

GASTROPARESIA

¿QUÉ ES LA GASTROPARESIA?

El estómago en ayunas es como una bolsa vacía y doblada. Se distiende durante la comida para adaptarse al volumen de los alimentos ingeridos y después, mediante contracciones muy potentes, tritura la comida en partículas suficientemente pequeñas para pasar al intestino a través del píloro (esfínter que separa estómago de intestino y que sólo permite el paso de partículas pequeñas). En el intestino acabarán de mezclarse con las secreciones digestivas y se absorberán, pasando a la sangre.

La gastroparesia es una alteración que consiste en la disminución de los movimientos del estómago por lo que el proceso de trituración y posterior salida del estómago será lento e ineficaz y que la comida pase del estómago al intestino se producirá más lentamente de lo normal.

MOLESTIAS QUE OCASIONA

Son habitualmente crónicas, duran 6 meses o más.

- Sensación de estar exageradamente lleno después de comidas que no han sido muy abundantes; esta sensación perdura hasta la siguiente comida.
- Hinchazón de barriga o a nivel del estómago después de las principales comidas.
- Sensación de saciedad sin poderse acabar una comida normal.
- Náuseas y vómitos generalmente después de comer; es característico que los vómitos se produzcan varias horas después de las comidas y que se puedan reconocer alimentos ingeridos en comidas anteriores.
- Pérdida de peso progresiva.

¿POR QUÉ SE PRODUCE?

Aparece cuando existe un deterioro de los músculos que forman las paredes del estómago y/o de los nervios que regulan su funcionamiento. En muchos la causa de esta lesión es desconocida (gastroparesia idiopática). Otras veces puede ser secundaria a enfermedades que pueden afectar a músculos y nervios del tubo digestivo, como por ejemplo:

- Diabetes mellitus: es la causa más frecuente de gastroparesia; suele ser una diabetes que aparece en la juventud, de larga evolución y de difícil control y con otras complicaciones como las renales, oculares, etc.
- Post-quirúrgica: después de algunas intervenciones del estómago como cuando se seccionan los nervios (vagotomía) o cuando se extirpa una parte (gastrectomía parcial), o intervenciones sobre el esófago o los pulmones en las que, de forma accidental, se lesionan los nervios vagos que regulan el funcionamiento del estómago.
- Enfermedades sistémicas como la esclerodermia, dermatomiositis y lupus eritematoso.
- Cuando existe un trastorno general de los movimientos del tubo digestivo (pseudo-obstrucción crónica intestinal).
- Durante el tratamiento a largo plazo con algunos medicamentos.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Cuando se sospecha una gastroparesia se han de realizar las siguientes exploraciones:

1. Endoscopia digestiva alta: consiste en examinar el interior del estómago mediante un tubo flexible que se introduce a través de la boca. Sirve para descartar otras enfermedades del estómago que pueden dar los mismos síntomas: úlcera, cáncer, esofagitis, etc. En la gastroparesia la endoscopia no suele mostrar lesiones y en

ocasiones se puede encontrar alimentos retenidos, incluso después de muchas horas sin haber comido.

2. Tránsito de bario: consiste en unas radiografías para ver el estómago después de beber una papilla de bario. Sirve para descartar otras lesiones. En la gastroparesia puede verse un estómago grande. Es menos útil que la endoscopia.

3. Estudio del vaciamiento gástrico: es la mejor prueba para diagnosticar la gastroparesia. Consiste en administrar una comida (tortilla, tostadas con mantequilla y mermelada y un zumo) que está marcada con un marcador radioactivo en muy pequeña cantidad. Después de la comida se realizan detecciones cada 30-60 minutos hasta las 4 horas. En condiciones normales, en este tiempo el estómago está prácticamente vacío; en la gastroparesia hay retención de comida en el estómago en cantidad variable, dependiendo de la gravedad de la gastroparesia.

4. Manometría gastrointestinal: es una prueba que estudia los movimientos del estómago y del intestino delgado. En los casos de gastroparesia sirve para ver si el trastorno de los movimientos es por alteración de los músculos o de los nervios del estómago y para saber si la alteración de los movimientos está limitada al estómago o afecta también al intestino.

¿CÓMO SE TRATA?

1. Dieta. Es aconsejable seguir una dieta fraccionada (comidas escasas pero frecuentes) con poca grasa y poca fibra. Cuando produce pérdida de peso, se puede suplementar con dietas enterales (dietas completas en forma líquida que no necesitan ser trituradas y se vacían fácilmente del estómago). En fases más avanzadas, cuando el estómago no puede vaciar ni las dietas líquidas, se pueden administrar dichas dietas directamente en el intestino a través de un catéter colocado en las primeras partes del intestino delgado.

2. Medicamentos. Hay una serie de medicamentos que pueden mejorar los movimientos del estómago (procinéticos). Se toman antes de las tres comidas principales del día y el tratamiento es crónico. En los casos más graves alguno de ellos se puede administrar por la vena cuando el paciente está ingresado.

3. Otras técnicas de tratamiento:

- Marcapasos gástrico: consiste en la colocación en el estómago de un aparato similar al marcapasos del corazón, mediante cirugía, que produce contracciones del estómago. No da muy buenos resultados y se utiliza muy poco.

- Inyección de toxina botulínica: consiste en la inyección en el píloro mediante endoscopia de toxina botulínica, una sustancia que mantiene la salida del estómago persistentemente abierta. Es poco efectivo y tiene efecto transitorio (6 meses).

4. Cirugía:

- Implantación de catéteres en el intestino delgado: se utiliza cuando el estómago no puede vaciar las dietas líquidas. Se introduce en el yeyuno, la parte más alta del intestino, mediante una intervención quirúrgica y sirve para administrar dietas líquidas y predigeridas que sólo requieren ser absorbidas.

- Gastrectomía: se utiliza poco y sólo en los casos que el intestino funciona correctamente.

A. Accarino. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2010; 102: 337.