

Caso clínico

A propósito de un caso de intestino corto en un paciente de edad avanzada

A. I. Mudarra Gómez*, J. Abilés, R. Orduña Espinosa, A. Delgado Jiménez y G. Lobo Tamer

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Resumen

La resección de grandes segmentos de intestino delgado puede causar grados variables de malabsorción. Por lo tanto, las consecuencias de la resección dependerán de la longitud y la localización del segmento resecado, pero también de la edad y de la enfermedad que originó la resección.

La instauración del Soporte Nutricional tras la resección intestinal es el principal factor estimulador de la adaptación del intestino remanente e importante para evitar la desnutrición.

La relevancia de este caso se debe a que nuestro paciente con 87 años de edad y después de 10 años de cirugía, tiene un buen estado nutricional y una buena calidad de vida, adaptándose su intestino remanente a las funciones fisiológicas.

(*Nutr Hosp.* 2006;21:629-30)

Palabras clave: *Intestino corto. Resección intestinal.*

Introducción

La resección intestinal amplia produce suficientes alteraciones como para requerir soporte nutricional especializado. Las medidas básicas de tratamiento, especialmente en la fase aguda tras la resección intestinal o en presencia de complicaciones graves sobre pacientes con intestino corto, incluyen la repleción de fluidos y electrolitos y la instauración de soporte nutricional con el fin de prevenir la malnutrición. La nutrición enteral es el principal factor estimulador de la adaptación del intestino remanente^{1,2}.

Hay regiones críticas del intestino, como el íleon terminal y la válvula ileocecal, cuya ausencia produce una alteración sustancial del tránsito intestinal, de la absorción de vitamina B₁₂ y aumento de la incidencia de colelitiasis y nefrolitiasis^{3,4}.

Correspondencia: Dra. Ana Isabel Mudarra Gómez
E-mail: amudarra@hotmail.com

Recibido: 17-XI-2005.

Aceptado: 24-I-2006.

A PROPOS OF A CASE OF SHORT BOWEL IN AN ELDERLY PATIENT

Abstract

Resection of long segments of the small bowel may cause variable degrees of malabsorption. Therefore, the results of the resection will depend on the length and location of the resected segment, and on the age of the patient and the underlying disease that motivated the resection.

The implementation of Nutritional Support after intestinal resection is the main stimulating factor for adaptation of the remnant bowel and is important to prevent hyponutrition.

The relevance of this case is due to the fact that our 87 years old patient has a good nutritional status and good quality of life 10 years after resection was performed, his remnant bowel having adapted to physiological functions.

(*Nutr Hosp.* 2006;21:629-30)

Key words: *Short bowel. Intestinal resection.*

No es fácil acordar cuál es la longitud resecada que originará un síndrome de intestino corto, o bien cuál es la longitud de intestino residual mínima para que no aparezca.

Caso clínico

Varón de setenta y siete años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino dependiente, cardiopatía isquémica y colelitiasis, que ingresa procedente de urgencias para estudio y tratamiento de abdomen agudo de 6 horas de evolución.

En la exploración quirúrgica presentaba una necrosis masiva del yeyuno distal, íleon y colon ascendente, secundaria a embolia mesentérica superior, por lo que se practicó resección yeyuno-íleo-cólica con anastomosis yeyuno-transversa latero-lateral y colecistectomía, restando viables unos 170 cm del yeyuno proximal.

Se implantó una sonda gastroduodenal percutánea para posterior Nutrición Enteral (NE).

En el postoperatorio, se instauró Nutrición Parenteral (NP) combinada con NE primeramente con fórmula peptídica y posteriormente con polimérica por gas-

trostomía a ritmo continuo mediante bomba de infusión, con buena tolerancia.

El tratamiento farmacológico consistió en: Digoxina®, anticoagulante (Sintrom®), antidiarreicos (Tanagel®, Fortasec®) y antiácido (Ranitidina®).

Al mes de la operación el paciente fue remitido al Servicio de Nutrición del Hospital Virgen de las Nieves.

En la valoración presentó un peso de 69,5 kg, una talla de 169,5 cm y con un IMC de 24,3 kg/m² (normopeso), mostrando un descenso de peso de 5 kg postoperatorio y un total de 13 kg con respecto al peso preintervención.

Se pautó una NE mixta: peptídica por gastrostomía y polimérica específica de diabéticos por vía oral, totalizando un aporte calórico de 2.000 kcal/día.

Se realizó seguimiento semanal con control de peso, se le adiestró a autocontroles glucémicos y pauta de insulina de acción rápida pasando posteriormente a insulina NPH.

Durante 10 meses se mantuvo la Gastrostomía, con varios intentos de transición a una dieta oral astringente que fueron fallidos por la presencia de diarreas, intolerancia y pérdida de peso, lo que obligó a mantener la NE peptídica exclusivamente.

Previo a la retirada de la Gastrostomía, se logró la tolerancia a la dieta oral astringente y a los suplementos de fórmula polimérica, con mejora del hábito intestinal y aumento de peso; lo que permitió la retirada total y definitiva de la ostomía.

A partir de este momento, la prescripción dietética consistió en una dieta oral astringente triturada con restricción de oxalatos y suplementada con una fórmula polimérica específica para diabéticos.

Durante 9 años de seguimiento y dada la edad del paciente, la dieta fue evolucionando a un carácter libre adaptándose a gustos y hábitos del paciente, con inclusión progresiva de alimentos como la leche junto con alfa-glucosidasa (Kerulac®); se suplementó de forma empírica la vitamina B₁₂ y ácido fólico con controles periódicos de sus niveles plasmáticos.

A lo largo de su recuperación, el paciente presentó además varias complicaciones: Infección urinaria, Litiasis renal e intravesical por Hiperoxaluria con diversos ingresos en el hospital y hemorragias provocadas por desajustes del anticoagulante, lo que indujo un descenso progresivo de la Hemoglobina, precisando infusión de hierro intravenoso.

Actualmente el paciente continúa con revisiones periódicas. La relevancia de este caso se debe a que nuestro paciente con 87 años de edad y después de 10 años de cirugía, tiene un buen estado nutricional y una buena calidad de vida, adaptándose su intestino remanente a las funciones fisiológicas.

Discusiones

En nuestro paciente, el cuadro se presentó con la sintomatología típica dado que la característica de estos pacientes es el de malabsorción, que origina una situación de pérdida de líquidos y de macro y micronutrientes⁵, con una resección importante de intestino y una edad avanzada; por lo que el tratamiento nutricional tuvo un rol fundamental para que la evolución del paciente fuera satisfactoria.

El aumento de la incidencia de colelitiasis y nefrolitiasis está producida por un aumento en hiperoxaluria que produce cálculos de oxalatos a nivel renal y biliar; una dieta baja en oxalatos previene la aparición de estos cálculos pero dado que nuestro paciente se encuentra en una edad avanzada y teniendo en cuenta la buena calidad de vida, no nos permite la restricción de la dieta⁶.

El tratamiento nutricional prescrito siguió pautas adecuadas que están acordes con las recomendaciones para el soporte nutricional de los pacientes graves del Grupo Metabólico y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

Referencias

1. Moreno JM, Galiano MJ, Urruzuno P. Alternativas terapéuticas en el fracaso intestinal. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60(6): 550-4.
2. Grau T, Bonet A, Fernández F. Nutrición artificial en la insuficiencia intestinal: síndrome de intestino corto. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Nutr Hosp* 2005 (Supl 2) 31-3.
3. Crenn P, Morin MC, Joly F, Penven F, Thuillier F, Messing B. Net digestive absorption and adaptive hyperphagia in adult short bowel patients. *Gut* 2004; 53:1279-86.
4. Jeejeebhoy K. Short bowel syndrome: a nutritional and medical approach. *CMAJ* 2002; (10):166.
5. Wilmore DW. Indications for specific therapy in the rehabilitation of patients with the short-bowel syndrome. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2003; 17(6):895-906.
6. Morton AR, Iliescu EA, Wilson JW. Nephrology: 1. Investigation and treatment of recurrent kidney stones. *CMAJ* 2002; 166(2):213-8.