

Manejo de síndrome de intestino corto refractario

Nieves Sánchez-Martín^{ID}, María Delgado-Ferrary^{ID}, Rafael Cano-Alba^{ID}, Francisco Jesús Olmo-Montes^{ID}

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido: 18/01/2024

Aceptado: 16/02/2024

En línea: 30/04/2024

Citar como: Sánchez Martín N, Delgado Ferrary M, Olmo Montes FJ. Manejo de síndrome de intestino corto refractario. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2024 (abril); 9(1): 20-22. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9n1a7>.

Cite this as: Sánchez Martín N, Delgado Ferrary M, Olmo Montes FJ. Management of refractory short bowel syndrome. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2024 (April); 9(1): 20-22. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9n1a7>.

Autor para correspondencia: Nieves Sánchez Martín. nievesanchezmartin@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Síndrome del intestino corto (SIC)
- ▷ Intestino corto
- ▷ Nutrición parenteral
- ▷ Teduglutida

Keywords

- ▷ Short bowel syndrome (SBS)
- ▷ Short intestine
- ▷ Parenteral nutrition
- ▷ Teduglutide

Resumen

El síndrome del intestino corto es una enfermedad malabsortiva frecuente, secundaria en la mayoría de las ocasiones a resecciones quirúrgicas. Exponemos el caso de un varón de 74 años en seguimiento en el hospital de día de medicina interna por síndrome de intestino corto tras resección de intestino delgado con necesidad de administración continua de fluidoterapia, hidroelectrolitos y nutrición parenteral. Con objeto de mejorar la calidad de vida del paciente, tras varios intentos de disminuir el soporte parenteral, se inició tratamiento con teduglutida en noviembre de 2019, consiguiendo una reducción progresiva de la terapia intravenosa hasta su completa retirada en mayo de 2020.

Abstract

Short bowel syndrome is a common malabsorption disease, secondary in most cases to surgical resection. We present the case of a 74-year-old man being followed up in the internal medicine day hospital for short bowel syndrome with the need for continuous administration of fluid therapy, hydroelectrolytes and parenteral nutrition. In order to improve the patient's quality of life, after several attempts to reduce parenteral support, medication with teduglutide was started in November 2019, achieving a progressive reduction of intravenous treatment until its complete withdrawal in May 2020.

Puntos destacados

- ▷ Este caso evidencia la eficacia de teduglutida en pacientes con síndrome de intestino corto dependientes de nutrición parenteral, incluso consiguiendo la retirada de esta, con la consecuente mejora en la calidad de vida del paciente.

Introducción

El síndrome del intestino corto es un trastorno resultante de la reducción de la superficie de absorción intestinal como consecuencia de una resección quirúrgica, un defecto congénito o una pérdida de absorción relacionada con la enfermedad, que da lugar a una reducción de la función gastrointestinal por debajo del mínimo necesario para la absorción de macronutrientes, agua y electrolitos. En adultos, suele producirse a consecuencia de una resección quirúrgica por enfermedad de Crohn, neoplasia, radiación o isquemia mesentérica, mientras que, en niños, suele producirse por una enfermedad congénita a nivel del intestino delgado¹.

Como consecuencia de esta malabsorción, se producen una serie de complicaciones como desnutrición, deshidratación, déficit de electrolitos, vitaminas y oligoelementos y la pérdida de peso, que precisan tratamiento de soporte mediante reposición hidroelectrolítica y nutrición parenteral hasta que tienen lugar una serie de cambios adaptativos a nivel intestinal que aumentan la ab-

sorción de nutrientes. En ocasiones, dicha adaptación es insuficiente, por lo que algunos enfermos necesitan soporte nutricional de por vida para mantener la salud o el crecimiento². En los pacientes que no pueden ser destetados de la nutrición parenteral está indicado el empleo de teduglutida.

Caso clínico

Antecedentes

Varón de 74 años, sin hábitos tóxicos o factores de riesgo cardiovascular conocidos, con enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa diagnosticada en 2002 y con múltiples intervenciones quirúrgicas a raíz de lo anterior. En 2010, tras el fracaso del tratamiento médico, fue sometido a panproctocolecotomía e ileostomía terminal. En junio de 2012 es intervenido nuevamente por eventración de línea media y periostomal y en junio de 2016 por recidiva de la eventración y hernia incisional.

El último posoperatorio se complicó con una peritonitis secundaria a perforación intestinal, tras resección de 15 cm de yeyuno proximal. Tras dicha intervención presentaba una evolución desfavorable por dehiscencia de la sutura con peritonitis plástica asociada, precisando una nueva intervención en la que se realizó una resección intestinal y una yeyunostomía terminal. Tras esta última intervención precisó alimentación enteral y parenteral.

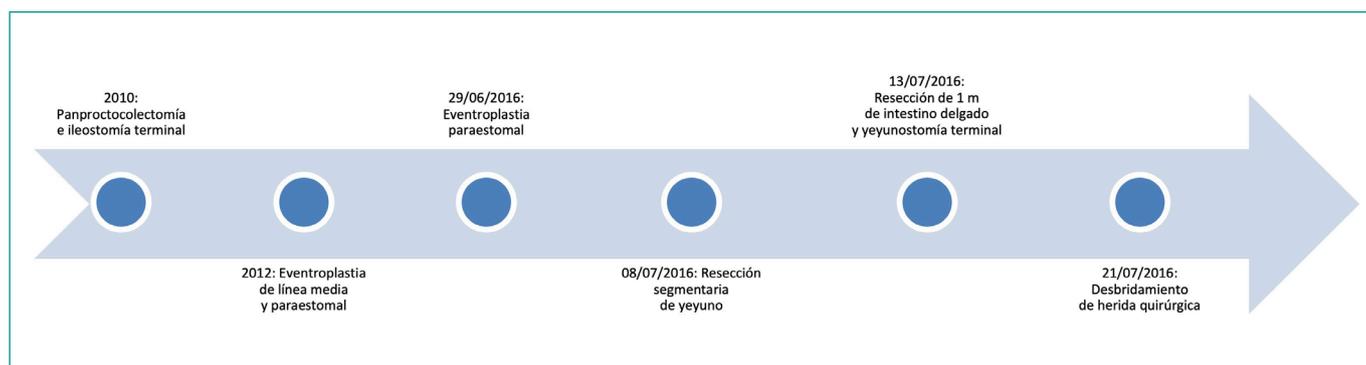


Figura 1. Resumen de las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido el paciente.

Enfermedad actual

Se trataba de un paciente con resección intestinal importante e ileostomía de alto débito que, en el momento del alta hospitalaria y a pesar de buena tolerancia oral, presentaba débito elevado. Tras múltiples ingresos en Medicina Interna por deshidratación con insuficiencia renal prerrenal asociada, se añadió tratamiento con octreotide, loperamida y codeína con el objeto de disminuir el débito. Además, se le colocó un catéter venoso central para hidratación en el Hospital de Día de Medicina Interna. A nuestra valoración el paciente tenía buena tolerancia a dieta oral con ingesta de 3 litros de agua diarios, una diuresis media de 1500-2000 cc cada 24 horas y unas pérdidas por ileostomía de unos 2500 cc cada 24 horas.

Exploración física

En la exploración se evidenció caquexia (peso 82 kg e IMC 17,5 kg/cm³), sin otras anomalías en el resto de exploración por aparatos, salvo abdomen excavado.

Diagnóstico

Síndrome de intestino corto con yeyunostomía de alto débito, panproctocolectomía e ileostomía por colitis ulcerosa sin respuesta a tratamiento inmunosupresor ni biológicos y necesidad de nutrición parenteral tres veces por semana.

Evolución

El paciente comenzó seguimiento en el Hospital de Día de Medicina Interna. Inicialmente se controlaron las descompensaciones renales y se mejoró el estado nutricional con 1500 cc de nutrición parenteral de alto contenido proteico (N9) 3 veces por semana, complejos multivitamínicos y oligoelementos. Como complemento, se administraron 1500 cc suero fisiológico, 0,9% diarios en domicilio, así como dosis puntuales de bicarbonato y sulfato de magnesio. Para esto, se programó la colocación de un catéter central.

Fecha	Sueroterapia	Nutrición parenteral	Pérdidas por ileostomía
4/11/2019	2500 cc semanales	2000 cc semanales	2500 cc diarios
22/11/2019	1000 cc semanales	2000 cc semanales	1700 cc diarios
13/12/2019	Suspendida	2000 cc semanales	1500 cc diarios
07/01/2020	1000 cc semanales	2000 cc semanales	2000 cc diarios
24/02/2020	500 cc semanales	1000 cc semanales	1900 cc diarios
16/03/2020	Suspendida	1000 cc semanales	1700 cc diarios
25/05/2020	Suspendida	Suspendida	1700 cc diarios

Tabla 1. Requerimientos parenterales tras la introducción de teduglutida.

Dado el alto requerimiento de medicación intravenosa, con refractariedad a la reducción de los aportes, en noviembre de 2019 se decidió inicio de tratamiento con teduglutida subcutáneo diario, 0,05 mg/kg/día con la intención de reducir progresivamente la demanda y la necesidad de nutrición parenteral y sueroterapia en el Hospital de Día hasta que, 7 meses más tarde y tras reducciones graduales controladas mediante parámetros clínicos y analíticos, en mayo 2020 se consiguió retirar de forma definitiva los aportes intravenosos.

Discusión y conclusiones

La incapacidad de mantener el equilibrio proteicoenergético, de líquidos, electrolitos o micronutrientes producido en el síndrome del intestino corto tiene, a nivel fisiológico, dos fases. La fase aguda, que comienza tras la resección intestinal y tiene una duración media de 3 ó 4 semanas, y posteriormente la fase de adaptación, que tiene una duración de 1 ó 2 años.

La fase aguda se caracteriza por la presencia de elevadas pérdidas intestinales de fluidos y electrolitos, con malabsorción de la mayoría de los nutrientes. En este periodo es necesario realizar una reposición parenteral de las pérdidas, además de instaurar un soporte nutricional, inicialmente mediante nutrición parenteral total. Se introduce, cuando es posible, nutrición enteral precozmente para mantener la funcionalidad de la mucosa intestinal. En esta fase está indicado el empleo de antisecretores gástricos para reducir la hipersecreción gástrica, así como antidiarreicos como la loperamida o el sulfato de codeína para reducir la motilidad y la secreción intestinal.

En la fase de adaptación se producen cambios estructurales y funcionales en la mucosa intestinal encaminados a aumentar la absorción de nutrientes y ralentizar el tránsito gastrointestinal, estabilizando la diarrea y, por tanto, la pérdida de líquidos y electrolitos. Durante esta fase los pacientes deben ir progresando la alimentación enteral lenta y escalonadamente durante semanas o meses y reduciendo de forma progresiva la sueroterapia y la nutrición parenteral. Pueden ser de utilidad el empleo de fármacos como la clonidina o el octreotide si las pérdidas continúan siendo abundantes (por ejemplo, en pacientes con yeyunostomía terminal).

La insuficiencia intestinal asociada al síndrome del intestino corto revierte en aproximadamente el 50% de los adultos en los dos primeros años³. A partir de entonces la mayoría, en ausencia de intervenciones adicionales, seguirá precisando nutrición parenteral crónica de por vida. Los pacientes incapaces de ser destetados de la sueroterapia intravenosa y/o nutrición parenteral tienen indicación de tratamiento con teduglutida.

La teduglutida es un análogo del péptido-2 similar al glucagón (GLP-2) de acción prolongada, un péptido secretado por las células L intestinales localizadas en el íleon que aumenta el flujo sanguíneo portal e intestinal, inhibe la secreción ácida del estómago y reduce la motilidad intestinal, mejorando así la absorción de nutrientes⁴. Está indicado en pacientes con necesidad de tratamiento parenteral superior a 12 meses, con refractariedad a la reducción

de aporte intravenoso (3 veces o más por semana) o complicaciones asociadas al mismo, como ayuda a largo plazo para retirar la nutrición parenteral⁵. La duración del tratamiento varía en función de su eficacia y tolerancia, pero en general se administra al menos 6 meses y, potencialmente, de por vida.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso.

Bibliografía

1. Ballesteros Pomar MD, Vidal Casariego A. Síndrome de intestino corto: definición, causas, adaptación intestinal y sobrecrecimiento bacteriano. *Nutr Hosp.* 2007; 22(Supl. 2): 74-85. Accesible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22s2/nutricion2.pdf> (último acceso ene. 2024).
2. Rodríguez A, Canovas G. Síndrome de intestino corto en adultos. Tratamiento nutricional. *Endocrinol Nutr.* 2004; 51(4): 163-172. doi: [https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(04\)74602-1](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(04)74602-1) (último acceso ene. 2024).
3. DiBaise JK. Management of short bowel syndrome in adults. *Medilib.* Accesible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/4773> (último acceso feb. 2024).
4. Seidner DL, Fujioka K, Boullata JI, Iyer K, Lee HM, Ziegler TR. Reduction of parenteral nutrition and hydration support and safety with long-term teduglutide treatment in patients with short bowel syndrome-associated intestinal failure: STEPS-3 study. *Nutr Clin Pract.* 2018; 33(4): 520-527. doi: <https://doi.org/10.1002/ncp.10092> (último acceso ene. 2024).
5. Burgos Peláez R, Cuerda Compes MC, García-Luna PP, Martínez Faedo C, Mauri Roca S, Moreno Villares JM *et al.* Teduglutida: revisión de su uso en el síndrome de intestino corto. *Nutr Hosp.* 2016; 33(4): 400. Accesible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/04646/show> (último acceso ene. 2024).