

A L C O H O L

La creencia de que existe una relación entre la ingesta excesiva de alcohol y el desarrollo de cirrosis se haya firmemente establecida por idas tanto profanas como médicas. Hace muy poco tiempo que ha dejado de emplearse ampliamente el nombre de cirrosis alcohólica, en la actualidad se sabe que la cirrosis es frecuente en muchos países en que el uso del alcohol es raro; y en cuanto a los Estados Unidos se han presentado casos entre individuos abstemios.

Existe sin embargo, una serie de pruebas acerca de la relación entre el alcoholismo y la cirrosis. RATNOFF y PATEK, citan estadísticas en las que el alcoholismo aparece en el 19 al 86% de distintos grupos de pacientes cirróticos. FLEMMING y SHELL, establecen que en el 42.5% de sus pacientes la cirrosis portal era de origen alcohólico. Además se ha encontrado un paralelismo entre el promedio de muerte por cirrosis y el consumo de alcohol.

A pesar de reconocer la elevada frecuencia del alcoholismo entre los cirróticos que se observa en la mayoría de los hospitales de las grandes ciudades y regionales, no es posible establecer una relación absoluta entre el alcoholismo y la cirrosis.

Es difícil determinar el modo por el cual el uso del alcohol conduce a cirrosis. Se ha insistido acerca de las deficiencias dietéticas que a menudo experimentan los alcohólicos, pues es bien conocido que la mayoría de los individuos consumen grandes cantidades de licor, no reciben una dieta normal; se cree muy probable que en la mayoría de los alcohólicos desnutridos, la acumulación excesiva de grasa puede ser el estado que conduce al desarrollo de cirrosis, además es evidente que el alcohol origina un insulto hepático específico.

LOWRY y colaboradores han observado que las ratas sometidas a una dieta adecuada para producir cirrosis, desarrollan grados mayores de la misma si beben alcohol en lugar de agua; ésto podría ser debido simplemente al hecho

de que las calorías se añaden por éste medio aumentan la necesidad de colina.


Existen varias razones para aceptar el alcohol como una de las causas importantes de cirrosis en la mayoría, pero no en todos aquellos que sufren cirrosis.

METABOLISMO DEL ALCOHOL.

El alcohol desde la primera aspiración y sorbo, entra al torrente circulatorio a través de las paredes de estómago y los pulmones; la velocidad de concentración de alcohol en sangre depende de:

- Tipo de bebida y cantidad de alcohol ingerida.
- Tiempo de ingestión.
- Tipo de comida.
- Circunstancias bajo las que se bebe.
- Constitución del sujeto.

MECANISMO DE ABSORCION.

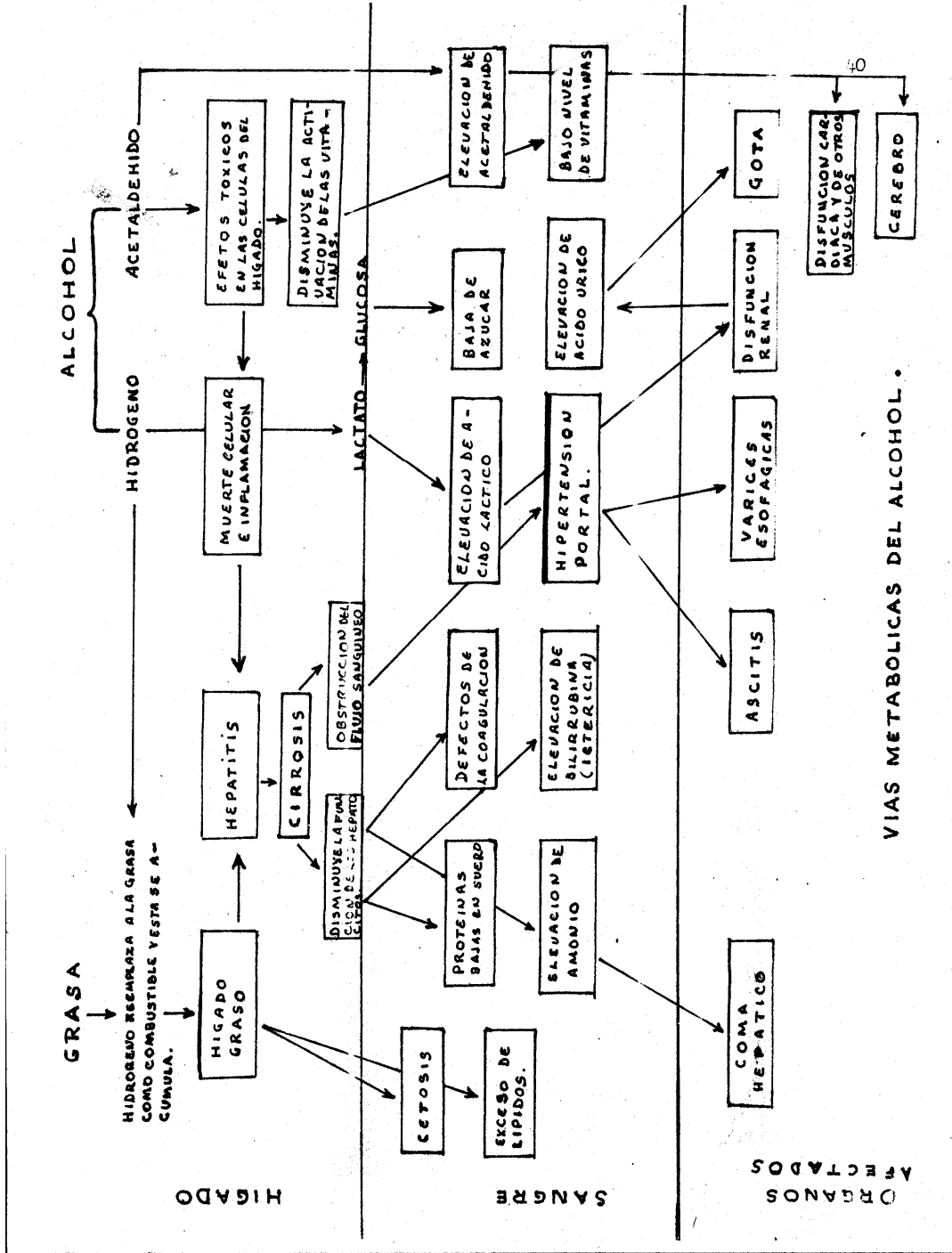
- El alcohol se absorbe directamente por las paredes del estómago.
 - La velocidad de absorción aumenta con el agua y el bióxido de carbono.
 - La velocidad de absorción disminuye con las comidas.
 - La absorción se regula a través de la secreción mucosa y el piloroespasmo que provoca náuseas y vómito.
 - Cuando se ingiere alcohol con el estómago vacío, sus efectos se sienten rápidamente y alcanzan su máximo en 20 minutos.
- 

MECANISMO DE ELIMINACION

- El catabolismo se inicia inmediatamente después de la absorción.
- El hígado metaboliza del 90% al 98% del alcohol.
- Los riñones y los pulmones eliminan sin metabolizar una décima parte del alcohol ingerido.

CATABOLISMO

- La velocidad de oxidación es independiente de los requerimientos energéticos del organismo.
- El hígado oxida de 3/4 a 1 onza de whisky por hora.
- El alcohol es una fuente de energía que puede llevar al sujeto a descuidar su dieta (7 calorías por cada gramo oxidado).



VIAS METABOLICAS DEL ALCOHOL.

ORGANOS AFRECTADOS

SANGRE

HIGADO

ABUSO DE ALCOHOL E HIGADO

- Infiltración grasa del hígado (reversible si se suspende de la ingestión de alcohol).
- Hepatitis alcohólica (condición precirrótica).
- Cirrosis de laennec (estado final de la enfermedad, - hipertensión portal, ascitis, várices esofágicas, coma hepático, degeneración crónica hepatocerebral, insuficiencia renal).
- Con ingestiones grandes de alcohol se interfiere con el proceso normal de digestión y absorción de la comida, esto contribuye a la mal nutrición del alcohólico impidiendo la absorción de vitaminas y aminoácidos esenciales.

TOLERANCIA AL ALCOHOL

La adquisición de tolerancia metabólica y funcional son resultado de la exposición crónica al alcohol. La exposición al alcohol puede llevar a una respuesta aprendida con respecto a los efectos del alcohol; la tolerancia está sujeta a factores genéricos y constitucionales, consiste en un incremento de la ingestión de alcohol pa-

ra alcanzar efectos que el mismo sujeto experimentaba anteriormente con cantidades menores de alcohol.

La tolerancia metabólica es el resultado de una oxidación más acelerada del alcohol que disminuye rápidamente la concentración de éste en sangre. El grado de desarrollo de tolerancia está relacionado a la cantidad y duración del consumo del alcohol, existe una relación crítica entre niveles sanguíneos de alcohol (200 mgs./100 Ml) continuamente para desarrollar tolerancia.

La tolerancia está ligada necesariamente al síndrome de dependencia ya que es necesario tolerar mayores cantidades de alcohol continuamente para desarrollar dependencia física y síndrome de abstinencia. La tolerancia decrece con el tiempo y va asociada a daño fisular hepático.

DEPENDENCIA FISICA

La dependencia física implica una adaptación al alcohol a nivel tisular, por lo que se requiere la presencia de éste para mantener la homeostásis.

Se refiere a un estado latente de hiper excitabilidad, el cual ha desarrollado por una depresión del S.N.C. debido al uso del alcohol; El desarrollo de la dependencia física juega un papel importante en el mantenimiento del síndrome de dependencia del alcohol, se genera un imperioso deseo de beber para evitar el estado de hiperexcitabilidad.

La dependencia física genera ó refuerza la dependencia psíquica, la intensidad de la dependencia al alcohol es ta relacionada a las experiencias previas de supresión; trastornos intercurrentes como infecciones, inflamación, traumatismos, producen un incremento del síndrome de abstinencia y de la dependencia física.

SINDROME DE ABSTINENCIA

Se produce la supresión brusca de la ingestión de alcohol, el síndrome de abstinencia existe en diversos grados de intensidad; estudios recientes sugieren que la dependencia al alcohol y la dependencia a los opiáceos pueden tener el mismo mecanismo el cual incluye alteraciones en el metabolismo de las aminas biogénicas, particularmente DOPAMINA, el síndrome de supresión podría basarse en esta alteración primaria.

Existe una clara relación entre la ingestión de alcohol y la severidad del síndrome.

La dependencia al alcohol y el síndrome de abstinencia se reinstalan rápidamente después de un período de abstinencia; la ingestión de alcohol ó el empleo de medicamentos sedantes con los que se desarrolla tolerancia cruzada alivian el síndrome.

El magnesio sérico disminuye durante la supresión, lo cual puede estar relacionado a la excitabilidad nerviosa y a las convulsiones.