas, como Microbiota intestinal, Cardio-Gastroenterología y el Club de Neuro-Gastroenterología. Cabe destacar que en el Curso Precongreso tenemos destacadas personalidades, como los doctores Magnus Simren, André Smout, Sander Zanten, por mencionar algunos”.

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR REDUCIDA:

1. DENOMINACIÓN DISTINTIVA: METEOSPASYL®
2. DENOMINACIÓN GENÉRICA: Alverina-simeticona
3. FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN: Cada cápsula contiene: Citrato de alverina 60 mg, Simeticona 300 mg, Excipiente cbp. 1 capsula
4. INDICACIONES TERAPÉUTICA: Tratamiento sintomático del síndrome de intestino irritable y en trastornos dispepticos con manifestaciones de dolor y distensión abdominal, meteorismo, náuseas, eructos y flatulencia.
5. CONTRAINDICACIONES: Está contraindicado en: •Insuficiencia hepática •Insuficiencia renal •Pacientes geriátricos (edad avanzada). •Antecedentes de reacción alérgica o de intolerancia a la alverina o a sus excipientes. Debe emplearse con precaución en pacientes: •Glaucomatosos y •Portadores de adenoma prostático.
6. PRECAUCIONES GENERALES: No emplearse en la lactancia ni en niños menores de 12 años.
7. RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Aunque no existen resultados precisos de teratogénesis en animales ni se ha observado en la clínica ningún efecto de malformaciones fetotóxicas (como medida de precaución) se recomienda no emplearse en el embarazo; no emplearse en la lactancia ni en niños menores de 12 años.
8. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Puede ocurrir hipotensión, somnolencia, cansancio, cefalea y sequedad de mucosa oral. Debido a la presencia de la alverina, pueden presentarse raros casos de urticaria a veces con edema laríngeo, shock, raros casos de padecimiento hepático a la interrupción del tratamiento.
9. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉN: METEOSPASYL® exhibe efectos farmacológicos, debido a la modulación del gradiente de iones de calcio a través de la membrana celular, mecanismo de acción diferente a los antagonistas de los receptores muscarínicos y medicamentos musculotropos, por lo que efectos aditivos pudieran observarse con la administración simultánea de alcaloides de la belladona, agentes antiparkinsonianos (trihexifenidilo) y antihistamínicos.
10. PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Los estudios de potencial mutagénico con METEOSPASYL®, tanto por observaciones de la mutación genética en células de linfoma murino como por medio de la prueba de Ames revelaron que no existe ninguna actividad mutagénica con la administración del producto farmacéutico. Ningún efecto teratogénico ni embriotóxico se observó a la dosis de 0.20 y 0.55 ml/kg/día, tampoco a las dosis de 1.5 ml/kg/día. En la rata, la administración oral de simeticona en tres generaciones consecutivas no afectó la fertilidad o la capacidad reproductora general. Toxicidad: La determinación de DL50 para el producto METEOSPASYL® por vía oral en ratas a dosis única, fue de 425 mg/kg por vía intraperitoneal = 170 mg/kg. La toxicidad de simeticona = DL50 > 15 ml/kg de peso.
11. DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Adultos: 1 cápsula 3 veces al día, antes de los alimentos.
12. MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: Los signos y síntomas de sobredosificación no están documentados y en el caso de presentarse, el tratamiento esencialmente es sintomático y de apoyo, o hay antídoto específico. El lavado gástrico en la fase temprana de la sobredosificación es útil. Manténgase al paciente en observación, con balance apropiado de líquidos y electrolitos y una correcta ventilación respiratoria. En el caso de presentarse hipotensión deben instaurarse los medicamentos convencionales de choque circulatorio.
13. PRESENTACIONES: Caja con 20 -si 40 cápsulas en envase de burbuja.
14. LEYENDAS DE PROTECCIÓN: Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. No se use en el embarazo y lactancia.
15. NOMBRE Y DOMICILIO DEL LABORATORIO: Hecho en Francia por: LABORATOIRES MAYOLY-SPINDLER, 6 AVENUE DE L'EUROPE - BP 51 78401 CHATOU CEDEX FRANCE. Acondicionado por: LABORATORIOS ZERBONI, S.A. Anáhuac No. 147, Col. El Mirador, Ex Hacienda de Coapa, C.P. 04950, México, D.F. Distribuido por: MAYOLY-SPINDLER de México, S.A. de C.V. Olivo S/N Parque empresarial Norte Bodega SC San Francisco Chilpan, C.P. 54913, Tuxtilla, Estado de México. Reg. No. 046M2002SSAIV. IPP: HEAR-07330022070140/RM 2007

Revista LÍDERES MÉDICOS

Revista **LÍDERES MÉDICOS** trabajando con los **Hospitales, Institutos y Organismos LÍDERES de México**

Consulta todas nuestras ediciones en: www.lideresmedicos.com



ASOCIACIÓN MEXICANA DE PEDIATRÍA



"VERITATIS LUX OCULO INSERVIENS"



contacto@lideresmedicos.com • (0155) 2598.2393



Rifaximina-α
 RESTABLECE EL BALANCE INTESTINAL



- El tratamiento con **FLONORM® 550 mg** es efectivo en mejorar los síntomas del SII-D/M*1-13
- 1 de cada 3 pacientes no tienen recaídas durante un periodo de 18 semanas⁷
- Los retratamientos con **FLONORM® 550 mg** proporcionan mejoría clínica significativa a los pacientes con recaídas^{2,7,8,13}

Síndrome de Intestino Irritable



1 tableta de **550 mg**
 3 veces al día
 por 10 a 14 días¹³



Reg. No. 472M98 SSA IV

* SII-D/M = SII No Constipado



Referencias:
 1. Laterza L, Ianiro G, Scoleri I, Landi R, Bruno G, Scadaferri F y otros. Rifaximin for the treatment of diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. Expert Opin. Pharmacother. 2015;16(4):1-9. 2. IBS in America. Survey Summary Findings. The American Gastroenterology Association, December 2015:1-45. 3. Peyton L, Greene J. Irritable Bowel Syndrome: Current and Emerging Treatment Options. PT 2014;39(8):567-572. 4. Sebastián Domingo JJ. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. Med Clin (Barc) 2017;S0025-7753(16):30712-6. 5. Schmulson M, Bielsa MV, Carmona-Sánchez R, Hernández A, López-Colombo A y otros. Microbiota, infecciones gastrointestinales, inflamación de bajo grado y antibiocioterapia en el síndrome de intestino irritable. Una revisión basada en evidencias. Revista de Gastroenterología de México 2014;79(2):96-134. 6. Basseri RJ, Weitsman S, Barlow GM, y Pimentel M. Antibiotics for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome. Gastroenterology 2011;7(7):455-493. 7. Lembo A, Pimentel M, Rao S, Schoenfeld P y Cash B. Repeat Treatment With Rifaximin Is Safe and Effective in Patients With Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome. Gastroenterology 2016;(151):1113-1121. 8. Pimentel, M, W Morales, K Chua, y G Barlow. Effects of Rifaximin Treatment and Retreatment in Nonconstipated IBS Subjects. Dig Dis Sci 2011;56:2067-2072. 9. Frati-Munari, AC. ¿Antimicrobianos para el síndrome de intestino irritable? Aten. Fam. 2013;20(4):123-126. 10. Li, JL, W Zhu, W Liu, Y Wu, y B Wu. Rifaximin for Irritable Bowel Syndrome. Medicine 2016;95(4):1-6. 11. Blandizzi C, Viscomi GC, Scarpignato C. Impact of crystal polymorphism on the systemic bioavailability of rifaximin, an antibiotic acting locally in the gastrointestinal tract, in healthy volunteers. Drug Design, Development and Therapy 2015;9:1-11. 12. Blandizzi C, Viscomi GC, Marzo A, Scarpignato C. Is generic rifaximin still a poorly absorbed antibiotic? A comparison of branded and generic formulations in healthy volunteers. Pharmacological Research 2014;85:39-44. 13. FLONORM®. Información para prescribir. 2016 Laboratorios Alfa Wassermann.

FLO-AR01-2017
 Aviso SSA No.: 173300202C5017



El Maridaje Ideal

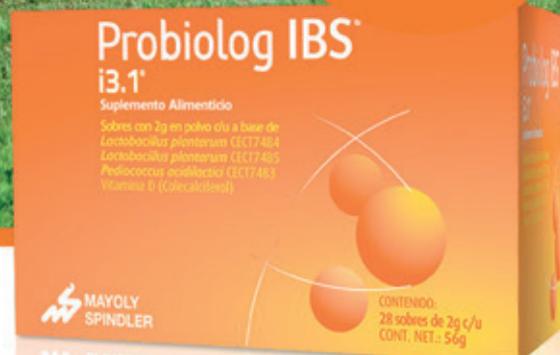
para el tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable



Prolonga el bienestar del paciente al aportar la microbiota necesaria para disminuir la inflamación local e hipersensibilidad visceral.



Citrato de alverina • Simeticona



Lactobacillus plantarum CECT7484
Lactobacillus plantarum CECT7485
Pediococcus acidilactici CECT7483

Resuelve el cuadro agudo quitando dolor, espasmo y distensión abdominal.

MAYOLY SPINDLER
LABORATOIRES