

Paciente con problemas relacionados con el alcohol

F. Javier Laso

**Unidad de Alcoholismo. Servicio de Medicina Interna II
Hospital Universitario de Salamanca**

**XXVIII Congreso Nacional de la SEMI
Sitges, 22 de Noviembre de 2007**

Anamnesis

Varón de 42 años, trabajador de la construcción

- **Fibrilación auricular paroxística**
 - **Tabaquismo. No consumía alcohol**
 - **Fiebre, astenia, anorexia**
- ↓ 48 h
- **Dolor en el hipocondrio derecho**
 - **Crisis convulsiva tónico-clónica generalizada**

Ingreso en Urgencias

Examen físico

- **Consciente, excitado, bien orientado e hidratado, temblor de manos. T^a: 38,1° C.**
- **Pulso regular a 110 lat/min. PA: 150/90 mmHg**
- **Eritema palmar, ictericia de conjuntivas y piel**
- **Hepatomegalia (3cm), borde liso, dolorosa**
- **Exploración cardiaca, pulmonar y neurológica: normales**

Problemas

Hepatobiliar

Diagnóstico diferencial sindrómico

Patología infecciosa

Absceso hepático
Hepatitis vírica
Colangitis
Colecistitis

Patología no infecciosa

Esteatohepatitis
Carcinoma hepatocelular

Neurológico

Diagnóstico diferencial sindrómico

Patología vascular
Infección
Tumor
Trastorno metabólico

Pruebas complementarias

- **Hemograma: leucocitosis, neutrofilia, aumento de VCM**
- **Bioquímica en sangre**
 - ✓ **Glucosa, urea, creatinina, sodio, calcio: normales**
 - ✓ **Potasio: 3,2 mmol/L**
 - ✓ **Proteína C reactiva: 10 mg/dL**
 - ✓ **Bilirrubina total: 6,2 mg/dL; fracción conjugada: 2,6 mg/dL**
 - ✓ **AST: 275 U/L; ALT: 71 U/L**
 - ✓ **Fosfatasa alcalina: 284 U/L; GGT: 389 U/L; LDH: 556 U/L**
- **Sistemático y sedimento de orina: normal**
- **RX posteroanterior de tórax: normal**

Problemas

Hepatobiliar

- In inflamación con colestasis

Leucocitosis con neutrofilia
↑ PCR
↑ FA y GGT

Hiperbilirrubinemia no conjugada

Neurológico

- Crisis epiléptica



Hematológico

- Sospecha de hemólisis

sérica

Problemas

Hepatobiliar

- In inflamación con colestasis

AST/ALT >2

**Sospecha de
enfermedad hepática
alcohólica**

Neurológico

- Crisis epiléptica

Anamnesis

Varón de 42 años

- Tabaquismo. No consumía alcohol

Hematológico

- Sospecha de hemólisis

Dilemas...

- **¿Error en la detección de consumo de alcohol?**
- **¿Cómo hay que detectar el consumo de alcohol?**

DetECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL

- ¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas?
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Cuántas consumiciones?
- ¿Cuál es el patrón de consumo?

Cálculo del alcohol consumido

- **Unidad de bebida estándar (UBE): 10 g de etanol puro**



1 UBE



2 UBE

Cuestionarios de cribado

■ **AUDIT*-C**

■ **AUDIT***

■ **CAGE****

■ **MALT*****

***Alcohol Use Disorders Identification Test**

****Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener**

*****Münchener Alkoholismus Test**

AUDIT-C

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

	Nunca	1-2 veces al mes	2-3 veces al mes	4 o más veces a la semana
	0	1	2	3

¿UBE en un día de consumo normal?

	1-2	3-4	5-6	7-9	10 o más
	0	1	2	3	4

¿Con qué frecuencia toma en un solo día 6 o más bebidas alcohólicas?

	Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Cada semana	A diario o casi a diario
	0	1	2	3	4

Patrones de consumo

Consumo de riesgo

UBE

AUDIT-C

Es de riesgo cualquier consumo en menores, embarazadas, o si existen antecedentes familiares de alcoholismo

Var
>
>
>

Mujer

>17 UBE/semana

>4 UBE/ocasión de consumo/mes

Dependencia

Criterios de CIE-10 (OMS), DSM-IV (APA)

Consumo compulsivo

Tolerancia

Abstinencia

Desatención de otras actividades

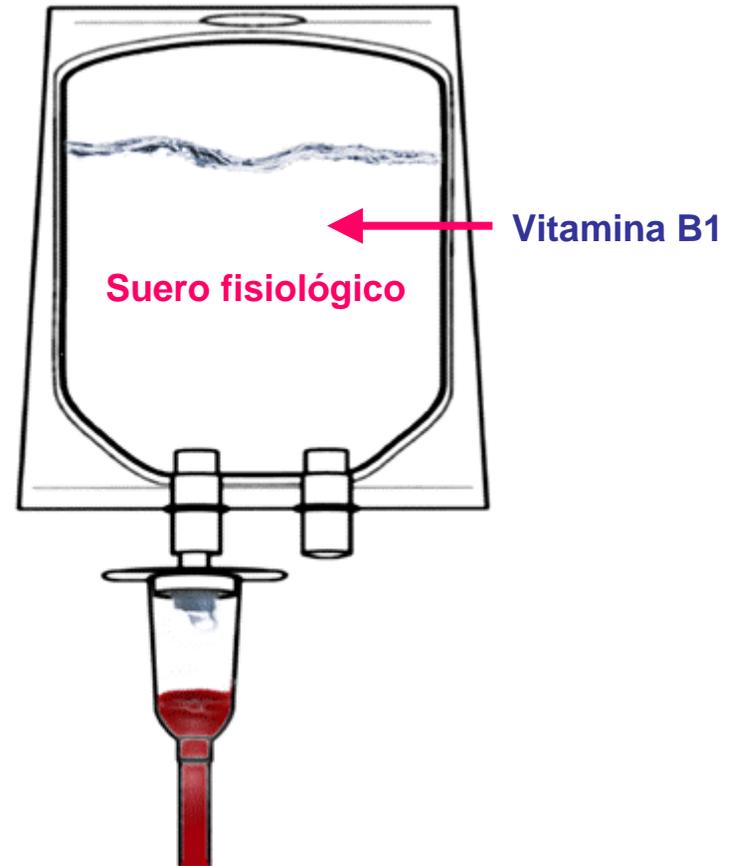
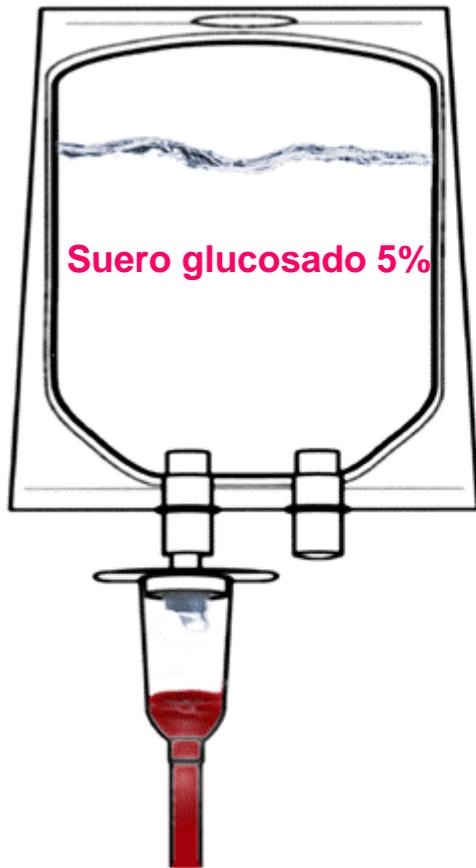
Marcadores biológicos

- La transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) es el marcador más sensible y específico de consumo excesivo de alcohol, sobre todo si se determina conjuntamente con la GGT
- La determinación conjunta de GGT y VCM también tiene alta sensibilidad
- No sustituyen la detección del consumo mediante el interrogatorio
- Su principal utilidad es como método de control de la deshabituación del alcohol

Reconsideración del caso clínico

- **El paciente no bebía alcohol, pero sólo desde que empezó su enfermedad actual**
- **Bebía más de 15 UBE/día desde hacía más de 20 años**
- **Aumentó su consumo de alcohol los días previos al inicio de la enfermedad actual**
- **Presentaba criterios de dependencia del alcohol**
- **Eritema palmar**
- **Los niveles de GGT y VCM estaban altos**

Ingreso en Medicina Interna



Problema neurológico

- **Diagnóstico diferencial de epilepsia y consumo de alcohol**

Convulsiones y alcohol

Generalizadas

**Localizadas
(crisis parcial motora)**

**Hematoma subdural
Encefalitis, meningitis**

***Rum fits* (epilepsia alcohólica):
convulsiones a las 12-48h de
abstinencia alcohólica. Puede
evolucionar al delírium tremens**

**En la hipoglucemia y la epilepsia
genuina, las convulsiones se
relacionan con el consumo activo
de alcohol**

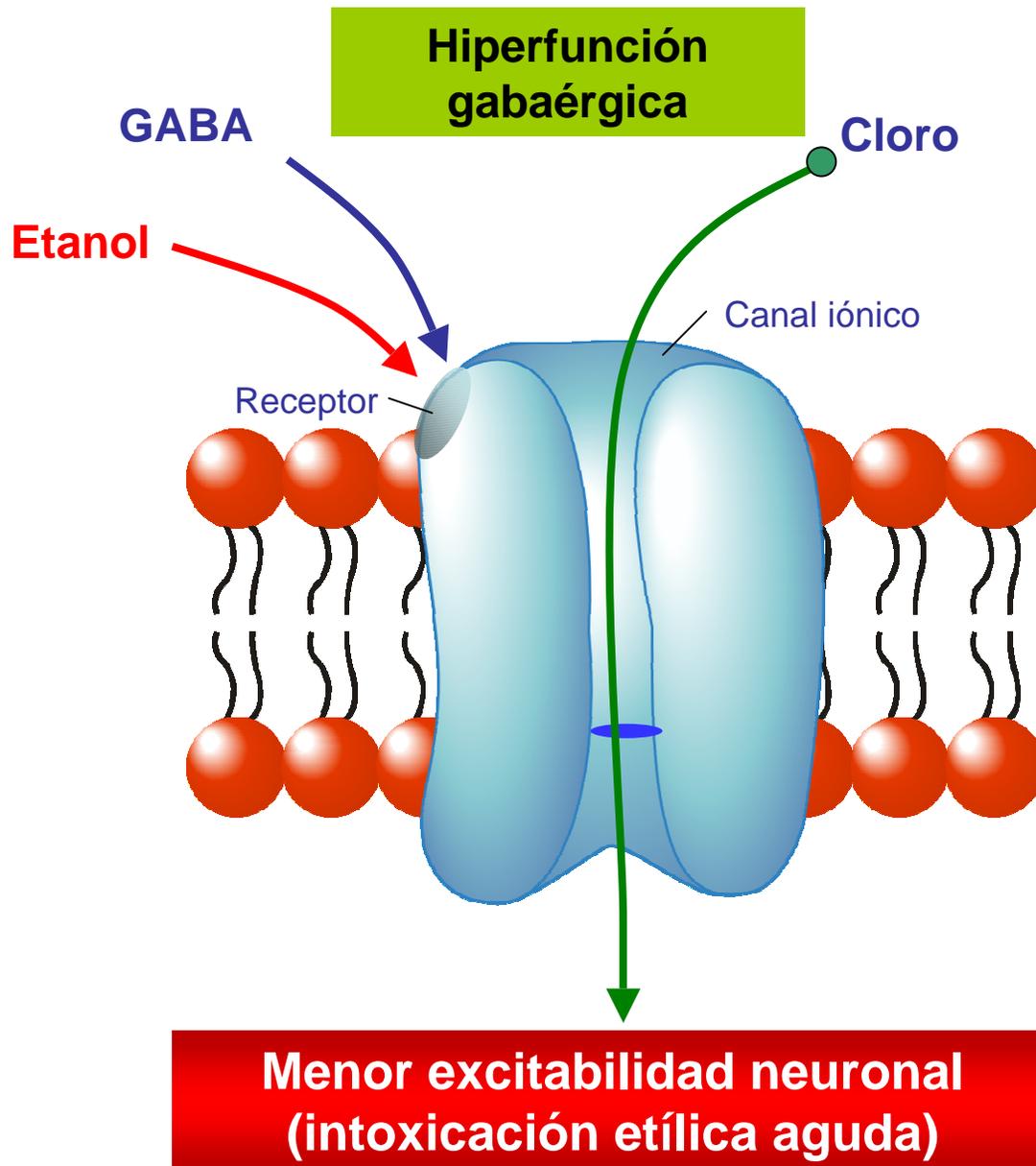
Problema neurológico

- Diagnóstico diferencial de epilepsia y consumo de alcohol
- Prueba de imagen **TC craneal normal**
- Cese brusco de consumo, excitación, temblor, hipocaliemia

Síndrome de abstinencia del alcohol
(rum fits)

Alcohol y neurobiología

Consumo agudo de alcohol

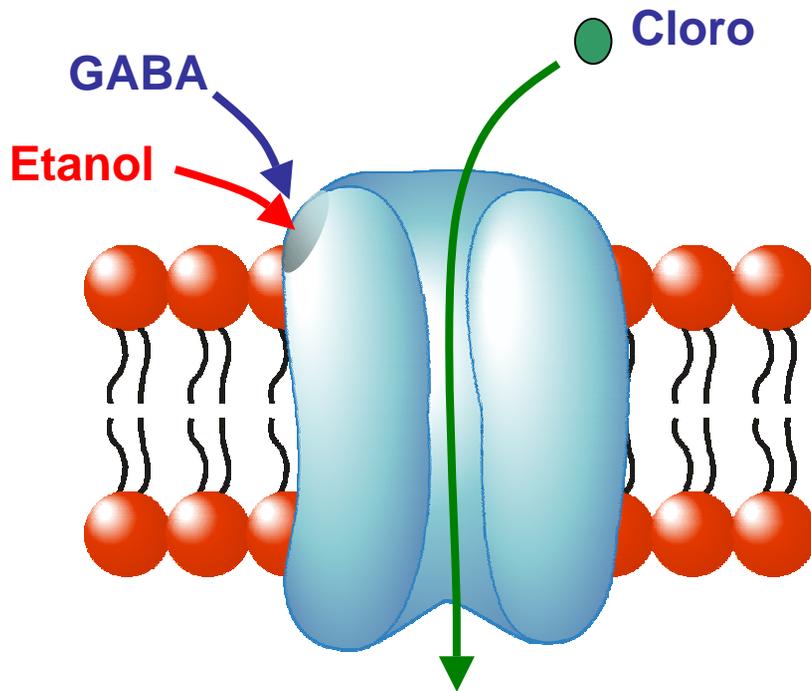


Consumo crónico de alcohol: dependencia



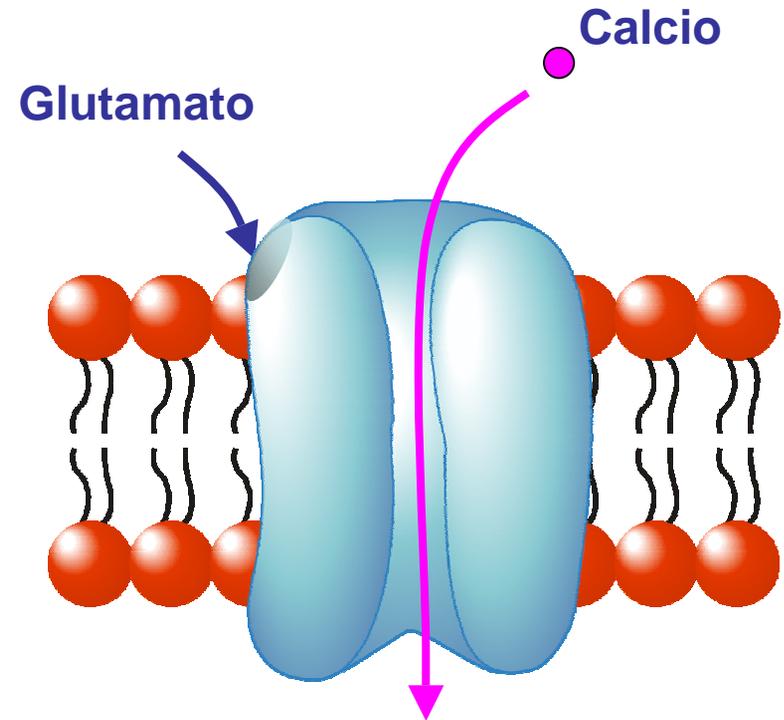
Consumo crónico de alcohol: tolerancia, abstinencia y neurotoxicidad

Hipofunción gabaérgica



Tolerancia

Hiperfunción glutamatérgica

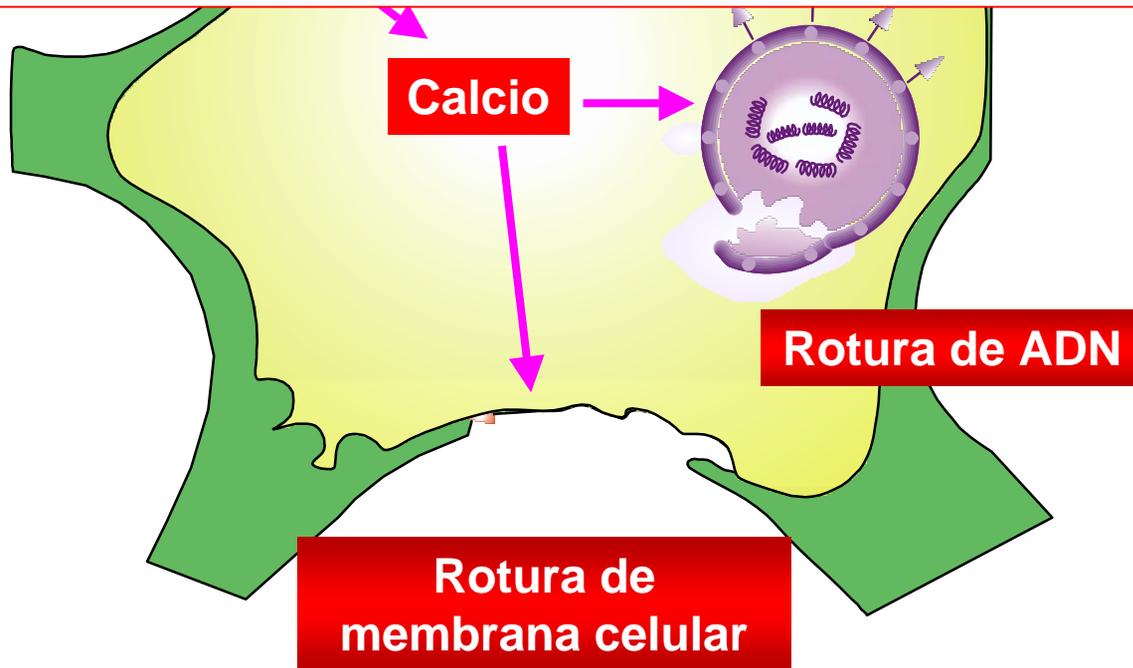


**Mayor excitabilidad neuronal
(síndrome de abstinencia)
Neurotoxicidad**

Lesión y muerte celular: neurotoxicidad

Neurotoxicidad en jóvenes

- El patrón de consumo basado en borracheras es el más neurotóxico: ¿citocinas proinflamatorias (TNF-alfa)?



Problema hepatobiliar

■ Examen físico

Soplo en área hepática

■ Pruebas de laboratorio

VHB, VHC negativos
Alfa-fetoproteína normal

■ Prueba de imagen



AST/ALT >2
Leucocitosis con neutrofilia
Elevación de la PCR

**Esteatohepatitis
alcohólica
Fibrosis hepática**

Problema hematológico

■ Pruebas de laboratorio

Índice de reticulocitos alto
Haptoglobina baja
Test de Coombs negativo

Hemólisis

Problema metabólico

■ Otras pruebas de laboratorio

Triglicéridos: 520 mg/dL
Colesterol: 270 mg/dL

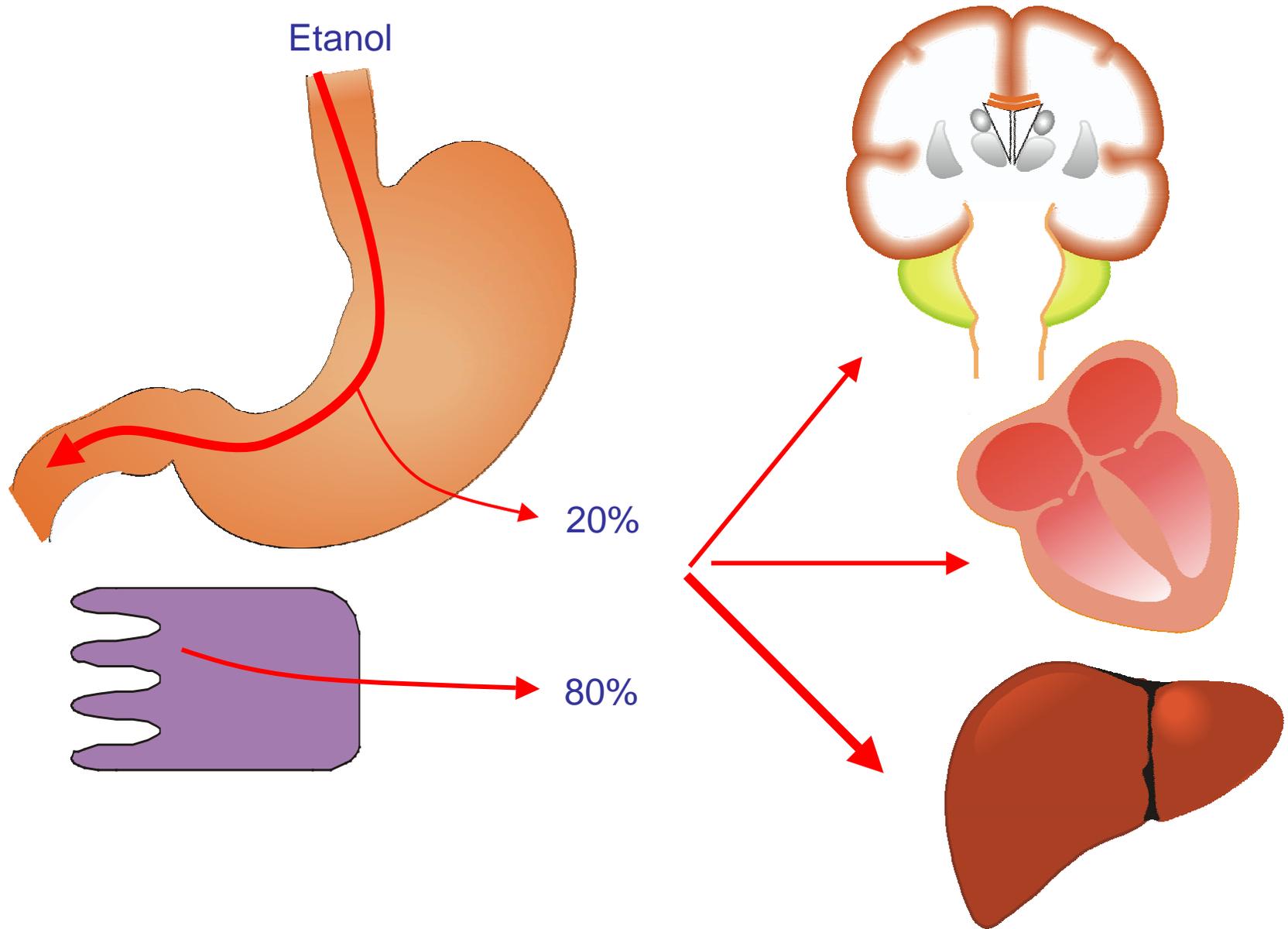
Hiperlipemia

Dilemas...

- **¿Cómo se explican los problemas orgánicos del paciente?**
- **¿Cómo se interrelacionan?**

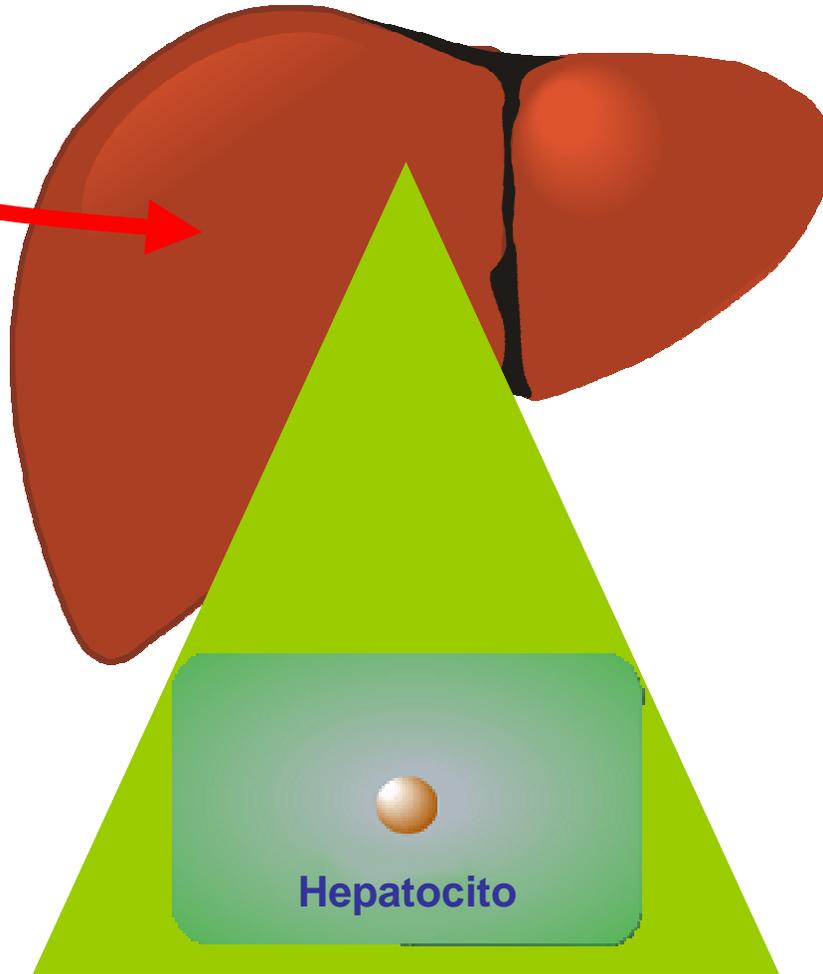
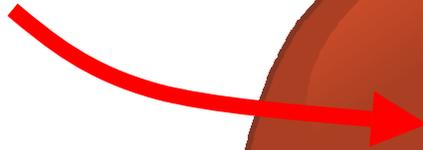
Alcohol y metabolismo hepático

Absorción y distribución del etanol



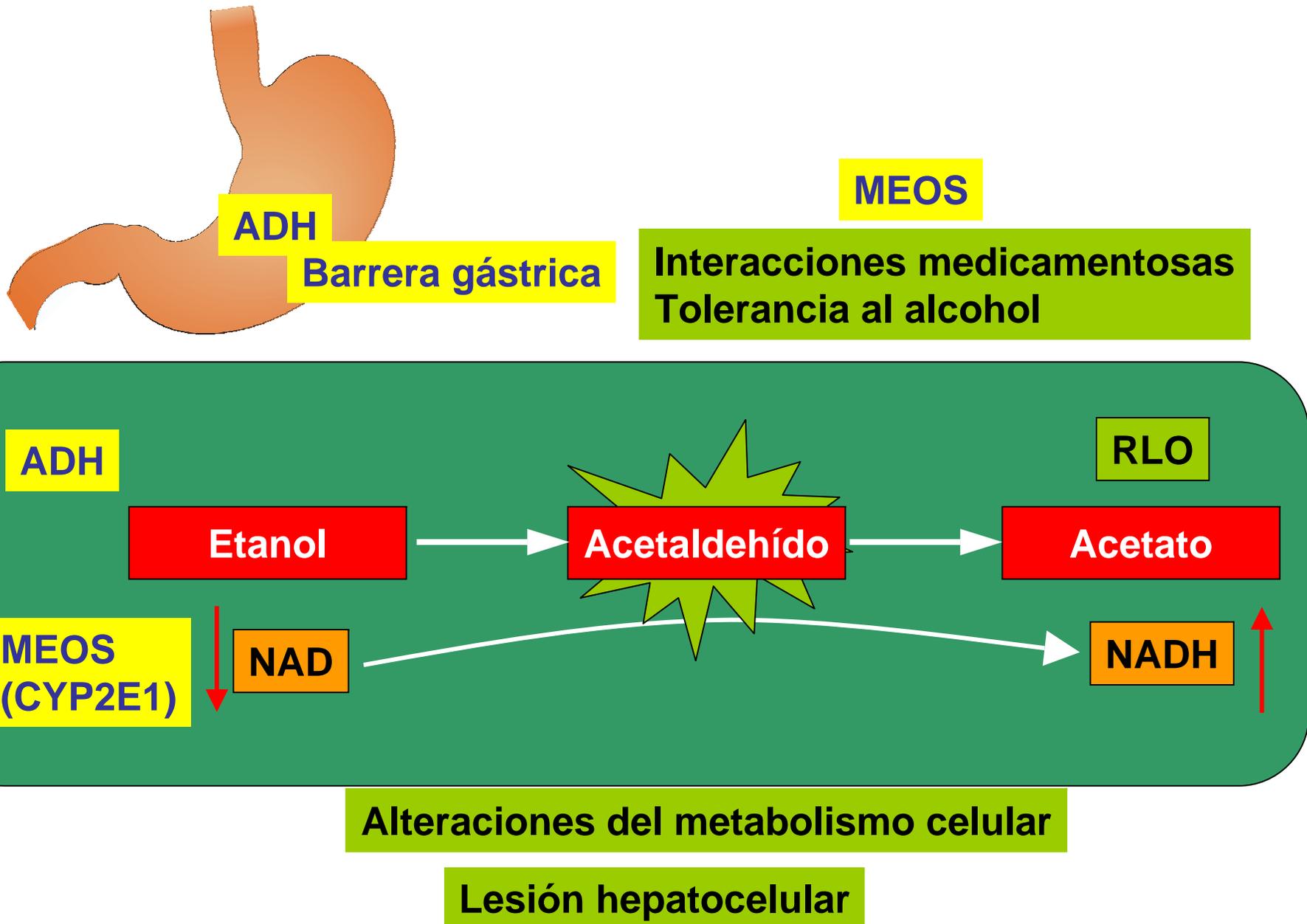
Alcohol y metabolismo hepático

Etanol



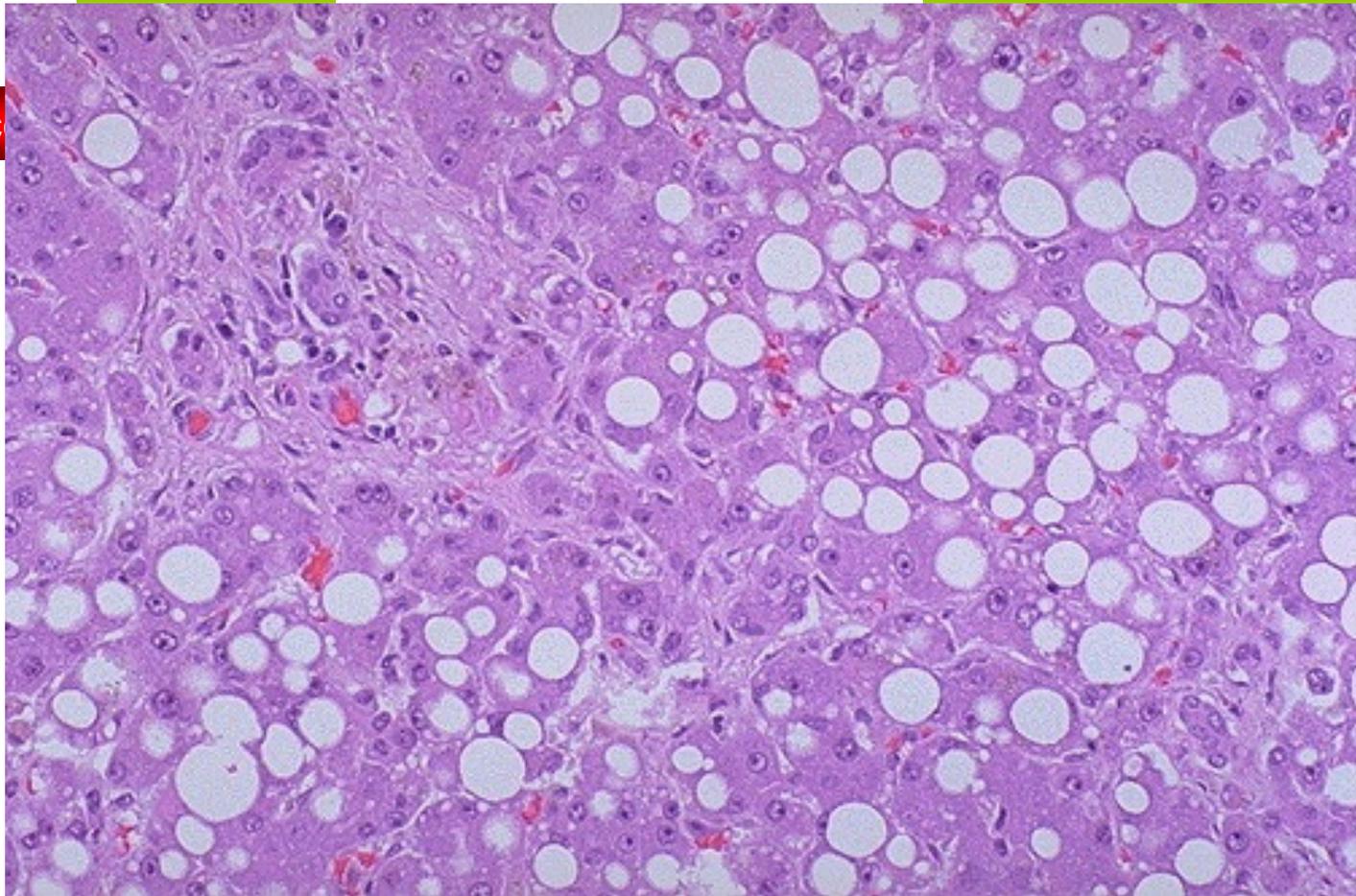
Hepatocito

Oxidación del etanol



Alteración del metabolismo celular

Hipogluc



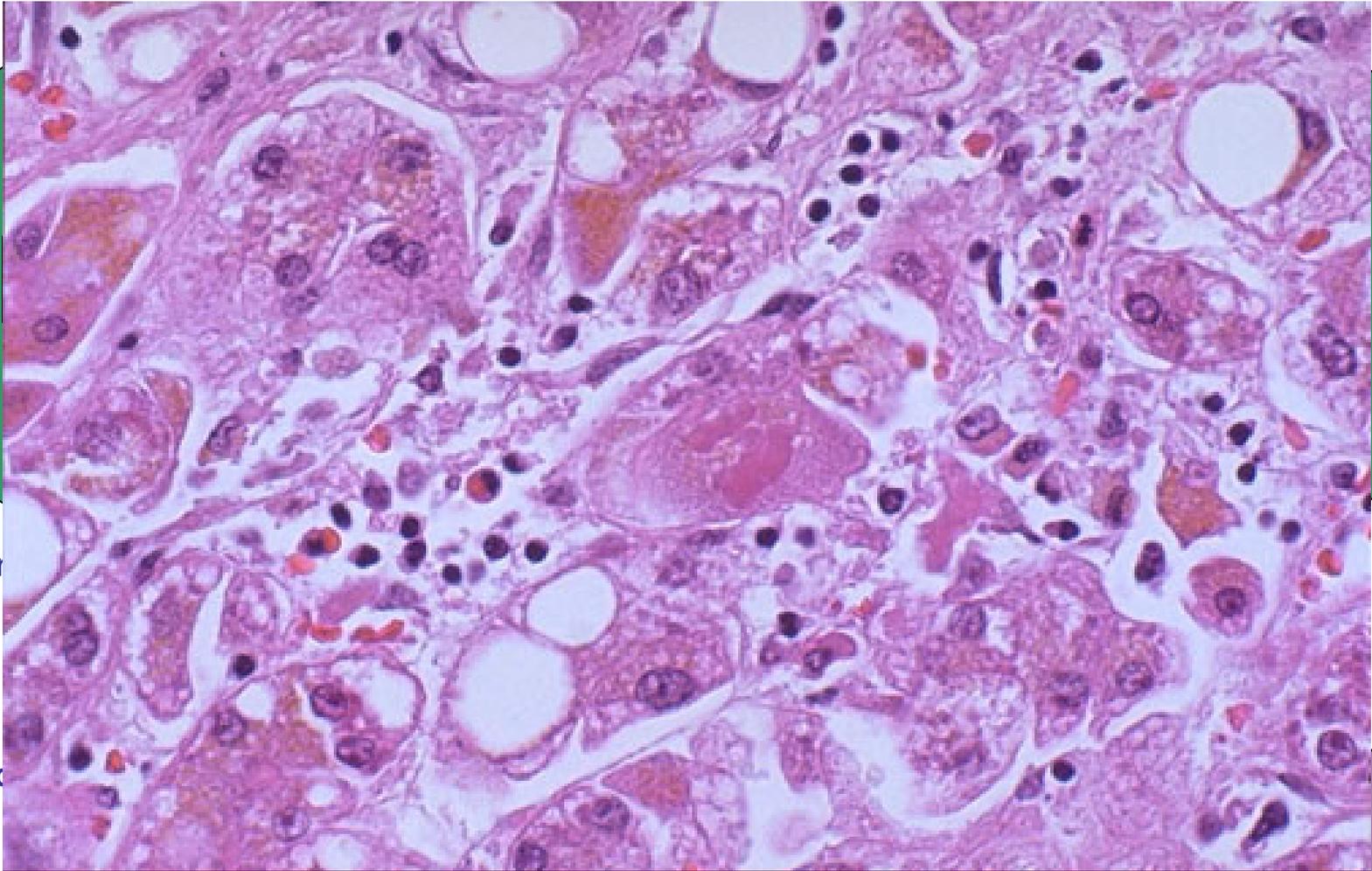
idos

cetona

nia

Esteatosis hepática

Lesión hepatocelular



Neoar

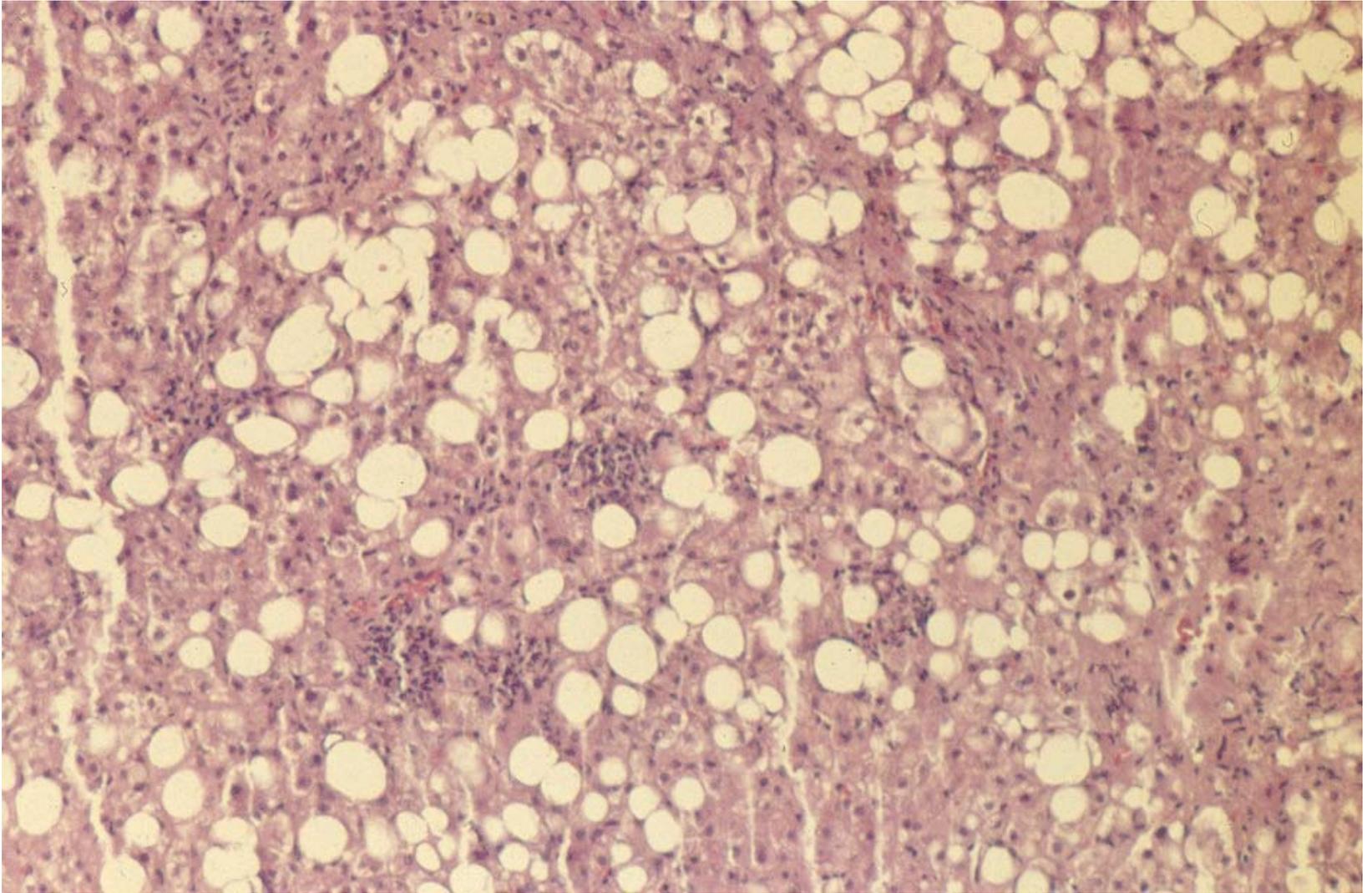
Linfoc

Necrosis e inflamación

Prueba diagnóstica

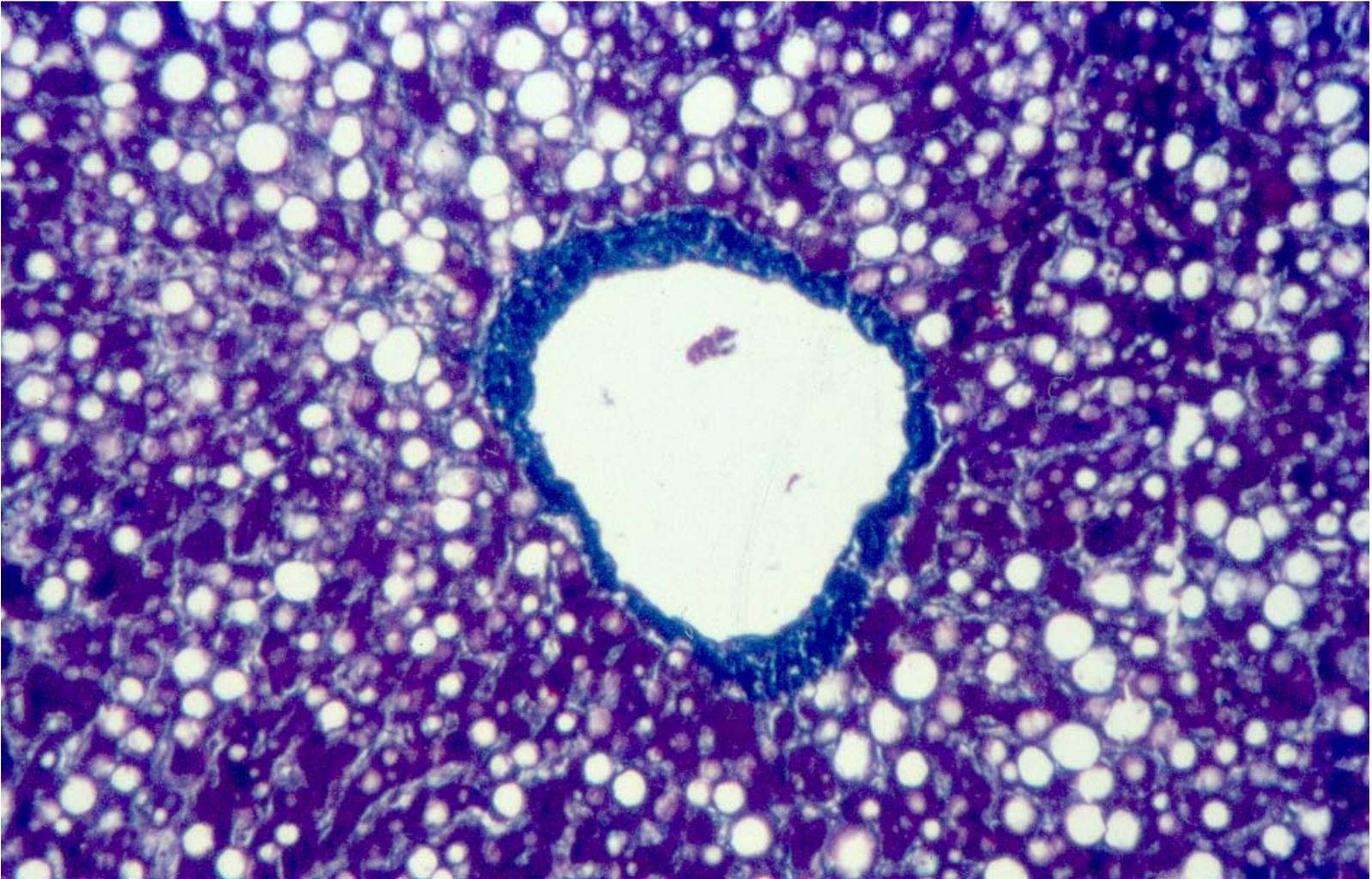


Biopsia hepática



Infiltrado inflamatorio, necrosis, esteatosis macrovesicular

Biopsia hepática

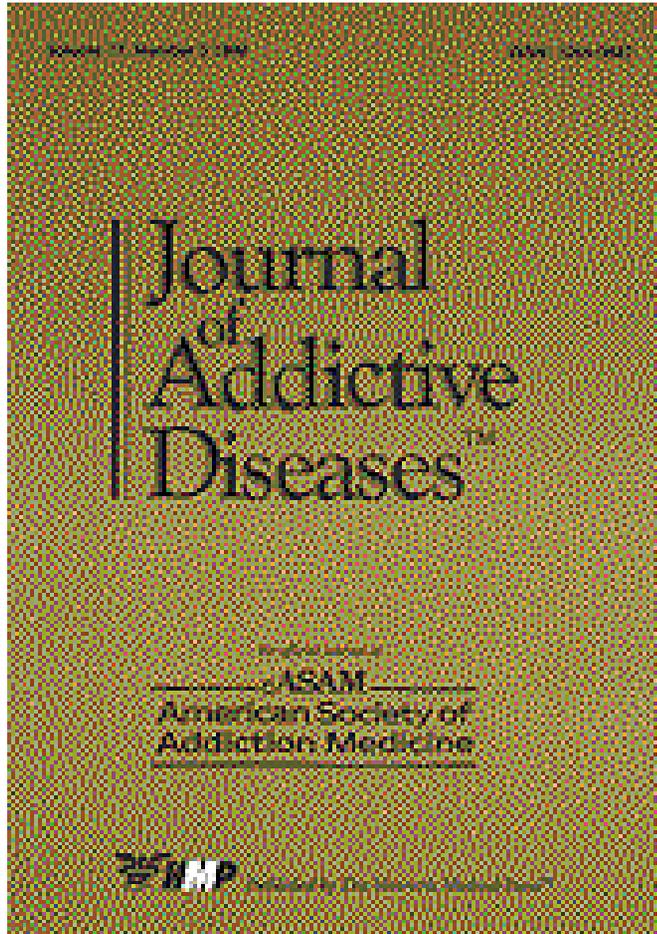


Esclerosis perivenular

Esteatohepatitis alcohólica

Planteamiento terapéutico

- **Medidas generales (fluidoterapia, vitamina B1, potasio)**
- **Tratamiento del síndrome de abstinencia**
- **Casos graves: glucocorticoides**
- **Mantener abstinencia alcohólica ante el riesgo de evolución a cirrosis hepática**
- **Asistencia multidisciplinar**



The Role of Internal Medicine in Addiction Medicine

David C. Lewis, MD

ABSTRACT. Internal Medicine must play an important role in addiction medicine. Although Psychiatry has been the dominant discipline in the addictions field, this article explores how the internist can bring special insight to the understanding of addictions. The

article documents how Internal Medicine, historically, has helped define and diversify the field of addiction medicine. A survey of recent history, however, shows that Internal Medicine has only minimally broadened its role in the addiction field, despite the pro-

ouncements of numerous committees, despite the efforts of medical groups that it do so. The article shows that some internists want to play an increased role in the field of addiction medicine, but often feel limited by their lack of knowledge and by the professional biases they confront. In conclusion, new suggestions for improving

addiction medicine are offered. [Article copies available from The Haworth Document Delivery Service: 1-800-342-9678.]

INTRODUCTION

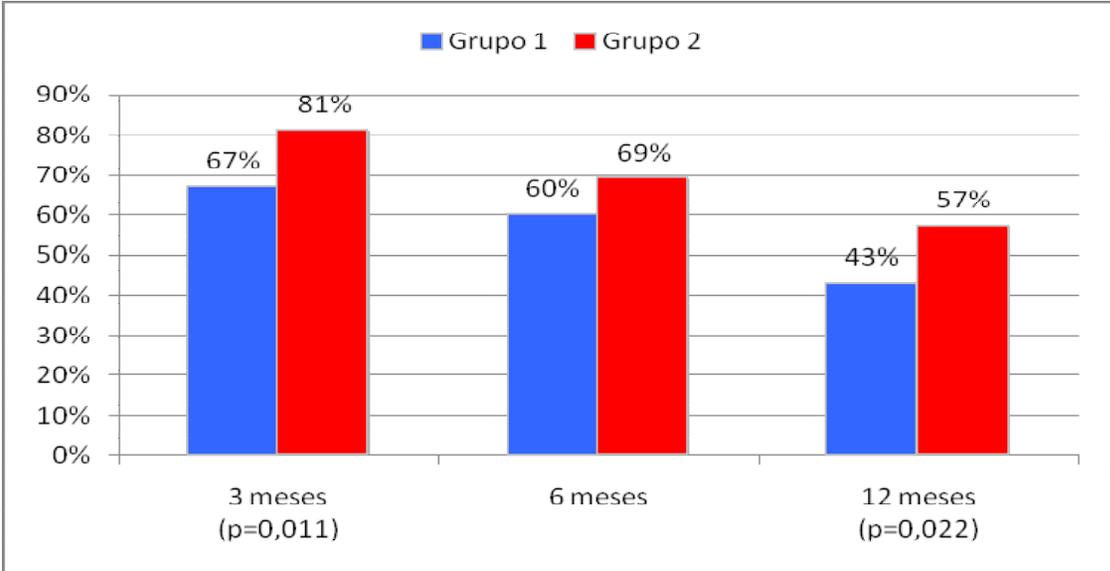
Internal Medicine must play an important role in addiction medicine. The subject has been addressed in numerous medical journals; authors have

David C. Lewis is Professor of Medicine and Donald G. Millar Professor of Alcohol and Addiction Studies, and Director, Center for Alcohol and Addiction Studies, Brown University, Providence, RI.

Address correspondence to: David C. Lewis, PhD, Brown University, Center for Alcohol and Addiction Studies, Box G-BH, Brown University, Providence, RI 02912. E-Mail: David_Lewis@brown.edu

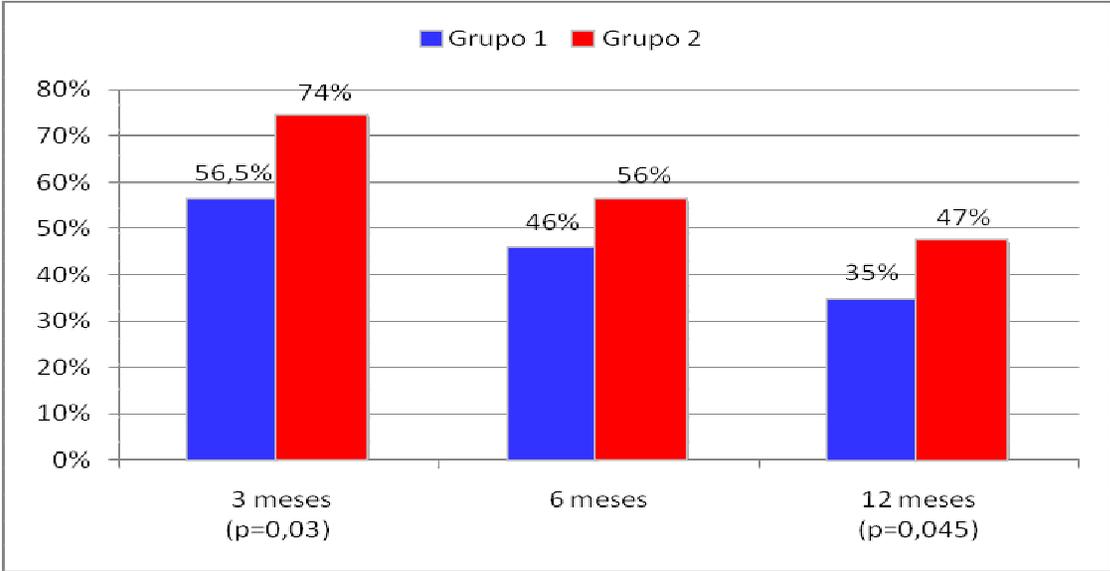
The author thanks Camille Gear, M.A., for her helpful suggestions and editorial assistance.

Journal of Addictive Diseases, Vol. 15(1) 1996
© 1996 by The Haworth Press, Inc. All rights reserved.



■ Unidad de Psiquiatría

■ Unidad de Medicina Interna + Psiquiatría

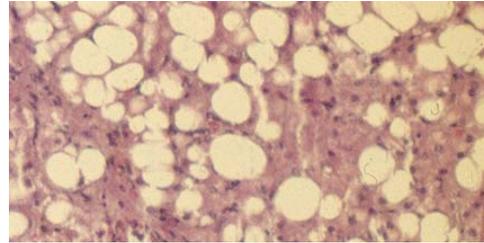
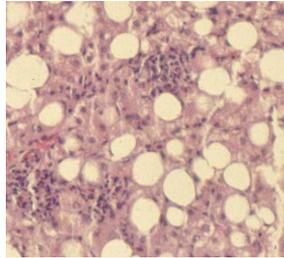


En resumen

¿Síndrome de Zieve?



Hiperbilirrubinemia



Inflamación
Necrosis

Esteatosis

Hemólisis

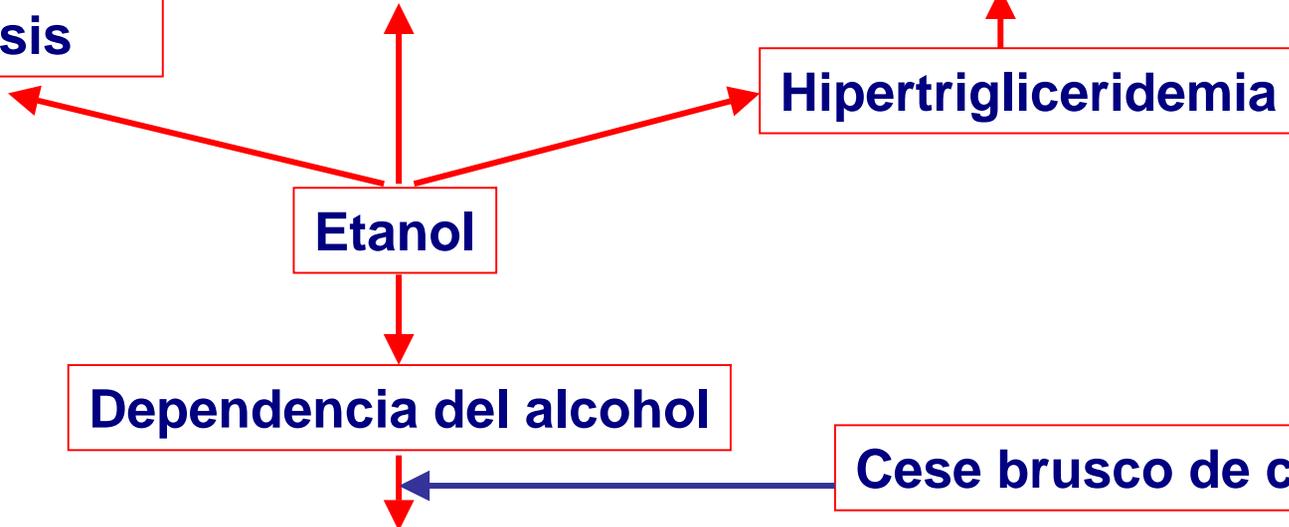
Hipertrigliceridemia

Etanol

Dependencia del alcohol

Cese brusco de consumo

Síndrome de abstinencia de alcohol



Y todavía...

Anamnesis

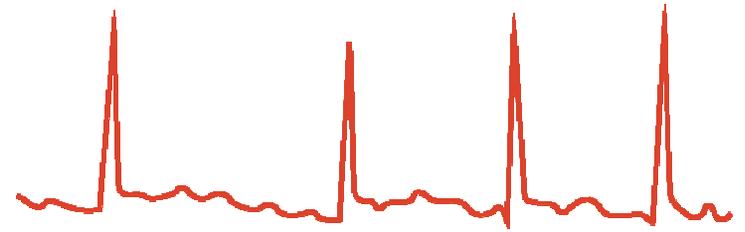
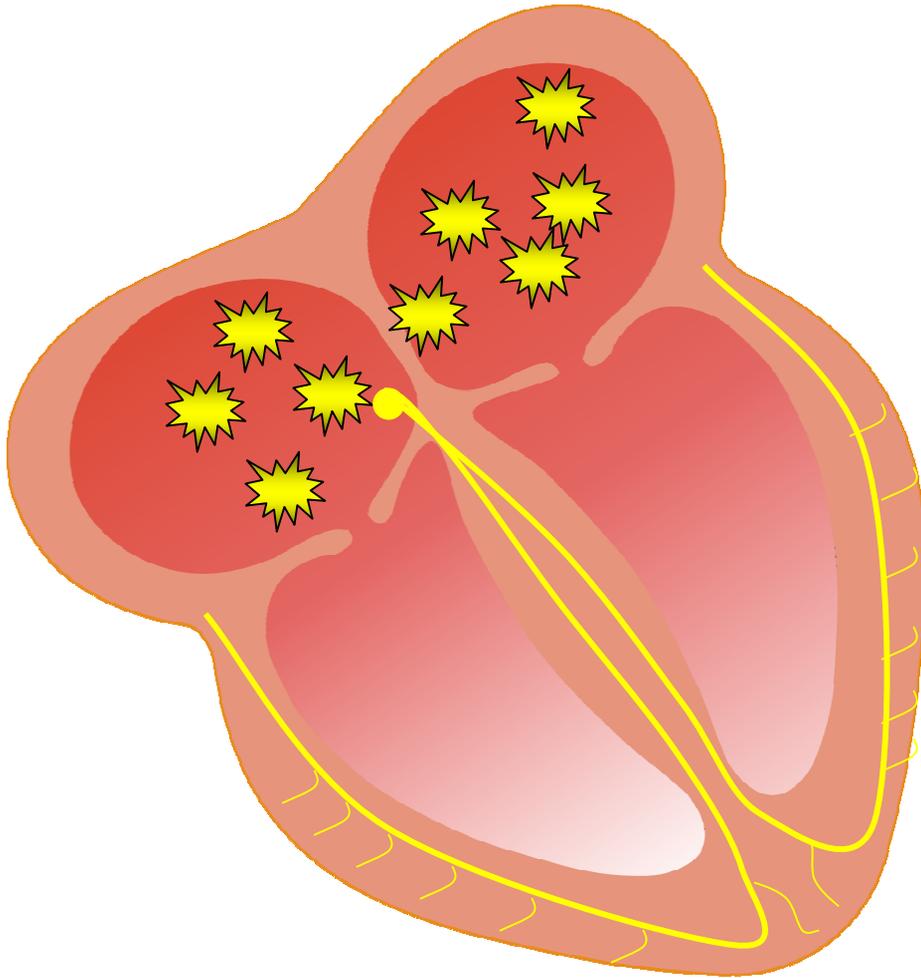
Varón de 42 años, trabajador de la construcción

- **Fibrilación auricular paroxística**
- **Tabaquismo. No consumía alcohol**
- **Fiebre, astenia, anorexia**



- **Dolor en el hipocondrio izquierdo**
- **Crisis convulsiva tonicoclónica generalizada**

Ingreso en Urgencias



**Fibrilación auricular
paroxística
(holiday heart)**

Comentarios finales

- **Importancia de la anamnesis dirigida para la detección de consumo de alcohol**
- **Errores diagnósticos**
- **Errores terapéuticos**

