

## Clinical cases

# Empleo de probióticos y prebióticos en los trastornos digestivos funcionales

Guerra Miguez L, Tolín Hernani M, Sánchez Sánchez C, País Roldan P, Luengo Herrero V

*Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Gregorio Marañón.*

### Caso clínico

Mujer de 13 años que acude a nuestra consulta acompañada de su madre por presentar desde hace 7 meses episodios de 1 ó 2 días de duración de dolor abdominal periumbilical asociado a deposiciones líquidas (en número de 5-6 al día) de forma intermitente. En su Centro de Salud le han realizado un estudio analítico que incluía hemograma, metabolismo del hierro, anticuerpos para enfermedad celíaca, coprocultivo y búsqueda de parásitos en heces siendo todos normales. Ha acudido en varias ocasiones a urgencias. La exploración abdominal es normal. El dolor no se irradia, no le despierta por la noche, mejora parcialmente con la defecación y nunca se asocia a vómitos. Los episodios ceden espontáneamente, volviendo a su ritmo deposicional habitual. No lo relaciona con ningún alimento. No refiere lesiones orales ni perianales. No ha perdido peso. Buen rendimiento escolar, aunque desde el inicio del cuadro ya ha perdido 14 días de colegio. Las molestias mejoran en verano, empeorando con el inicio del curso. No existen antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal ni enfermedad celíaca en la familia.

### 1. La clínica que presenta la paciente nos orienta más a un cuadro compatible con:

- A) Trastorno funcional digestivo
- B) Trastorno facticio
- C) Enfermedad celíaca
- D) Divertículo de Meckel
- E) Gastroenteritis aguda

#### RESPUESTA CORRECTA: A

Los trastornos digestivos funcionales (TDF) se definen como procesos en que una combinación variable de síntomas recurrentes o crónicos está presente en ausencia de una anomalía bioquímica o estructural conocida. Su diagnóstico se basa en un conjunto de signos o síntomas clínicos. Debe ser un diagnóstico positivo, evitando hacer el diagnóstico por exclusión; y se basan en los criterios de ROMA III.

Los criterios para el diagnóstico del Síndrome de intestino irritable (SII) deben cumplirse al menos 1 vez por semana al menos 2 meses antes del diagnóstico y debe incluir todos los siguientes:

- Molestia abdominal no descrita como dolor o dolor asociado a 2 o más de los siguientes síntomas al

menos el 25% del tiempo: a) mejoría con la defecación; b) el inicio se asocia con un cambio en la frecuencia de las deposiciones; y c) el inicio se asocia con un cambio en la apariencia de las heces.

- No existencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique el motivo de los síntomas.

Además, hay una serie de síntomas que apoyan acumulativamente el diagnóstico: anormal frecuencia de las deposiciones, anormal forma de las heces, alteraciones en la eliminación de las heces (tenesmo, urgencia defecatoria o sensación de evacuación incompleta) y expulsión de moco, hinchazón o sensación de distensión abdominal.

### 2. Dada la sospecha clínica, ¿cuál sería el manejo inicial más correcto?

- A) Ninguna, ya que está claro que se trata de un TDF
- B) Anamnesis más completa con especial atención a los factores psicosociales y una exploración destinada a descartar signos de organicidad o trastorno de somatización.
- C) Realizaría una endoscopia alta y baja.
- D) Valoración por psiquiatría, ya que es obvio que la paciente es una simuladora.
- E) Solicitaría una ecografía abdominal.

#### RESPUESTA CORRECTA: B

Un interrogatorio y un examen físico completos son los componentes de mayor importancia en la valoración de un paciente con dolor abdominal crónico. Es importante valorar la actitud del niño, de sus padres y la relación entre ambos. Al realizar la historia psicosocial hay que investigar la presencia de trastornos orgánicos digestivos en los padres, trastornos psiquiátricos familiares y valorar la presencia de factores o eventos estresantes de la vida, síntomas emocionales-conductuales y situación del funcionamiento familiar.

Tras la historia clínica y una exploración completa, podremos hacer una primera valoración del cuadro, que nos oriente sobre las pruebas complementarias iniciales.

La causa orgánica debe considerarse siempre en primer lugar, principalmente en menores de 7 años y sobre todo menores de 3-4 años. La presencia de síntomas o signos de alarma, o los hallazgos anormales o inexplicables en la exploración física, constituyen generalmente una indicación para practicar pruebas diagnósticas. En ausencia de síntomas o signos de alarma, no es probable que los estudios diagnósticos sirvan para revelar procesos orgánicos.

Dado que los síntomas en los que se basa el diagnóstico pueden coexistir con los síntomas de enfermedades orgánicas digestivas, queda a criterio del médico la exclusión de cualquier señal de organicidad en base a los signos de alarma en la anamnesis y la exploración física.

**3. Una vez llegado al diagnóstico ¿qué medida terapéutica NO iniciaría en ningún caso?**

- A) Remarcar el carácter funcional del trastorno y citar de nuevo para valorar evolución.
- B) Aceite de peppermint
- C) Tratamiento con probióticos.
- D) Explicar a la paciente que no es nada y proceder a darle el alta.
- E) Indagar más en el entorno psicosocial de la paciente y desarrollar estrategias de relación con los síntomas.

**RESPUESTA CORRECTA: D**

En el tratamiento del SII al igual que en otros trastornos funcionales digestivos es fundamental la seguridad en el diagnóstico, la explicación de la dolencia y una actitud tranquilizadora. Objetivos específicos del tratamiento incluyen modificar la gravedad del cuadro y desarrollar estrategias de relación con los síntomas.

En el SII entre otras medidas se suele empezar con cambios en la dieta. Pueden limitarse los alimentos con alto contenido en grasa, y en los niños con predominio de estreñimiento puede administrarse una dieta rica en fibra, aunque no hay evidencia de que los suplementos de fibra disminuyan la frecuencia de ataques de dolor. No debe restringirse la lactosa, a menos que las pruebas de laboratorio documenten la malabsorción de la misma, pues no hay evidencia que su supresión disminuya los síntomas.

Hay evidencia que el tratamiento durante 2 semanas con aceite de peppermint puede ser beneficioso para niños con SII. El tratamiento anticolinérgico puede utilizarse en el SII con predominio de diarrea o con deposiciones variables. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina constituyen otra línea de tratamiento. El tratamiento con algunos probióticos han demostrado eficacia en el tratamiento de TDF, en especial en el tratamiento del SII.

**4. ¿Cuál de estas cepas de probióticos NO ha demostrado eficacia en el tratamiento del síndrome del intestino irritable?**

- A) Mezcla VSL#3
- B) *Lactobacillus reuteri*
- C) Fructooligosacáridos
- D) *Bifidobacterium*
- E) *Lactobacillus rhamnosus GG*

**RESPUESTA CORRECTA: C**

La mayoría de los estudios sugieren que el *Bifidobacterium*, posiblemente las especies del *Lactobacillus* y *E. coli* DSM 17252, tienen beneficios en el tratamiento del

SII. Además existen estudios que han demostrado controlar los síntomas del SII usando probióticos con múltiples especies. Dos ensayos clínicos (Kajander K, 2005 y 2008) usan la combinación de múltiples especies de probióticos (*L. rhamnosus GG*, *L. rhamnosus LC705*, *Bifidobacterium breve* y *Propionibacterium freudenreichii species shermanii JS*) durante 5-6 meses demostrando disminuir las puntuaciones de síntomas totales (dolor abdominal, distensión, flatulencia y borborigmos) de forma significativa. Sin embargo, para ser aceptado como opción terapéutica debe aclararse el subtipo de pacientes en el que son efectivos, las especies eficaces (únicas o mixtas), la dosis y la duración del tratamiento.

En un ensayo clínico aleatorizado a doble ciego realizado en 141 niños diagnosticados de SII según los criterios ROMA II que comparaba las variaciones en la intensidad y frecuencia de los síntomas entre un grupo al que se le administraba placebo y otro grupo al que se le administraban *Lactobacillus rhamnosus GG*, se objetivó una mejora estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en el grupo tratado con *Lactobacillus rhamnosus GG* con una pauta de  $3 \times 10^9$  ufc, cada 12 horas durante 8 semanas.

**5. Nuestra paciente tiene un hermano de 4 años que presenta escapes de heces, realiza deposiciones duras cada 2-3 días y dolor con la defecación. Además de la importancia de una dieta adecuada y de adquirir un hábito defecatorio, ¿qué otra acción puede ser útil en este caso?**

- A) Procinéticos
- B) Laxantes estimulantes (Senósidos Ay B)
- C) Remitir al psicólogo por la encopresis
- D) Fructooligosacáridos (FOS)
- E) Realizar una manometría de inicio para descartar una disfunción ano-rectal

**RESPUESTA CORRECTA: D**

Los prebióticos (FOS, oligosacáridos no absorbibles) tienen un efecto positivo sobre el número y consistencia de las deposiciones en el estreñimiento. Su mecanismo de acción se basa en reducir el pH fecal aumentando el intercambio de agua en las heces. Además producen la estimulación del crecimiento de los organismos probióticos.

**Referencias**

1. Francavilla R. A Randomized Controlled Trial of *Lactobacillus GG* in children with functional abdominal pain. *J Pediatr* 2011; 159: 165-166.
2. Hoveyda N, Heneghan C, Mahtani KR, Perera R, Roberts N, Glasziou P. A systematic review and meta-analysis: probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome. *BMC Gastroenterol* 2009; 9: 15.
3. McFarland LV, Dublin S. Meta-analysis of probiotics for the treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 2650-2661.