

Carta al director

Resección intestinal masiva. Proceso de adaptación intestinal

J. M. Moreno Villares

Unidad de Nutrición Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Señor director:

La nota clínica de Leyva Martínez y cols.¹ muestra un nuevo caso de adaptación intestinal tras una resección intestinal masiva. Como bien señalan los autores, la combinación de tratamientos dietéticos y farmacológicos junto con alternativas quirúrgicas distintas del trasplante intestinal puede contribuir a obtener la autonomía digestiva. La nutrición parenteral prolongada es el tratamiento de elección en las situaciones de fracaso intestinal tanto en pacientes adultos² como en niños³ mientras se consigue esa autonomía digestiva. En la casuística de pacientes españoles con nutrición parenteral domiciliaria (NPD) recogida por el grupo NADYA-SENPE, el síndrome de intestino corto constituye la primera indicación de NPD⁴.

Aunque existen algunos marcadores clínicos (longitud de intestino remanente, presencia de válvula ileocecal, continuidad del intestino delgado con el colon)⁵ y bioquímicos (niveles de citrulina plasmática)⁶ que podrían utilizarse como factores pronóstico para señalar qué pacientes podrían alcanzar autonomía digestiva, carecen de una precisión elevada. En última instancia, la dependencia de nutrición parenteral después de la resección (dos años para pacientes adultos y hasta cuatro para niños) es la variable pronóstica más fiable.

El interés de la creación de Unidades de tratamiento del fracaso intestinal radica en posibilitar el acceso a todas las alternativas terapéuticas para este grupo de pacientes en el seno de grupos de experiencia contrastada. Este es el modelo utilizado en Francia, Reino Unido, Italia o Polonia.

En la nota clínica referida se señalan las modificaciones dietéticas progresivas que, junto con el uso de combinado de NP (Isoplasmal G®, laboratorios Braun, 50 g/L de glucosa y 30 g/L de aminoácidos) mantuvieron al paciente hasta alcanzar autonomía intestinal.

Sobre este caso clínico quiero hacer algunas puntualizaciones que no deben ensombrecer el indudable valor del caso comentado.

Entiendo que cuando en la fase de realimentación precoz los autores hablan de “limonada alcalina” (fórmula de la OMS) en realidad se están refiriendo a la solución de rehidratación oral de la OMS (sodio 90 mmol/L, potasio 20 mmol/L, cloro 80 mmol/L, citrato 30 mmol/L y glucosa 111 mOsm/L). El término “limonada alcalina” hace referencia a una solución casera hecha a base de agua, bicarbonato, sal, azúcar y limón, cuya escasa utilidad como solución de rehidratación adecuada ha quedado ampliamente demostrada.

En la composición de la NP citada en el texto ha habido un “baile” de nombres comerciales. Así Addamel® (laboratorios Fresenius-Kabi) es el módulo de oligoelementos, mientras que Cernevit® (laboratorios Baxter) es el de vitaminas.

Algunos de los valores incluidos en las tablas han debido transcribirse erróneamente. Así en la tabla II se señala como valores normales de creatinina entre 2,5 y 1,2 (no aparecen reseñadas las unidades) cuando han debido querer significar entre 0,5 y 1,2 mg/dL. En la tabla III se señalan variaciones en los niveles plasmáticos de cobre con oscilaciones del orden de 80 veces más (entre 0,7 y 50, no pudiendo precisar con claridad a qué unidades hacen referencia. Lo habitual es referirlo como µg/dL).

Por último no me queda sino felicitar al laboratorio por su capacidad para determinar niveles ¿plasmáticos? de oligoelementos y vitaminas difícilmente realizables en la práctica habitual —manganeso, molibdeno, flúor, selenio, vitamina K, B₁, B₂, B₆, Pantoténico y nicotinamida—.

Referencias

1. Leyva Martínez S, Fernández Lloret S, Martín Ruiz JL. Resección intestinal masiva. Proceso de adaptación intestinal. *Nutr Hosp* 2007; 22:616-20.
2. Howard L. Home parenteral nutrition: survival, cost, and quality of life. *Gastroenterology* 2006; 130:S52-S59.
3. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ, Urruzuno Tellería P, Gomis Muñoz P, León Sanz M. Alternativas terapéuticas en el fracaso intestinal. *An Pediatr (Bar)* 2004; 60:550-4.

Correspondencia: José Manuel Moreno Villares.
Unidad de Nutrición Clínica.
Hospital 12 de Octubre.
28041 Madrid.
E-mail: jmoreno.hdoc@salud.madrid.org

Recibido: 19-XI-2007.
Aceptado: 14-II-2008.

4. Moreno Villares JM, Cuerda C, Planas M, Gómez Candela C, León Sanz M, de Cos A, Pedrón C y grupo NADYA. Tendencias en nutrición parenteral domiciliaria en pacientes adultos en España: periodo 1992-2003. *Nutr Hosp* 2006; 21:617-21.
5. Goulet O, Ruemmele F. Causes and management of intestinal failure in children. *Gastroenterology* 2006; 130:S16-S28.
6. Crenn P, Coiudray-Lucas C, Thuillier F, Cynober L, Messing B. Postabsorptive plasma citrulline concentration is a marker of absorptive enterocyte mass and intestinal failure in humans. *Gastroenterology* 2000;1496-1505.

Réplica de los autores:

Estimado Director, agradezco la oportunidad de poder responder a la atenta carta del Dr. Moreno Villares en relación a nuestro caso clínico publicado en el n.º 5 de la Revista de septiembre-octubre de 2007.

Ciertamente es una errata de transcripción o tipografía las cifras normales de creatinina (0,5-1,2 mg/dl) y las unidades de referencia para el cobre (0,7 a 1,4 microgramos/ml) siendo las cifras de las tres determinaciones registradas en la tabla III de 0,25-0,70 y 0,50 respectivamente. También es una errata el “baile” de nombres comerciales: Addamel es módulo de oligoelementos y Cernevit es multivitamínico.

De mayor interés deseo aclarar que el Isoplasmar sustituyó a la NPT tres meses después de practicarse la anastomosis ileocólica cuando el aporte de nutrientes por vía digestiva a través de dieta mixta culinaria y de

fórmula era suficiente. La vía endovenosa se mantuvo para garantizar la hidratación y diuresis de cara al régimen domiciliario en un entorno social determinado. Nos pareció más adecuada y en cierto modo intrascendente la elección de Isoplasmar frente a una sueroterapia convencional simple primando en cualquier caso el volumen para mantener la diuresis.

La indicación de “limonada alcalina” así como de otras bebidas mineralizadas en sustitución del agua la consideramos en estos pacientes como una simple recomendación dietética ambulatoria de carácter coadyuvante y complementaria a la hidratación endovenosa.

En cuanto a ciertas determinaciones plasmáticas de difícil realización en la práctica habitual lamento no poder transmitir la felicitación al laboratorio de mi Hospital ni a ningún otro de Andalucía ya que tal posibilidad ha sido realizada por “Balaguer Center” en Hospitalet de Llobregat a petición de nuestro Hospital, lo que nos ha permitido evaluar ampliamente la evolución nutricional de este paciente.

Mi agradecimiento al Dr. Moreno por sus observaciones y comentarios así como a la dirección de Nutrición Hospitalaria por la oportunidad de corregir erratas y debatir contenidos.

Socorro Leyva Martínez
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética
Hospital Universitario “San Cecilio”. Granada