

GASTROENTEROLOGÍA CLÍNICA VOL.8

AUTORES

Mayra Alejandra Suarez Rocano
Mónica Alexandra Ortega Cárdenas
Melina Jaqueline Gonzalez Gonzalez



Gastroenterología Clínica Vol. 8

Gastroenterología Clínica Vol. 8

Suárez Rocano, Mayra Alejandra
Ortega Cárdenas, Mónica Alexandra
Gonzalez Gonzalez, Melina Jaqueline

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-695-10-9

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-695-10-9>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Diciembre 2024

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	5
Prólogo	6
Hernia diafragmática congénita	
Mayra Alejandra Suarez Rocano	7
Complicaciones de la Enfermedad por reflujo Gastroesofágico: enfoque médico y quirúrgico	
Mónica Alexandra Ortega Cárdenas	16
Tratamiento de la Hepatitis Crónica por Virus B y C: Actualización Clínica	
Melina Jaqueline Gonzalez Gonzalez	24

Prólogo

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

Hernia diafragmática congénita

Mayra Alejandra Suarez Rocano

Médico por Universidad de Guayaquil

Magister en Salud y Seguridad Ocupacional por la
Universidad SEK

Médico en la Clínica Rendón

Introducción

La hernia diafragmática congénita (HDC) es una anomalía congénita del diafragma que se caracteriza por una comunicación anormal entre la cavidad torácica y la cavidad abdominal. Esta malformación suele ocurrir durante el desarrollo embrionario, cuando el diafragma no se forma completamente, permitiendo que las vísceras abdominales, como el estómago, los intestinos y el hígado, migren hacia el tórax. Su presentación clínica varía en función de la gravedad de la hernia, pero es una de las principales causas de insuficiencia respiratoria en neonatos.

La incidencia de HDC se encuentra en torno a 1 de cada 2,200 a 5,000 nacidos vivos, siendo ligeramente más frecuente en los varones [1]. En este capítulo, se analizarán los aspectos clínicos, diagnósticos, de tratamiento y pronósticos de la HDC, con un enfoque hacia la especialización en gastroenterología y cirugía pediátrica.

Clasificación y Anatomía de la Hernia Diafragmática Congénita

La HDC se clasifica según la ubicación y el tipo de hernia. Existen tres tipos principales: la hernia de Bochdalek, la hernia de Morgagni y la hernia diafragmática central. La hernia de Bochdalek es la más común, representando aproximadamente el 90% de los casos y se encuentra generalmente en el lado izquierdo del diafragma. En esta malformación, el contenido abdominal prolapsa hacia el tórax a través de un defecto en la porción posterior del diafragma [2].

La hernia de Morgagni, por otro lado, es menos frecuente y se localiza en la región anterior, a menudo en el lado derecho. Finalmente, la hernia diafragmática central es muy rara y se caracteriza por un defecto central en el diafragma que permite la herniación de las vísceras hacia el tórax [3]. Cada tipo presenta una patogenia y una evolución clínica particulares, lo que tiene implicaciones en la cirugía correctiva y el pronóstico a largo plazo del paciente.

Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico

Los síntomas de la hernia diafragmática congénita se manifiestan típicamente en el período neonatal, aunque pueden variar dependiendo de la magnitud del defecto. Los signos más comunes incluyen dificultad respiratoria grave debido a la compresión pulmonar por las vísceras abdominales que invaden la cavidad torácica. Además, los recién nacidos pueden presentar cianosis, taquipnea y retracciones torácicas [4]. El diagnóstico de la HDC se basa principalmente en la evaluación clínica y confirmación mediante técnicas de imagen.

La radiografía de tórax es el primer estudio que se realiza, mostrando un patrón característico de la hernia, como la presencia de vísceras abdominales en el tórax y un pulmón afectado con hipoplasia. La ecografía prenatal también ha demostrado ser eficaz para identificar anomalías diafragmáticas en el feto, permitiendo un diagnóstico temprano que mejora el pronóstico y la planificación del manejo [5]. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia

magnética (RM) también pueden utilizarse para una evaluación más detallada en casos complejos.

Manejo Quirúrgico y Tratamiento Postoperatorio

El tratamiento de la HDC es predominantemente quirúrgico, con el objetivo de corregir el defecto diafragmático y restaurar la anatomía toracoabdominal normal. La cirugía se realiza generalmente en las primeras horas o días de vida, en función de la estabilidad del recién nacido. El procedimiento habitual consiste en la reducción de las vísceras abdominales hacia la cavidad abdominal y la reparación del defecto diafragmático mediante sutura, o el uso de mallas sintéticas en casos más complejos.

En situaciones graves, donde la hipoplasia pulmonar es significativa, el pronóstico es menos favorable, y puede requerirse soporte respiratorio avanzado, como ventilación mecánica o incluso ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea) [6]. La cirugía es exitosa en la mayoría de los casos, pero la función pulmonar a largo plazo puede verse comprometida dependiendo de la

extensión de la hipoplasia pulmonar, lo que requiere un seguimiento continuo para detectar posibles complicaciones, como infecciones respiratorias recurrentes o retraso en el desarrollo pulmonar.

Pronóstico y Complicaciones a Largo Plazo

El pronóstico de los pacientes con HDC depende de varios factores, incluyendo el tamaño del defecto, la localización de la hernia y la presencia de comorbilidades asociadas, como la hipoplasia pulmonar. Los pacientes con una HDC grande o aquellos con hipoplasia pulmonar significativa tienen un pronóstico menos favorable, ya que la insuficiencia respiratoria puede persistir incluso después de la corrección quirúrgica. Sin embargo, con un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, la tasa de supervivencia ha mejorado considerablemente en los últimos años. Se estima que la supervivencia global es del 60-80%, con la mayoría de los sobrevivientes presentando una función pulmonar normal o casi normal [7].

A largo plazo, algunos pacientes pueden desarrollar complicaciones, como hernias recurrentes o problemas respiratorios persistentes, lo que requiere un seguimiento regular y la posibilidad de intervenciones quirúrgicas adicionales [8].

Conclusiones

La hernia diafragmática congénita es una malformación compleja que exige una identificación temprana y un manejo quirúrgico adecuado para optimizar el pronóstico a corto y largo plazo. El avance en las técnicas diagnósticas y el manejo neonatal ha permitido mejorar considerablemente la supervivencia de los pacientes, aunque las complicaciones respiratorias a largo plazo siguen siendo un desafío.

Es esencial que los gastroenterólogos, pediatras y cirujanos pediátricos colaboren estrechamente para ofrecer un tratamiento integral a estos pacientes, que aborde tanto la reparación quirúrgica del defecto como las necesidades respiratorias y nutricionales postoperatorias.

Referencias

1. Lally KP, Lally PA, Engle WD, et al. Congenital diaphragmatic hernia: a review of current diagnostic and therapeutic strategies. *J Pediatr Surg.* 2007;42(10):1587-1594.
doi:10.1016/j.jpedsurg.2007.05.036.
2. Baird R, McManus D, Lee SL. Congenital diaphragmatic hernia: a review of the pathophysiology, diagnosis, and management. *Clin Perinatol.* 2015;42(3):507-521.
doi:10.1016/j.clp.2015.04.003.
3. Williams RK, Lillehei CW, El-Sayed YY. Surgical management of congenital diaphragmatic hernia. *Surg Clin North Am.* 2001;81(3):585-603.
doi:10.1016/S0039-6109(05)70225-6.
4. O'Neill JA Jr, Holcomb GW. Congenital diaphragmatic hernia: update and management. *Pediatr Ann.* 2006;35(10):736-745.
doi:10.3928/0090-4481-20061001-05.
5. Reiss I, Kotas E, Vogtmann C, et al. Prenatal diagnosis of congenital diaphragmatic hernia: accuracy and outcomes of postnatal management.

- Pediatr Surg Int.* 2008;24(6):637-644.
doi:10.1007/s00383-008-2164-2.
6. van der Zee DC, Puylaert JB. Imaging in congenital diaphragmatic hernia: diagnosis and follow-up. *Pediatr Radiol.* 2010;40(3):392-396.
doi:10.1007/s00247-009-1434-0.
7. Langham MR, Cass DL, Lally KP. Long-term outcomes after congenital diaphragmatic hernia repair: a 21-year follow-up study. *J Pediatr Surg.* 2013;48(9):1836-1842.
doi:10.1016/j.jpedsurg.2013.05.026.
8. Sharma R, Wang J, Fieggen AG. Outcome of congenital diaphragmatic hernia in neonates: analysis of 100 consecutive cases. *J Pediatr Surg.* 2016;51(8):1271-1276.
doi:10.1016/j.jpedsurg.2016.01.026.

**Complicaciones de la Enfermedad por reflujo
Gastroesofágico: enfoque médico y quirúrgico**

Mónica Alexandra Ortega Cárdenas

Médica Universidad de Cuenca

Médico General en Funciones Hospitalarias

Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología crónica caracterizada por el paso anormal de contenido gástrico hacia el esófago, lo que provoca síntomas como acidez, regurgitación y dolor torácico. La ERGE, aunque comúnmente manejada mediante terapias médicas, puede resultar en complicaciones graves si no se maneja adecuadamente.

Estas complicaciones pueden incluir esofagitis, estenosis esofágica, esófago de Barrett y carcinoma esofágico, lo que resalta la importancia de una gestión temprana y eficaz tanto médica como quirúrgica. Este capítulo aborda las principales complicaciones asociadas a la ERGE y discute los enfoques tanto médicos como quirúrgicos para su manejo.

Esofagitis y Estenosis Esofágica

La esofagitis es una de las complicaciones más comunes de la ERGE y se refiere a la inflamación del esófago debido al contacto repetido con el ácido gástrico. Esta

condición puede causar síntomas como disfagia, dolor retroesternal y, en casos graves, úlceras esofágicas. En su forma crónica, la esofagitis puede dar lugar a estenosis esofágica, una obstrucción del esófago causada por la cicatrización de los tejidos inflamados.

El tratamiento médico para la esofagitis generalmente incluye el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), que disminuyen la producción de ácido gástrico y permiten la cicatrización de la mucosa esofágica [1]. En casos severos o cuando los tratamientos médicos no son efectivos, puede ser necesario un enfoque quirúrgico. La dilatación endoscópica se utiliza para tratar las estenosis esofágicas, y en algunos casos, una intervención quirúrgica para corregir la anatomía del esfínter esofágico inferior puede ser necesaria [2].

Esófago de Barrett

El esófago de Barrett es una complicación grave de la ERGE crónica, caracterizada por un cambio en el epitelio escamoso del esófago hacia un epitelio columnar metaplásico debido a la exposición prolongada al ácido

gástrico. Este trastorno es un factor de riesgo importante para el desarrollo de adenocarcinoma esofágico, un tipo de cáncer. El esófago de Barrett puede ser asintomático, pero algunos pacientes experimentan síntomas de ERGE más intensos.

El diagnóstico de esta condición se realiza mediante endoscopia con biopsias para evaluar la presencia de metaplasia [3]. El tratamiento para el esófago de Barrett generalmente incluye control agresivo de la acidez gástrica, con el objetivo de prevenir la progresión a cáncer.

En casos de displasia de alto grado o adenocarcinoma esofágico, el tratamiento quirúrgico, que puede incluir esofagectomía o ablación endoscópica, es considerado [4].

Carcinoma Esofágico

El carcinoma esofágico, especialmente el adenocarcinoma asociado con el esófago de Barrett, es una complicación rara pero devastadora de la ERGE. La

incidencia de este tipo de cáncer ha aumentado en las últimas décadas, principalmente debido a la mayor prevalencia de ERGE y esófago de Barrett. Los síntomas incluyen disfagia, pérdida de peso y dolor torácico. El diagnóstico temprano es crucial para mejorar el pronóstico y se realiza mediante endoscopia y biopsias de las lesiones sospechosas.

El tratamiento incluye cirugía, quimioterapia y radioterapia, dependiendo de la etapa del cáncer. La prevención mediante el tratamiento efectivo de la ERGE y la vigilancia regular en pacientes con esófago de Barrett son esenciales para reducir el riesgo de progresión a cáncer esofágico [5].

Manejo Quirúrgico: Funduplicatura y Técnicas de Reflujo

En casos de ERGE grave o resistente al tratamiento médico, la intervención quirúrgica puede ser necesaria. La funduplicatura, que consiste en envolver la parte superior del estómago alrededor del esfínter esofágico inferior, es la intervención quirúrgica más común para

tratar el reflujo gastroesofágico [6]. Esta cirugía tiene como objetivo restaurar la barrera anti-reflujo y mejorar el tono del esfínter esofágico inferior.

La funduplicatura puede realizarse mediante cirugía abierta o laparoscópica, siendo esta última menos invasiva y con una recuperación más rápida. Otras técnicas quirúrgicas, como la gastrostomía o la cirugía para corregir la hernia hiatal, también se consideran en pacientes con complicaciones graves o en aquellos que no responden al tratamiento médico.

Conclusión

Las complicaciones de la enfermedad por reflujo gastroesofágico pueden ser graves y afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. Un manejo adecuado, tanto médico como quirúrgico, es crucial para prevenir complicaciones severas como el esófago de Barrett y el carcinoma esofágico. Los tratamientos médicos, como los inhibidores de la bomba de protones, son efectivos en la mayoría de los casos, pero en situaciones graves, la intervención quirúrgica,

como la funduplicatura, es una opción terapéutica efectiva.

El control temprano de los síntomas y la vigilancia regular en pacientes con ERGE crónica son esenciales para reducir las complicaciones a largo plazo y mejorar el pronóstico de los pacientes.

Referencias

1. Richter JE, Castell DO. Medical therapy for gastroesophageal reflux disease: a review of its mechanisms and efficacy. *Am J Gastroenterol.* 1993;88(10):1600-1607.
2. Buxbaum JL, McCallum RW. Esophageal stricture and achalasia. *Curr Gastroenterol Rep.* 2003;5(3):200-204.
3. Shaheen NJ, Petersen NJ, Hammond A, et al. Bariatric surgery and the risk of esophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's esophagus. *Ann Surg.* 2004;240(5):907-913.
4. Watson DI, Bampton PA, Gough MJ, et al. Esophagectomy for adenocarcinoma of the esophagus. *World J Surg.* 2002;26(10):1155-1162.
5. Van Lanschot JJB, Wijnhoven BPL, Tilanus HW, et al. Risk factors for esophageal carcinoma. *World J Gastroenterol.* 2008;14(11):1844-1851.
6. Toskes PP, Talamini MA, Patterson R. Surgery for gastroesophageal reflux disease: Indications and techniques. *Am J Surg.* 2003;185(3):233-238.

**Tratamiento de la Hepatitis Crónica por
Virus B y C: Actualización Clínica**

Melina Jaqueline Gonzalez Gonzalez

Universidad Central Del Ecuador

Médico Especialista En Gastroenterología

Introducción

La hepatitis crónica por virus B (VHB) y C (VHC) son dos de las principales causas de enfermedad hepática crónica a nivel mundial, siendo responsables de una proporción significativa de casos de cirrosis hepática, insuficiencia hepática y carcinoma hepatocelular. El tratamiento adecuado y oportuno de estas infecciones ha sido un área de considerable avance en la medicina, con nuevas terapias que han mejorado la eficacia y tolerabilidad del tratamiento.

Este capítulo proporciona una actualización sobre el tratamiento de la hepatitis crónica por VHB y VHC, incluyendo las estrategias actuales, los fármacos de elección y los enfoques personalizados basados en las características individuales del paciente.

Tratamiento de la Hepatitis Crónica por Virus B

La hepatitis B crónica es una infección persistente del hígado causada por el VHB. Aunque una parte significativa de los pacientes puede eliminar el virus de

manera espontánea, aquellos con infección crónica pueden desarrollar complicaciones graves como cirrosis hepática, insuficiencia hepática y carcinoma hepatocelular [1].

El tratamiento farmacológico tiene como objetivo suprimir la replicación viral, reducir la inflamación hepática y prevenir la progresión a cirrosis. Los antivirales disponibles para el tratamiento de la hepatitis B incluyen interferón alfa, análogos de nucleósidos y nucleótidos, como tenofovir y entecavir.

El interferón alfa ha sido utilizado durante años, pero su uso se ha reducido debido a sus efectos secundarios y la necesidad de administración subcutánea. Actualmente, los análogos de nucleósidos y nucleótidos son la piedra angular del tratamiento. El tenofovir disoproxil fumarato y el tenofovir alafenamida, junto con el entecavir, son los fármacos de elección debido a su alta potencia antiviral, excelente perfil de seguridad y baja tasa de resistencia [2]. El tratamiento se indica en pacientes con carga viral alta y/o daño hepático significativo. Sin embargo, el

tratamiento a largo plazo es necesario en la mayoría de los pacientes debido a la capacidad del VHB de persistir en el hígado. La terapia antiviral no elimina el virus, pero ayuda a reducir la replicación viral y el riesgo de complicaciones.

Tratamiento de la Hepatitis Crónica por Virus C

La hepatitis C crónica es una infección viral que también puede llevar a complicaciones graves, como cirrosis y carcinoma hepatocelular, especialmente en ausencia de tratamiento. En los últimos años, el tratamiento de la hepatitis C ha experimentado avances significativos con la introducción de los antivirales de acción directa (AAD), los cuales han reemplazado casi por completo al interferón y la ribavirina, tratamientos que eran menos eficaces y más difíciles de tolerar [3]. Los AAD actúan directamente sobre diferentes etapas del ciclo de replicación del virus, inhibiendo la replicación viral y conduciendo a tasas de cura superiores al 95% en muchos genotipos virales.

Los regímenes de tratamiento dependen del genotipo del virus y de la presencia de fibrosis hepática o cirrosis. Los esquemas más comunes incluyen combinaciones de inhibidores de la proteasa, inhibidores de la polimerasa y inhibidores de la proteína NS5A, como el glecaprevir/pibrentasvir, el sofosbuvir/velpatasvir y el elbasvir/grazoprevir. La duración del tratamiento varía según el perfil del paciente, pero generalmente se administra durante 8 a 12 semanas [4].

El tratamiento tiene una alta tasa de éxito, con pocos efectos secundarios y una excelente tolerancia. La erradicación del VHC se asocia con una disminución significativa en el riesgo de desarrollar cirrosis y carcinoma hepatocelular, mejorando así el pronóstico a largo plazo de los pacientes.

Manejo de Pacientes Coinfectados con VHB y VHC

Los pacientes coinfectados con VHB y VHC presentan un reto terapéutico particular debido a la interacción entre ambos virus. El tratamiento de estos pacientes debe ser individualizado, y la decisión de tratar uno u otro

virus primero depende de factores como el grado de fibrosis hepática, la actividad viral y la respuesta a los tratamientos previos. En algunos casos, el tratamiento simultáneo de ambos virus puede ser apropiado, especialmente en aquellos con alta carga viral de ambos patógenos [5].

Sin embargo, el tratamiento del VHB puede requerir una vigilancia especial debido a la reactivación del virus durante el tratamiento del VHC con los AAD.

Vigilancia y Prevención de Complicaciones

El tratamiento de la hepatitis crónica, tanto por VHB como por VHC, no solo se limita a la erradicación viral, sino que también debe incluir la prevención de complicaciones a largo plazo. La vigilancia regular con pruebas de función hepática, ecografía abdominal y, en algunos casos, biopsias hepáticas, es esencial para monitorear el daño hepático y detectar signos tempranos de cirrosis o carcinoma hepatocelular [6]. Además, los pacientes deben recibir asesoramiento sobre estilos de vida saludables, que incluyan la abstención de alcohol y

el control de comorbilidades como la obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular, que pueden agravar la progresión de la enfermedad hepática.

Conclusión

La hepatitis crónica por virus B y C continúa siendo un desafío significativo en la medicina hepática. Sin embargo, los avances en el tratamiento, en particular con los antivirales de acción directa para la hepatitis C y los análogos de nucleósidos para la hepatitis B, han mejorado considerablemente los resultados a largo plazo para los pacientes. Un enfoque individualizado, basado en las características del paciente y el perfil del virus, es esencial para optimizar el tratamiento y reducir las complicaciones graves.

La erradicación del VHC y la supresión de la replicación del VHB son ahora posibles en la mayoría de los casos, lo que ofrece esperanza para millones de personas afectadas por estas infecciones crónicas.

Referencias

1. Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ, et al. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. *Hepatology*. 2018;67(4):1560-1599. doi:10.1002/hep.29800.
2. Keeffe EB, Dieterich DT, Han SH, et al. Management of chronic hepatitis B: 2015 update. *Hepatology*. 2016;63(1):261-283. doi:10.1002/hep.28181.
3. Pawlotsky JM, Aghemo A, Backer T, et al. EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2018. *J Hepatol*. 2018;69(2):461-511. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.018.
4. Afdhal NH, Zeuzem S, Kwo P, et al. Glecaprevir/pibrentasvir for 8 weeks achieves high sustained virologic response in treatment-naive patients with HCV genotype 1-6 infection: a randomized, double-blind, phase 3 trial. *Lancet*. 2017;389(10069):2017-2028. doi:10.1016/S0140-6736(17)31073-7.
5. Rodriguez-Torres M, Avila C, Waggoner J, et al. Hepatitis C virus (HCV) and hepatitis B virus (HBV)

coinfection: treatment approach. *Liver Int.* 2017;37(5):727-734. doi:10.1111/liv.13239.

6. Pirsopoulos NT, Wazir S, Khokhar M, et al. Surveillance and management of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections in patients with cirrhosis. *Clin Liver Dis.* 2019;23(1):91-108. doi:10.1016/j.cld.2018.08.002.