

Cartas al Director

Pseudo-obstrucción intestinal crónica primaria debida a miopatía visceral

Palabras clave: Pseudo-obstrucción intestinal crónica. Miopatía visceral.

Key words: Chroin intestinal pseudo-obstruction. Visceral myopathy.

Sr. Director:

La pseudo-obstrucción intestinal crónica (POIC) es un síndrome poco frecuente caracterizado por episodios repetidos o continuos de vómitos y signos sugestivos de obstrucción intestinal en ausencia de obstrucción anatómica. La afectación del intestino delgado es la norma pero pueden verse afectados también el esófago, el estómago y el colon.

La manometría antroduodenal y el estudio histopatológico de todo el espesor de la pared intestinal pueden ayudar al diagnóstico, aunque en la mayoría de ocasiones no modifica el tratamiento.

Muñoz Yagüe y cols. presentan un interesante caso de una mujer de 37 años con POIC y una afectación posterior de la musculatura estriada (1). Los autores señalan que el tratamiento se dirige a mejorar los síntomas y a mantener una adecuada nutrición. Afirman que los casos más graves, refractarios al tratamiento médico, pueden necesitar tratamiento endoscópico o quirúrgico, incluida la colectomía y el trasplante intestinal.

La pérdida de peso y la malnutrición se ven frecuentemente en estadios avanzados de la enfermedad. Estas formas graves requieren, con frecuencia, el uso de nutrición enteral o nutrición parenteral por periodos prolongados. Antes de utilizar la nutrición parenteral (NP) debería intentarse antes el uso de nutrición enteral (NE). Algunos pacientes requerirán NP a medida que progrese la enfermedad, aunque puedan beneficiarse de un tratamiento exitoso previo durante algún tiempo con una NE por sonda. Episodios repetidos de distensión abdominal, náuseas

y vómitos junto con pérdida de peso a pesar de la NE son una indicación para considerar la NP prolongada. En la serie de Mann (2) de 20 pacientes adultos con POIC, sólo 8 mantuvieron su estado nutricional sin necesidad de NE o NP; mientras que ocho de ellos eran dependientes de NP a domicilio (NPD), constituyendo el 16% de todos los pacientes con NPD en su hospital. En lo referente a los pacientes con afectación desde la infancia, 32 de los 44 pacientes seguidos en el hospital Great Ormond de Londres necesitaron NP prolongada, 19 menos de seis meses, 13 más de 6 meses y 10 de forma indefinida (3). De los 105 de la serie multicéntrica de Faure, 78 requirieron NP prolongada (4), y 53 de los 85 de un centro de referencia para trastornos de la motilidad en niños (5).

Los pacientes con POIC constituyen entre el 5 y el 10% de los pacientes con NPD incluidos en el registro anual de NPD del grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Domiciliaria de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) (6). En nuestra propia experiencia, de los 32 enfermos adultos con NPD seguidos desde 1992, dos padecieron una POIC; una de ellas una forma miopática que debutó con estreñimiento pertinaz y dificultad para la ganancia de peso desde los 8 años. En la actualidad lleva 13 años con NPD, ha sufrido 4 bacteriemias asociadas a catéter y ha precisado recambio de catéter en 3 ocasiones –una oclusión del mismo y dos retiradas accidentales–. Durante este tiempo ha llevado una vida prácticamente normal y ha tenido dos gestaciones sin incidencias (7,8). De los 22 niños incluidos en el programa, 4 padecen POIC, dos de ellos requirieron NP más de 6 meses y dos de ellos continúan con NPD de forma indefinida. Los pacientes con POIC no tienen mayor riesgo de complicaciones asociadas a la NPD que otros grupos de pacientes.

El trasplante intestinal puede ser una alternativa en aquellos pacientes con sepsis recurrentes o complicaciones graves de la NPD, incluyendo el fallo hepático o la falta de accesos venosos centrales.

J. M. Moreno Villares

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

Bibliografía

1. Muñoz-Yagüe MT, Marín JC, Colina F, Ibarrola C, López-Alonso G, Martín MA, et al. Chronic primary intestinal pseudo-obstruction from visceral myopathy. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)* 2006; 98: 292-302.
2. Mann SD, Debinski HS, Kamm MA. Clinical characteristics of chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction in adults. *Gut* 1997; 41: 675-81.
3. Heneyke S, Smith VV, Spitz L, Milla PJ. Chronic intestinal pseudo-obstruction: Treatment and long term follow up of 44 patients. *Arch Dis Child* 1999; 81: 21-7.
4. Faure C, Goulte O, Ategbo S, Bretón A, Tounian P, Ginies JL, et al. Chronic intestinal pseudoobstruction syndrome. Clinical analysis, outcome and prognosis in 105 children. *Dig Dis Sci* 1999; 44: 953-9.
5. Mousa H, Hyman PE, Cocjin J, Flores AF, Di Lorenzo C. Long-term outcome of a congenital intestinal pseudoobstruction. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 2298-304.
6. Moreno JM, Planas M, Lecha M, Virgili N, Gómez Enterría P, Ordóñez J, et al. Registro Nacional de la nutrición parenteral domiciliaria en el año 2002. *Nutr Hosp* 2005; 20: 249-53.
7. Campo M, Albiñana S, García-Burguillo A, Moreno JM, León Sanz M. Pregnancy in a patient with chronic intestinal pseudo-obstruction on long-term parenteral nutrition. *Clin Nutr* 2000; 19: 455-7.
8. Moreno JM, Gomis P. Pregnancy in a patient with chronic intestinal failure on long-term parenteral nutrition. *Clin Nutr* 2002; 21: 438-40.