

Los presentes apuntes han sido preparados por el Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina campus Occidente de la Universidad de Chile y tienen como objetivo principal complementar el irremplazable estudio personal del estudiante, haciendo énfasis en puntos claves y entregando esquemas para ayudar a organizar conceptos que la mayoría de las veces se disuelven en el mar de material teórico al que en esta etapa debe enfrentarse.



## DISPEPSIA

Con el término *dispepsia* nos referimos al dolor o malestar ubicado en la parte superior del abdomen de más de un mes de duración comúnmente desencadenado luego de la ingesta, pudiendo presentarse de forma crónica o recurrente. La definición engloba otros síntomas como saciedad precoz, distensión abdominal, eructos, acidez, ardor y náuseas. Algunos síntomas y signos nos pueden orientar a organicidad del cuadro (ver Tabla n°1)

Solo en el 40% de los casos se encuentra una causa orgánica de dispepsia, como úlcera gastroduodenal, reflujo gastroesofágico y cáncer gástrico. En el 60% restante no hay causa evidente de dispepsia por lo que se denomina dispepsia esencial (“idiopática” o “no ulcerosa”). De forma característica se presenta sin compromiso del estado general.

**Tabla n° 1 Síntomas y signos que sugieren enfermedad orgánica en dispepsia**

- |                           |
|---------------------------|
| • Edad mayor de 50 años   |
| • Anorexia o baja de peso |
| • Disfagia u odinofagia   |
| • Ictericia               |
| • Anemia                  |
| • Utilización de AINEs    |
| • Fracaso terapéutico     |

Existen muchas hipótesis sobre las causas de la dispepsia esencial o idiopática. Podría deberse a una mayor sensibilidad a la acidez (Entre el 30 y 50% de los casos presentan gastritis por *helicobacter pylori*), a un trastorno motor que impediría una adecuada evacuación gástrica e intestinal, a un cuadro ansioso de origen psiquiátrico, a una percepción visceral aumentada o a la intolerancia alimentaria hacia ciertos alimentos.

### Tipos de dispepsia esencial

- Tipo Reflujo: se distingue por acidez y regurgitación ácida.
- Tipo Ulceroso: dolor epigástrico intermitente que suele calmar con antiácidos.
- Tipo Trastorno de la motilidad: saciedad precoz, distensión postprandial, náuseas y vómitos, sin dolor.
- ✓ Estos diferentes tipos de presentación pueden superponerse entre sí.

### Diagnóstico diferencial

La presencia de *helicobacter pylori*, el reflujo biliar en estómago, el síndrome de malabsorción, infecciones parasitarias y también pancreatitis crónicas se han postulado como probables etiologías de dispepsia. Así mismo, la disminución de la motilidad gástrica con evacuación retrasada está comprobada en estos pacientes. (ver Anexo n° 1)



Se debiera hacer una **endoscopia digestiva alta** y una **ecografía abdominal** antes de comenzar el tratamiento de una dispepsia con el fin de descartar patología orgánica, sobre todo en pacientes mayores con un cuadro de inicio agudo. Los estudios complementarios también podrían justificarse en casos que la dispepsia pueda deberse a una sugestión del paciente y que el resultado favorable del examen ayude a tranquilizar su cuadro.

## DIARREA

Se define como la evacuación de deposiciones de *consistencia disminuida* asociado generalmente a una frecuencia defecacional mayor de lo normal. El hecho esencial es la excesiva hidratación de la materia fecal, con un contenido acuoso mayor al 80%, ya sea por el aumento de la secreción o la disminución de la absorción del agua contenida en el tubo digestivo. Son síndromes frecuentes que constituyen un motivo de consulta habitual.



El hábito intestinal normal, si bien es individual, se caracteriza por no asociarse a molestias defecatorias y por un número de evacuaciones que va entre 1 a 3 veces al día hasta 2 a 3 veces por semana en promedio.

La consistencia de las deposiciones en una diarrea varía desde blanda, pastosa o líquida. Así mismo, el color va desde café a café oscuro, verdoso o amarillo. Importante es nunca confundirlas con melena (deposiciones “negroalquitranadas” de un olor muy penetrante).



Los elementos constituyentes de la diarrea es la deposición con distintas concentraciones elevadas de agua. La presencia de **sangre** o **pus** orienta a patologías orgánicas y se conocen como **elementos patológicos** de la diarrea. Por el contrario, la presencia de **mucus** (descrito como “clara de huevo” en las deposiciones por los pacientes) puede encontrarse en diarreas funcionales (intestino irritable)

### Formas especiales de diarrea

- **Disentería:** diarrea baja (colonica), con sangre, mucus y pus, generalmente febril, que se acompaña de pujo y tenesmo. Es debida a inflamación del recto o del colon (colitis). No confundir con rectorragia.
- **Lientería:** diarrea de origen entérico alto en la que se ven a simple vista alimentos no digeridos (especialmente vegetales). Es debido principalmente a un tránsito acelerado intestinal.
- **Esteatorrea:** diarrea de tipo alto, voluminosa, de color amarillo claro, brillante, de aspecto grasoso y que flota en el agua. Se debe a una eliminación exagerada de grasa como ocurre en el síndrome de malabsorción intestinal.

## Clasificación de las diarreas

### Según su duración

- Diarrea aguda: de forma continua o intermitente dura menos de 1 mes.
- Diarrea crónica: en forma continua dura más de 1 mes o en forma intermitente dura más de 3 meses. Puede alternarse con períodos de constipación.



A pesar de esta clasificación, en la práctica las diarreas agudas duran entre **2 a 5 días** en promedio y excepcionalmente más de 15 días. Por esto, hay que estar atentos a cuadros de diarrea continua de más de 15 días de evolución pues es muy probable que se trate de una diarrea que se hará crónica.

### Según el nivel intestinal en que se origina

- Altas (entéricas)
- Intermedias (enterocólicas)
- Bajas (colónicas).

### Diarrea Aguda

La gran mayoría de las diarreas son agudas. Son autolimitadas, por ende debemos saber que a pesar de la alarma que provoca en el paciente no constituyen urgencias médicas. Son inofensivas excepto en ancianos y personas debilitadas. Se deben **evitar** los estudios etiológicos prematuros y tratamientos específicos como **antibioterapia**, ya que la mayoría solo requiere tratamiento **sintomático**. La causa de diarrea aguda más frecuente es la de origen infeccioso (ver Anexo n° 2). Si se acompaña de fiebre orienta a infección (bacteriana, viral, parasitaria) y de ser afebril orienta a intoxicación por enterotoxinas (intoxicación alimentaria).

A todo paciente con diarrea aguda se le debe preguntar sobre:

- Circunstancias de aparición del cuadro (post ingesta alimentaria en vía pública, número de personas comprometidas, etc.)
- Ingesta de fármacos (especialmente antibióticos, OH y antidiarreicos)
- Antecedentes de viajes o mascotas si corresponde
- Estado de tolerancia oral (presencia de náuseas y/o vómitos que impidan la rehidratación oral)

En el examen físico lo más importante que debemos evaluar es el **grado de deshidratación** pues es la mayor causa de morbilidad en la diarrea aguda infecciosa. Los exámenes complementarios y el tratamiento antibiótico solo se recomiendan para cuadros infecciosos graves como los que tienen presentes disentería y fiebre (ver Anexo n° 3).

## Diarrea crónica

Traducen trastornos funcionales u orgánicos que necesitan medidas terapéuticas específicas. Son cuadros menos frecuentes pero más complejos en su diagnóstico y manejo con respecto a las diarreas agudas. Presentan escasa tendencia a la remisión espontánea. Exámenes de laboratorio y exploraciones instrumentales son indispensables para evaluar etiología y por ende elegir un tratamiento específico. El tratamiento sintomático es de escaso valor y enmascara el cuadro de fondo. Aproximadamente 30% de los pacientes con diarrea crónica no presentan una causa orgánica demostrable.

En diarreas crónicas se debe diferenciar las causas funcionales de las orgánicas. Orientan a etiología orgánica la presencia de deposiciones nocturnas, duración de menos de 3 meses, pérdida de peso (>a 5 kgrs), VHS elevada, anemia y/o hipoalbuminemia.



Las diarreas funcionales en la mayoría de los casos **no** se acompañan de pérdida de peso, sin importar la antigüedad del cuadro. Además, alternan el cuadro diarreico con períodos de constipación y el paciente se encuentra en buenas condiciones generales.

El examen físico puede revelar **baja de peso significativa** (cáncer de colon, síndrome de malabsorción, pelagra, etc), **adenopatías** (linfomas, TBC), **melanodermias** y **melanoplaquias** (enfermedad de Addison), aliento urémico (insuficiencia renal crónica) hipo o hipertensión, taquicardia, distensión abdominal, masas abdominales, fístulas en la pared abdominal anterior o periné (enfermedad de Crohn).

Las causas más frecuentes de diarrea crónica son los trastornos funcionales del colon (colon irritable), parasitosis, síndrome de malabsorción y secundarias a cirugía gástrica. También puede ser síntoma de una enfermedad subyacente como hipertiroidismo, insuficiencia renal crónica, enteropatía diabética, insuficiencia suprarrenal (ver Anexo n° 2).

En toda diarrea crónica hace imprescindible una investigación criteriosa, siguiendo un estudio de laboratorio e imagenológico de menor a mayor complejidad, orientada siempre por la anamnesis y examen físico. Aparte del tacto rectal, pudiesen ser necesarios una rectosigmoidoscopia, enema baritado, colonoscopia, biopsia, examen parasitológico seriado de deposiciones, examen de hemorragia oculta en deposiciones, VHS, glicemia, uremia, hemograma, amilasemia, amilasuria, determinación de grasa en deposiciones, radiografía de abdomen simple, pruebas de absorción intestinal, biopsia intestinal y función tiroidea.

## CONSTIPACIÓN

La **constipación** o **estreñimiento** se define como la retención anormal de fecas en el colon o el retardo de eliminación por el recto. La frecuencia defecatoria debe estar disminuida, esto significa menos de dos veces por semana; además las heces deben estar aumentadas en consistencia (duras) y ser difíciles de evacuar. La constipación se puede provocar por cambios en la consistencia de la materia fecal, cambios en la motilidad o en el calibre colónico o por alteraciones de la evacuación rectal.

La mayoría de los episodios de estreñimiento son benignos y autolimitados y se deben a cambios en el hábito dietético o por efecto de algún medicamento.



Al igual que como vimos en diarrea, el hábito defecatorio es individual. Una manera sencilla de valorar si existe un cambio en el tránsito intestinal es preguntarle al paciente por su frecuencia defecacional habitual y su autopercepción del nuevo hábito.

### Clasificación causas

#### Extracolónicas

- **Cambio en el hábito dietético:** que incluya un menor consumo de fibra provocara que las heces aumenten de consistencia y disminuyan su volumen, enlenteciendo el tránsito. El bajo consumo de líquidos y la anorexia suelen manifestar constipación.
- **Medicamentos:** la lista de fármacos que producen estreñimiento es larga (ver anexo), comúnmente lo producen debido a disminución del tránsito del colon.
- **Otras:** la hipercalcemia, la hipokalemia, la neuropatía diabética, el embarazo, lesiones neurológicas, entre otras.

#### Mecánicas

Se deben a alteración estructural en el colon, recto o ano que impide el paso de las heces. Si bien no es frecuente, en el interrogatorio siempre debe excluirse esta causa de constipación debido a que puede ser el síntoma que indique la existencia un tumor, principalmente a nivel de colon. Los **elementos de alerta** son: edad mayor de 50 años, antecedentes familiares de cáncer de colon, antecedente de pólipos colónicos, baja de peso, hematoquezia y heces acintadas. El megacolon del Chagas también provoca una alteración en la estructura colónica que determina la presencia de estreñimiento.



Imagen n° 1 Enema baritado de paciente portador de Megacolon Chagásico

## Funcional

En este grupo se incluyen el *transito colónico lento*, *disfunción del piso pelviano* y *síndrome del intestino irritable* (colon irritable). Cabe destacar que en el intestino irritable se llega a este diagnóstico una vez que se ha descartado patología orgánica y que la constipación no puede ser explicada por alguna de las causas antes mencionadas.

## Exámenes complementarios

Se pueden solicitar exámenes generales según sospecha clínica (hemograma, perfil tiroideo, glicemia, calcio, potasio). Para visualizar recto y colon y descartar patología orgánica se puede indicar una **colonoscopia** sobre todo cuando existen **elementos de alerta**. El **enema baritado** (< 40 años) también es útil.



Imagen n° 2 Ext  
izq: colonoscopia.  
Izq: imagen  
colonoscópica de  
cáncer de colon

## NÁUSEAS Y VÓMITOS

El **vómito** o emesis es la expulsión violenta de contenido alimentario por la boca, precedida o no por arcadas. **Regurgitación** es la devolución sin esfuerzo de contenido alimentario desde el estómago. **Nausea** es el deseo inminente de vomitar; también se refiere a la sensación desagradable de repulsión por algún alimento. La nausea puede ser un síntoma aislado o preceder al vómito.

### Tipos de vómito

- **Vómito alimentario:** en el se reconocen alimentos ingeridos recientemente. Dependiendo de la patología involucrada se encontraran los alimentos en distintos grados de digestión. Cuando se trata de una enfermedad del esófago, como la acalasia o una estenosis severa, se encontraran alimentos sin digerir. Si los alimentos ya llegaron al estomago se observaran parcialmente digeridos. Se llamara *vómito de*



Imagen n° 3 Rx de abdomen simple que revela bolsa aérea gástrica gigante 2aria a estenosis hipertrófica del píloro. Este cuadro se caracteriza por vómitos alimentarios que progresan a vómitos de retención durante el 1er mes de vida.



**retención** a la emesis abundante en donde se observan alimentos ingeridos hace 8 o más horas. Este tipo de vomito es característico de los síndromes de obstrucción pilórica, siendo su causa más común una úlcera pilórica o duodenal complicada. Si la retención es proximal a la ampolla de Vater el vomito no tendrá bilis, lo contrario sucede cuando la obstrucción es distal.

- **Hematemesis:** es el vómito que contiene sangre. Será de color rojo intenso si el vomito ocurre inmediatamente después de la hemorragia; si ha pasado más tiempo se tornara oscuro incluso negruzco. Para que se produzca debe existir un sangrado proximal al ligamento de Treitz, eso significa que puede ser todo sangrado que se origine en esófago, estomago y duodeno. La presencia de hematemesis indica que la hemorragia digestiva es alta.



Imagen n° 4  
Endoscopia  
digestiva alta que  
a la retrovisión se  
observa el tubo  
endoscópico  
pasando por una  
transición  
esofagogastrica  
desgarrada  
debido a vómitos.

- **Vomito fecaloide:** es una emesis de olor pútrido que se debe a obstrucción intestinal o de colon y refleja el efecto del sobrecrecimiento bacteriano en el contenido intestinal.

### Complicaciones del vomito

En pacientes con vómitos a repetición puede generarse el **síndrome de Mallory Weiss**. Existen otras complicaciones mas graves provocadas por el vomito como el **síndrome de Boerhave**, que consiste en la rotura esofágica posterior al vomito la que puede causar mediastinitis o peritonitis. En aquellos pacientes comprometidos de conciencia que aspiran el vómito se puede producir **neumonitis química** y si hay colonización bacteriana **neumonitis aspirativa**.



Se llamara **Síndrome de Mallory Weiss** al cuadro de hematemesis posterior a vómitos a repetición debido al desgarro de la mucosa ubicada en el límite esofagogastrico. Es más frecuente en pacientes alcohólicos (ver Imagen n° 4).



## ANEXOS

### Anexo n° 1

Diagnóstico diferencial de dispepsia
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispepsia esencial, idiopática, no ulcerosa</li> <li>Úlcera péptica</li> <li>Cáncer gástrico</li> <li>Colelitiasis</li> <li>Pancreatitis crónica</li> <li>Cáncer de páncreas</li> <li>Parasitosis intestinal</li> <li>Lesión por abuso de AINEs, aspirina, hierro, antibióticos</li> </ul>

### Anexo n° 2 Causas de diarrea aguda y crónica

CAUSAS DE DIARREA AGUDA	CAUSAS DE DIARREA CRÓNICA
<p><b>DE ORIGEN DIGESTIVO</b></p> <p><i>Infecciosas</i></p> <p><b>Bacterias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Escherichia coli</i></li> <li>– <i>Shigellas</i></li> <li>– <i>Salmonellas</i></li> <li>– <i>Staphylococcus aureus</i></li> <li>– Otros (<i>Clostridium botulinico</i>, <i>Clostridium difficile</i>, <i>Yersinia enterocolitica</i>, <i>Campylobacter jejuni</i>).</li> </ul> <p><b>Virus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Parvovirus o Rotavirus</li> </ul> <p><i>Parasitarias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Giardia lamblia</i></li> <li><i>Entamoeba histolytica</i></li> <li><i>Isoospora belli</i></li> <li><i>Trichinella spiralis</i></li> <li><i>Balantidium coli</i></li> </ul> <p><i>Enterotóxicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toxina estafilocócica (intoxicación alimenticia)</li> <li><i>Vibrio cholerae</i></li> <li><i>Escherichia coli</i> enterotoxigena</li> <li><i>Clostridium perfringens</i></li> <li>Metales pesados (plomo, mercurio, arsénico, cadmio).</li> </ul> <p><i>Drogas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Laxantes</li> <li>Antibióticos</li> <li>Colchicina</li> <li>Alcohol</li> <li>Digital</li> </ul> <p><b>DE ORIGEN EXTRADIGESTIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Crisis addisonianas</li> <li>Acidosis diabética</li> <li>Hipertiroidismo</li> <li>Uremia aguda</li> <li>Anemia perniciosa.</li> </ul>	<p><b>DE ORIGEN DIGESTIVO</b></p> <p><i>Funcionales</i>: colon irritable de forma diarreica.</p> <p><i>Orgánicas</i>:</p> <p><b>Parasitarias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Amebiasis intestinal</li> <li>– Giardiasis</li> <li>– Isoosporosis</li> </ul> <p><b>Por malabsorción</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermedad celiaca</li> <li>– Poscirugía gástrica (gastrectomía, vagotomía)</li> <li>– Pancreatitis crónica</li> <li>– Resección intestinal</li> <li>– Linfoma intestinal</li> <li>– Amiloidosis intestinal</li> <li>– Enfermedad de Whipple</li> </ul> <p><b>Neoplásicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cáncer de colon y recto</li> <li>– Gastrinoma</li> <li>– Adenoma vellosa</li> </ul> <p><b>Enfermedades granulomatosas del intestino</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ileítis regional</li> <li>– Colitis ulcerosa inespecífica</li> </ul> <p><b>Infeciosas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– TBC intestinal</li> </ul> <p><b>Drogas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Laxantes</li> <li>– Alcohol</li> </ul> <p><b>DE ORIGEN EXTRADIGESTIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertiroidismo</li> <li>Diabetes mellitus</li> <li>Insuficiencia suprarrenal crónica</li> <li>Uremia crónica</li> <li>Pelagra</li> </ul>

## Anexo n° 3

---

### Indicaciones de estudio y tratamiento de síndromes diarreicos agudos

---

Diarrea > 5 días

Fiebre > 3 días

Presencia de elementos patológicos

Diarrea del viajero

Paciente inmunosuprimido

Sospecha de infección bacteriana invasiva

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Goic, A. (2009) “Dispepsia” En Goic, A., Chamorro, G. y Reyes, H. *Semiología médica* (Pgs 68 - 71) Editorial Mediterráneo, Chile.
2. Goic, A. (2009) “Náuseas y vómitos” En Goic, A., Chamorro, G. y Reyes, H. *Semiología médica* (Pgs 71- 73) Editorial Mediterráneo, Chile.
3. Goic, A. (2009) “Diarrea” En Goic, A., Chamorro, G. y Reyes, H. *Semiología médica* (Pgs 73 - 77) Editorial Mediterráneo, Chile.
4. Goic, A. (2009) “Constipación” En Goic, A., Chamorro, G. y Reyes, H. *Semiología médica* (Pgs 77 - 80) Editorial Mediterráneo, Chile.
5. Mazzocchi, O., (2010) “Náuseas y vómitos” En Argente, H. y Alvarez, M., *Semiología médica*. (Pgs. 661 - 663) Editorial Médica Panamericana, Argentina.
6. Gnocchi, C., (2010) “Diarrea” En Argente, H. y Alvarez, M., *Semiología médica*. (Pgs. 671 - 677) Editorial Médica Panamericana, Argentina.
7. Risso, J., (2010) “Constipación” En Argente, H. y Alvarez, M., *Semiología médica*. (Pgs. 678 - 682) Editorial Médica Panamericana, Argentina.
8. Sociedad Chilena de Gastroenterología. *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas*. 2da edición. Santiago: Editorial Iku, 2008.
9. Imágenes obtenidas desde:
  - <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002233>
  - [http://www.sigojoven.com/grupos/salud\\_ysexo/articulo/colonoscopia\\_prueba\\_para\\_detectar\\_el\\_cancer\\_de\\_colon](http://www.sigojoven.com/grupos/salud_ysexo/articulo/colonoscopia_prueba_para_detectar_el_cancer_de_colon)
  - <http://www.murrasaca.com/nt3.htm>
  - <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol2%202007/tema16.htm>
  - <http://www.gastrotraining.com/educational/learning-modules/oesophagus/mallory-weiss-tear>