

Alteraciones digestivas en los pacientes en hemodiálisis periódica

J. M.^a Puig, L. Carreras, J. Camps, L. Capdevila, S. Codina, J. A. Rodríguez *

Resumen

Estudio de las alteraciones digestivas, excluyendo hepatopatías, en 112 pacientes con edades entre 16-67 años sometidos a HDP durante un período de 0,5-8,5 años.

La incidencia pretratamiento era de 18 ulcus, 11 hernias de hiato, 3 reflujo gastroesofágicos y otras entidades de menor frecuencia, no observándose correlación con el diagnóstico etiológico.

Durante su estancia en HDP, desarrollaron 6 ulcus, 2 hernias de hiato, 3 reflujo gastroesofágicos y la aparición en un tercio de estreñimiento persistente. Requirieron intervención por diversas causas 6 pacientes.

Conclusiones: Se observa menor incidencia de complicaciones digestivas post tratamiento con HDP. Baja incidencia de recidivas. Sin diferencias significativas por sexo, a excepción de la patología ulcerosa.

Digestive alterations in patients on chronic hemodialysis

A study of digestive alterations, excluding hepatopathies, in 112 patients aged between 16-67 years submitted to periodical hemodialysis during a period of from 0.5 to 8.5 years.

The pre-treatment incidence was 18 ulcers, 11 hiatus hernias, 3 gastro-oesophageal refluxes and other entities of lesser frequency, no correlation with the etiological diagnosis was observed.

During their time of chronic hemodialysis, they developed 6 ulcers, 2 hiatus hernias, 3 gastro-oesophageal refluxes and in 1/3 of them persistent constipation occurred. 6 patients required surgery for diverse causes.

Conclusions: A lower incidence of digestive complications is observed in post treatment with chronic hemodialysis. Low incidence of relapses. No statistical differences for sex were observed, except in ulcerous pathology.

Introducción

Muchos pacientes con insuficiencia renal (IR) avanzada sufren trastornos gastrointestinales (GI), con una constelación de signos y síntomas

* Centro de Nefrología «Virgen de Montserrat». Barcelona.

muy variada. Todo el tracto gastrointestinal puede ser fuente de los mismos y lugar de lesiones cuya patogenia permanece oscura. En este breve resumen, podemos destacar el clásico «fedor urémico», consecutivo a la hidrólisis de la urea salival, que se convierte en amoníaco por la acción de la ureasa de la flora bucal; el sabor metálico, la estomatitis y glositis urémicas, con o sin ulceraciones dolorosas y sangrantes de encías, paladar y faringe. También pueden presentarse en este contexto la parotiditis y la infección por cándida.

Destaca también la mayor incidencia de hernia hiatal, la gastritis erosiva difusa, origen frecuente de hemorragia digestiva, así como la úlcera péptica. A nivel de intestino delgado y colon se detectan alteraciones en la absorción del Ca^{++} y del Fe^{++} , probablemente secundarias al edema de la mucosa y submucosa. El estreñimiento es también un problema frecuente, que puede llegar a provocar impactación fecal y perforación intestinal en algunas ocasiones. Asimismo, la función pancreática ha sido objeto de atención, y la existencia de la llamada «ascitis nefrogénica» completa a grandes rasgos la visión global de los posibles trastornos digestivos en estos enfermos. Destacamos que en este trabajo no hemos contemplado ningún tipo de hepatopatía.

La importancia y frecuencia de los mismos ha sido el motivo que nos ha llevado al estudio de estos problemas en nuestros pacientes en hemodiálisis.

Material y métodos

El estudio se ha realizado sobre un total de 112 pacientes sometidos a hemodiálisis periódica durante un período que oscila entre 0,5 y 8,5

años (promedio, 3,5 años) y de edades comprendidas entre los 16 y los 67 años (media, 49,5 años). De ellos, 36 (32%) son mujeres y 75 (68%) son hombres. El diagnóstico etiológico comprende las entidades patológicas que enumeramos en la tabla I.

TABLA I

Diagnóstico etiológico

GNC	19
Poliquistosis	16
Nefroangiosclerosis	14
Pielonefritis	13
Nefritis intersticial crónica	13
GNMP	9
Síndrome de Alport	4
Enfermedad de Berger	3
Glomerulosclerosis	2
GMRP	2
Amiloidosis	2
LED	1
Síndrome de Senior	1
Tuberculosis renal	1
Enfermedad de Wegener	1
Schonlein-Henoch	1
Nefrocalcinosis	1
IRC no catalogable	7

La situación actual de los enfermos incluidos en este trabajo es la siguiente: 5 han fallecido por causas no digestivas, 5 han sido trasladados a otros Centros y 20 han sido trasplantados. Siguen programa de HD periódica, 82. La HD se realiza en tres sesiones semanales de 3,5 a 5 h. (promedio, 4 h.) por sesión, en máquinas automáticas con heparinización mínima. Se usan filtros de fibra hueca y placas sin reutilización.

Las exploraciones digestivas practicadas de forma previa al inicio de la HD periódica incluyeron TEGD y fibroscopia, en el caso que la situación clínica o la exploración radiológica lo aconsejaran. El mismo tipo de exploraciones se practicaron una vez incluidos en HD, si la clínica lo sugería.

Resultados

La patología digestiva encontrada en estos enfermos, previa su inclusión en programa de HD, abarca las entidades enumeradas en la tabla II. El tratamiento a que fueron sometidos, previa inclusión en HD periódica, dependió naturalmente del proceso sufrido, siendo básicamente conservador (tabla III).

Los hallazgos surgidos tras su inclusión en HD periódica se resumen en la tabla IV, y la actitud terapéutica observada, en la tabla V.

No hemos encontrado relación entre la pato-

TABLA II

Patología previa a la HD periódica

Úlcus gastroduodenal	18
Hernia hiatal	11
Reflujo gastroesofágico	3
Hipertrofia de los pliegues gástricos	4
Adenocarcinoma del sigma	1
Colitis ulcerosa	1

TABLA III

Tratamiento previa inclusión en HD periódica

Úlcus gastroduodenal:	
Cimetidina	15
Gastrectomía	1
Vagotomía	2
Piloroplastia	2
Hernia del hiato	
Reflujo gastroesofágico	
Conservador	
Adenocarcinoma:	
Extirpación	
Colostomía	
Colitis ulcerosa:	
Antiinflamatorios	

TABLA IV

Patología durante la HD periódica

Úlcus gastroduodenal	6
Recidivas	3
De novo	3
Hernia del hiato	2
Recidivas	0
De novo	2
Reflujo gastroesofágico	3
Recidivas	3
De novo	0
Estreñimiento	37
Perforación	2
Sigma	1
Colon	1
Pólipos gástricos	2
Sigmoiditis	1
Divertículos	2
Duodenales	1
Del sigma	1
Hemorroides	3
Pancreatitis	1

TABLA V

Tratamiento post HD periódica

Úlcus gastroduodenal:	
Gastrectomía	1
Cimetidina	5
Hernia del hiato	
Reflujo gastroesofágico	
Antiácidos	
Estreñimiento:	
Dieta, laxantes	
Perforaciones:	
Colostomía	
Poliposis	
Sigmoiditis	
Diverticulosis	
Hemorroides	
Conservador	

logía presentada y el diagnóstico etiológico. El sexo no ha sido causa de diferencias significativas, a excepción de la incidencia de úlcus. El tiempo transcurrido en HD es significativo en cuanto a la persistencia y severidad del estreñimiento, llegando a producirse dos impactaciones fecales con perforación, que requirieron intervención con colostomía de descarga. La edad se revela como un factor importante en relación a la patología ulcerosa, observándose un aumento significativo a partir de los 40 años.

Discusión

Según un estudio sistemático realizado por Margolis y cols. sobre enfermos en HD periódica, un 59 % presentaban signos digestivos, entre los que se encontraban: náuseas, vómitos y dolor epigástrico. Un 60 % presentaban duodenitis, un 22 % gastritis, y reflujo gastroesofágico un 13 %, hallazgo éste que otros autores consideran infrecuente. En nuestra serie, la incidencia de úlcus ha sido de un 19 %. La hernia de hiato ha sido detectada en un 11,8 % y el reflujo gastroesofágico documentado en un 2,7 % de los pacientes. Un total del 33,5 % sufren, pues, este tipo de alteraciones digestivas en nuestro estudio.

La fisiopatología de estos procesos está poco definida y aunque la secreción ácida gástrica parecía estar aumentada en algunos casos, estudios cuidadosos han demostrado que los enfermos con IRC tienen tendencia a presentar secreciones basales ácidas bajas. Ello a pesar del aumento de gastrina en plasma. Este aumento se cree debido a la disminución de su aclaramiento y también secundariamente a los niveles de PTH. Otro dato destacable, que no hemos podido confirmar en nuestro estudio, es la mayor tendencia

a sangrar que, según Dossetor y cols., observan en sus pacientes ulcerosos o con gastritis difusa.

En cuanto a las alteraciones del intestino delgado y colon, destaca la gran incidencia y morbilidad entre nuestros pacientes de estreñimiento. En su instauración, el OHAL y las resinas de intercambio catiónico, juegan un papel decisivo. La deshidratación fecal, la inactividad y las alteraciones de la motilidad colónica, contribuyen a su instauración y perpetuación. Todos estos factores pueden conducir, y de hecho así lo hemos visto, a impactación fecal y perforación del intestino grueso. Dos de nuestros enfermos con estreñimiento rebelde al tratamiento dietético y laxante han sufrido dicha complicación a nivel de sigma y colon, requiriendo la consiguiente intervención quirúrgica. En otras ocasiones, la ingesta de material altamente osmótico (gastrográfín) fue decisiva para solucionar cuadros sugestivos de suboclusión por impactación fecal.

La función pancreática ha sido objeto de atención recientemente, destacando una mayor incidencia de pancreatitis en los enfermos con IRC respecto a la población general. La amilasemia puede ser normal o ligeramente alta, como consecuencia de su menor aclaramiento. El diagnóstico de pancreatitis debe ser, por lo tanto, cuidadoso, aconsejándose tenerlo en cuenta sólo cuando el valor de amilasa sea igual o superior al doble de lo normal. En nuestro estudio, la incidencia ha sido francamente baja, detectándose un solo episodio durante todo este período. El uso de drogas que potencialmente puedan producirla (tiacidas, furosemida, corticoides) y la presencia de condiciones predisponentes a la misma (hiperlipemia, hiperparatiroidismo), son factores a considerar.

Por último, mencionamos una entidad recientemente descrita por Craig y cols.: la llamada «ascitis nefrogénica», que Valenzuela observa en hasta un 10 % de sus pacientes en HD periódica. Su causa es desconocida, aunque se relaciona con factores tóxicos provenientes del riñón. Esta hipótesis se ha visto favorecida por la resolución dramática de la ascitis resistente a HD vigorosa, tras nefrectomía. En nuestro estudio, no hemos tenido ocasión de ver a ningún paciente afecto de este trastorno.

Conclusiones

Como conclusión, tras el análisis de nuestros datos y en discrepancia con algunos de los autores citados, observamos menor incidencia de complicaciones digestivas postratamiento con HD periódica, destacando la baja frecuencia de recidivas de las alteraciones previas. El diagnóstico etiológico no ha influido en las mismas. El

sexo tampoco comporta diferencias significativas, a excepción de la patología ulcerosa. El tiempo en diálisis no añade riesgos claros de sufrir más frecuentes o mayores alteraciones digestivas, a excepción del riesgo de impactación fecal en aquellos individuos predispuestos. Dado que en nuestra casuística ha sido éste el trastorno más frecuente, recomendamos, por una parte, un tratamiento profiláctico dietético, a base de salvado de trigo fresco o bien bajo la forma de pan integral. Por otra, reduciendo al máximo la necesidad de tomar OHAL o resinas intercambiadoras mediante una estrategia de exclusión de los alimentos más ricos en fósforo y potasio. Si se realiza bien este régimen, podemos asegurar que el riesgo de impactación prácticamente desaparece. De todas formas, es destacable la poca adhesión al mismo, recurriéndose a menudo a los laxantes sintéticos, más fáci-

les de ingerir, pero claramente inferiores en cuanto a resultados.

Bibliografía

- Margolis y cols.: Prospective evaluation of upper gastrointestinal disease in uremic patients (abstract). *Kidney Int.* 10, 504, 1976.
- Wright y cols.: Gastric emptying in patients with chronic renal failure receiving hemodialysis. *Arch. Intern. Med.*, 144, 495, 1984.
- Hamburger y cols.: *Nephrology*. Wiley-Flammarion, 331-332, 1979.
- Shepherd y cols.: Peptic ulceration in chronic renal failure. *Lancet*, 1, 1357-1359, 1973.
- Massry y Glassok: *Textbook of Nephrology*. Williams-Wilkins, vol. 2, 7.59-7.63, 1983.
- Craig y cols.: Nephrogenic ascitis. *Arch. Intern. Med.*, 134, 276, 1974.
- Dossetor: *Insuficiencia renal*. Ed. Toray, 1975.
- Lipschutz y cols.: Spontaneous perforation of the colon in chronic renal failure. *Arch. Intern. Med.*, 132, 758-759, 1973.