

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. OCTAVIO DE LA CONCEPCION Y DE LA PEDRAJA”
BARACOA. GUANTANAMO

**MANIFESTACIONES CLINICAS
ECOGRAFICAS EN PACIENTES
ALCOHOLICOS.**

Dr. Miguel Pérez Ramírez¹, Dr. Ramón Pérez Ramírez², Dra. Hilca Navarro Miranda³, Dr. Armando Hartmann Guilarte⁴.

RESUMEN

Se realizó una investigación en pacientes con antecedentes de más de 10 años de ingestión de bebidas alcohólicas en el municipio de Baracoa, en el período comprendido desde enero a junio de 1997. Las variables analizadas fueron: grupos de edades, sexo, edad de comienzo de la ingestión del tóxico, motivo de la ingestión, escolaridad, síntomas, características sonográficas, resultados de laparoscopia y biopsias en los pacientes a los cuales se les indicó. Entre los principales resultados encontrados tenemos: el grupo de edades con mayor número de afectados fue el comprendido entre 45-64 años, así como los del sexo masculino. La mayoría de los alcohólicos comenzaron a beber entre los 15-24 años, con el principal motivo de la ingestión: “porque le gustaba”. El promedio de escolaridad fue el nivel medio. Los principales síntomas después de la ingestión del tóxico fueron: vómitos y diarreas, así como temblores. Entre los principales resultados ecográficos se encontraron afecciones del hígado y el bazo, así como ascitis. Las principales enfermedades diagnosticadas por laparoscopia y biopsia fueron la esteatosis y la cirrosis hepática.

Palabras clave: ALCOHOLISMO/ complicaciones; ULTRASONOGRAFIA; BAZO/ patología; HIGADO/ patología.

¹ *Especialista de II Grado en Imagenología. Profesor Instructor.*

² *Especialista de I Grado en Medicina Interna.*

³ *Especialista de I Grado en Imagenología*

⁴ *Especialista de I Grado en Anatomía Patológica .*

INTRODUCCION

La OMS define al alcoholismo como un trastorno de conducta crónico, manifestado por repetidas ingestas excesivas de alcohol respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, y que acaban interfiriendo en la salud y las funciones económicas y sociales del bebedor.¹⁻³

Se han señalado diferentes enfermedades como resultado del efecto tóxico directo e indirecto del etanol sobre el organismo. Entre ellas se destacan las hepatopatías alcohólicas (fibrosis, cirrosis, esteatosis), pancreatitis, gastritis, úlceras pépticas, afecciones neurales, algunos tipos de cánceres, así como complicaciones prenatales.³⁻⁶

En nuestros días, las diferentes técnicas ecográficas existentes son medios diagnósticos importantes para determinar afecciones abdominales en pacientes alcohólicos, tales como daños hepáticos, pancreáticos, renales, del bazo, etc. También la ecografía ha servido de guía para la realización de biopsia hepática con aguja fina.⁷⁻¹⁴

Nos motivó a la realización de este estudio investigar las características sonográficas de los diferentes órganos que son afectados frecuentemente por los bebedores habituales de alcohol.

MATERIAL Y METODO

Se realizó ultrasonido diagnóstico en 140 pacientes alcohólicos del municipio de Baracoa en el período comprendido de enero a junio de 1997, enviados desde las diferentes áreas de salud atendidas por el médico de familia. Se consideró como requisito fundamental que los pacientes alcohólicos tuvieran como mínimo 10 años de hábito de ingestión del tóxico.

El equipo de ultrasonido utilizado para el estudio fue un Combison 310 de la firma Kretz.

Aparte de las características sonográficas estudiadas, se analizaron variables tales como: grupos de edades, sexo, edad de comienzo de la ingestión del tóxico, motivo de la ingestión, escolaridad, síntomas y enfermedades encontradas en la laparoscopia y la biopsia.

Los datos obtenidos fueron registrados en una tarjeta de vaciamiento elaborada especialmente para este estudio. El resultado de los datos se expresa en valores porcentuales, los cuales se muestran en tablas

estadísticas, y se realizaron comparaciones con la literatura nacional y extranjera.

RESULTADOS Y DISCUSION

La tabla 1 muestra los grupos de edades de acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, y que designa las distintas etapas de la vida. Entre los grupos con mayor número de afectados encontramos el comprendido entre 45-64 años con 76 pacientes (54,28%), seguido del de 25-44 años, con 40 pacientes (28,57%); esto coincide con lo indicado por otros autores.²⁻¹⁵. En cuanto al sexo, los más afectados fueron los del masculino, con 129 pacientes (92,14%); se encontraron sólo 11 mujeres (7,85%). Esto coincide con la literatura revisada, donde se refleja que los hombres son más afectados por el alcohol.^{1,2,15}

TABLA 1. DISTRIBUCION DE PACIENTES ALCOHOLICOS SEGÚN EDAD Y SEXO.

Grupos de Edades (Años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No	%	No	%
Adolescentes (15-24 años)	4	2,85	0	0	4	2,85
Adultos jóvenes (25-44 años)	40	28,57	4	2,85	44	31,42
Edad madura (45-64)	76	54,28	7	5,00	83	59,28
Ancianos (> 65 años)	9	6,42	0	0	9	6,42
TOTAL	129	92,14	11	7,85	140	100

Fuente: Encuestas realizadas.

En cuanto a la edad de comienzo de la ingestión del tóxico, el grupo más afectado fue el comprendido entre 15-24 años, con 72 pacientes (51,42%), seguido por el de 25-44 años, con 40 pacientes (28,57%); luego, 16 pacientes menores de 15 años (11,42%); y con más de 45 años, 12 pacientes (8,57%), lo que coincide con lo informado por Valdés Pacheco¹⁵, cuyo grupo de edades con más afectados fue el de 15-24 años (Tabla 2).

TABLA 2. DISTRIBUCION DE ALCOHOLICOS SEGÚN EDAD DE COMIENZO DE LA INGESTION DEL TOXICO.

Edad de comienzo	No	%
Hasta 15 años	16	11,42
15 a 24 años	72	51,42
25 a 44 años	40	28,57
45 a 64 años	12	8,57
Más de 65 años	0	0
TOTAL	140	100

Fuente: Encuestas realizadas

La tabla 3 muestra la distribución de alcohólicos según el motivo que refirieron por el cual ingieren el tóxico; 88 pacientes (62,85%) refirieron que "porque les gusta", 44 pacientes (31,42%), "para alegrarse", 36 pacientes (25,71%) por "distracción y compartir", 12 pacientes (8,52%) "por otros motivos" tales como "influencia familiar". Debemos aclarar que en

nuestra investigación recogimos más de un motivo en muchos de los encuestados. Nuestros resultados coinciden con los de otros autores.^{1,3,15}

TABLA 3. DISTRIBUCION DE PACIENTES ALCOHOLICOS SEGÚN EL MOTIVO POR EL CUAL INGERIERON EL TOXICO

Motivo	No	%
Porque le gusta	88	62,85
Por distracción	36	25,71
Por alegrarse	44	31,42
Por compartir	36	25,71
Otros motivos	12	8,57

Fuente: Encuestas realizadas

Respecto a la escolaridad de los pacientes alcohólicos encontramos con secundaria y preuniversitario, 44 pacientes (31,42%), seguidos de los de primaria, con 40 pacientes (28,57%); los menos afectados fueron los universitarios, con sólo 12 pacientes (8,57%). No coinciden nuestros resultados con los de Valdés Pacheco, en cuyo estudio

predominaron los preuniversitarios y universitarios. Nuestros resultados pueden quedar justificados por el grado de escolaridad de la población cubana, que es de nivel medio (Tabla 4).

TABLA 4. DISTRIBUCION DEL ALCOHOLISMO SEGÚN ESCOLARIDAD

Escolaridad	No	%
Primaria	40	28,57
Secundaria	44	31,42
Preuniversitario	44	31,42
Universitario	12	8,57

Fuente: Encuestas realizadas

En la tabla 5 se muestran los principales síntomas referidos por los pacientes alcohólicos después de la ingesta del tóxico; los fundamentales son los vómitos y las diarreas, así como temblores, en 48 pacientes (34,28%), la ansiedad en 40 pacientes

(28,57%), el dolor en epigastrio en 36 pacientes (25,71%), seguidos del dolor en hipocondrio derecho en 24 pacientes (17,14%). Otros síntomas referidos fueron insomnio, sueño, etc. Otras investigaciones realizadas^{1,4}, recogen las afectaciones del alcohol al organismo, entre las cuales las más frecuentes fueron los síntomas digestivos y nerviosos.

TABLAS 5. PRINCIPALES SINTOMAS QUE REFIRIERON LOS ALCOHOLICOS

Síntomas	No	%
Vómitos y diarreas	48	34,28
Temblores	48	34,28
Ansiedad	40	28,57
Dolor en epigastrio	36	25,71
Dolor en hipocondrio derecho	24	17,14
Insomnio	12	8,57
Sueño	4	2,85

Fuente: Encuestas realizadas

Entre las principales alteraciones ecográficas encontramos que los órganos más afectados fueron el hígado y el bazo. Entre las principales afecciones hepáticas hallamos diferentes grados de aumento de la

ecogenicidad hepática en 80 pacientes (57,13%), hepatomegalia en 20

pacientes (14,28%), fibrosis hepática en 12 pacientes (8,57%). También encontramos 4 pacientes con metástasis hepáticas. El bazo lo encontramos aumentado en 32 pacientes (22,85%) y pequeño en 8 pacientes (5,74%). Otras afecciones encontradas fueron la ascitis, en 16 pacientes (11,42%), hidronefrosis y litiasis en 4 pacientes, respectivamente (2,85%). Nuestros hallazgos ecográficos se corresponden con los de la literatura revisada¹²⁻¹⁷ (Tabla 6). Encontramos las siguientes características ecográficas: consideramos hepatomegalia ultrasónica cuando el hígado rebasa la arcada costal en espiración, a nivel de la línea media clavicolar. La esteatosis hepática puede ser sugerida, ya que el tejido adiposo originará un patrón ecogénico intenso, que se destacará comparándolo con la imagen ultrasónica del riñón; la fibrosis hepática originará un aumento de la atenuación del sonido y puede ser registrada por el patrón ecogénico más intenso en la zona más superficial del hígado y menos ecogénicas en las partes posteriores. La presencia de ascitis se descubre con facilidad como una banda sonoluciente entre el hígado y la pared abdominal anterior o lateral, o entre el hígado y el riñón derecho. Las metástasis hepáticas presentan diferentes patrones ecográficos: nodular sonodenso, nodular sonoluciente, nodular con necrosis intratumoral, nódulos en "ojo de buey", nodular mixto y heterogéneo. Respecto al bazo, muchos procesos cursan con agrandamiento difuso del bazo. En general, existen dos tipos de patrones ultrasónicos anormales en estas esplenomegalias difusas. Las benignas se caracterizan por un aumento en la intensidad del patrón ecogénico y ocurren normalmente cuando existe inflamación o congestión, y las malignas presentan un patrón de ecos débiles o de poca amplitud.

TABLA 6. ALTERACIONES ECOGRAFICAS ENCONTRADAS EN PACIENTES ALCOHOLICOS.

Alteración	No	%
HEPATICAS		
Discreto aumento de la ecogenicidad	60	42,85
Gran aumento de la ecogenicidad	8	5,71
Fibrosis hepática	12	8,57
Metástasis hepática	4	2,85
Hepatomegalia	20	14,28
BAZO		
Muy aumentado	12	8,57
Discretamente aumentado	20	14,28
Pequeño	8	5,71
OTRAS AFECCIONES		
Ascitis	16	11,42
Hidronefrosis	4	2,85
Litiasis renal	4	2,85

Fuente: Encuestas realizadas

TABLA 7. ENFERMEDADES ENCON-
TRADAS CON LAPAROSCOPIA Y
BIOPSIA DE PACIENTES ALCOHO-
LICOS

Enfermedades	No	%
Esteatosis hepática	35	52,33
Cirrosis hepática	14	20,89
Metástasis	3	4,47
Hepatomegalia	15	22,38

Fuente: Encuestas realizadas

hepatomegalia en 15 pacientes (22,38%) y la metástasis hepática en 3 pacientes (4,47%). Esto coincide con la literatura revisada¹³⁻¹⁵, la cual registra las afecciones hepáticas como las más frecuentes en pacientes alcohólicos.

La tabla 7 muestra las principales entidades encontradas con la laparoscopia y las biopsias realizadas a los pacientes alcohólicos con sospecha ecográfica de hepatopatía alcohólica. En 35 pacientes (52,23%) se diagnosticó esteatosis hepática. La cirrosis hepática estuvo presente en 14 pacientes (20,89%),

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Díaz Tabares O, Soler Quintana E, Soler Quintana L. Aspectos epidemiológicos del alcoholismo. San Cristóbal 1994. Rev Cub Med Gen Int 1996; 12(4):342-348.
2. Valdés Pacheco E, Alonso Díaz N, FrancoNodarse A. Alcoholismo, un problema de salud de nuestro siglo. Rev Cub Med Gen Int 1992; 8(4):379-385.
3. Abreu García M, Fernández Albán M, Martín García A. Comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de medicina. Rev Cub Salud Pub 1995;21(2):95-100.
4. Hernández Triana M. Alteraciones metabólicas en el alcoholismo. Rev Cub Aliment Nutric 1996; 10(1):35-42.
5. Lieber, CS. Alcohol, liver injuries and protein metabolism. Pharmacology Biochem Behavior 1990; 13:17-30.
6. Lieber CS. Herman Award lecture 1993; a personal liver perspective on alcohol, nutrition and the liver. Am J Clin Nutr 1993; 58:430-42.
7. Fiechtner H, Ruther U, Wistohfer T, Sedler R. Color-coded Doppler sonography in the diagnosis of abdominal masses. Urol Int 1996; 56(3):184-7.
8. Inadom J, Cello JF, Koch J. Ultrasonographic determination of ascitic volume. Hepatology 1996; 24(3):549-51.
9. Drinkovic I, Erkljadic E. Two cases of lethal complications following ultrasound-guided percutaneous fine-needle biopsy of the liver. Cardiovasc Intervent Radiol 1996; 19(5):360-3.
10. Gibson PR, Gibson RN, Donlan JD, Gomes PA. A Comparison of Doppler flowmetry with conventional assessment of acute changes in hepatic blood flow. J Gastroenterol Helol 1996; 11(1):14-20.

11. Joley, JP, Khouani S, Decrombecque C, Razafimahaleo A. Ultrasound guided puncture-biopsy of the liver could replace blind puncture-biopsy in diffuse hepatopathies. Retrospective study of 1293 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1995; 19(8-9):703-6.
12. Duchmann JC, Joly JP, Einy JP, Sevestre H. Portal thrombosis and liver cirrhosis. Value of ultrasound-guided puncture-biopsy of thrombus. *Gastroenterology Clin Biol* 1995; 19(6-7):581-6.
13. Pateron D, Ganne N, Trinchet JC, Aurousseau MH. Prospective study of screening for hepatocellular carcinoma in caucasian patients with cirrhosis. *J Hepatol* 1994; 20(1):65-71.
14. Friedman HS, Cirillo N, Schiano F, Nathan D. Vasodilatory state of decompensated cirrhosis to hepatic dysfunction, ascitis, and vasoactive substances. *Alcohol Clin Exp Res* feb 1995; 19(1):123-9.
15. Valdés Pacheco E, García Castillo R, Quesada Beltrán I. Prevalencia del alcoholismo en un consultorio del médico de la familia. *Med Gen Integ* 1994; 10(4):344-350.
16. Segura Cabral JM. Ultrasonografía abdominal. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica 1984.
17. Sauerbrei ET, Nguyen K L, Hollan R. Abdominal sonography. New York. Raven Press 1992.