



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-518 - SÍNDROME DE INTESTINO CORTO TRAS RESECCIÓN INTESTINAL MASIVA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Marín Herrero, María; de la Vega Olías, María del Coral; Balbuena García, Manuel; Pérez Alberca, María del Carmen; Calvo Durán, Antonio; Salas Álvarez, Jesús; Álvarez Medialdea, Javier; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Introducción: El síndrome de intestino corto es una entidad compleja, que condiciona un cuadro clínico con graves alteraciones metabólicas y nutricionales al reducirse la superficie absorbente intestinal efectiva. Los accidentes vasculares mesentéricos, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y la enteritis rádica son las principales causas en adultos. La resección intestinal amplia, frecuente en los pacientes con EII, ocasiona una alteración nutricional que va a requerir soporte especializado. Las medidas básicas de tratamiento, especialmente en la fase aguda tras la resección o en presencia de complicaciones graves, incluyen fluidos y electrolitos, así como la instauración de soporte nutricional enteral, principal factor estimulador de la adaptación del intestino remanente.

Caso clínico: Mujer de 73 años, con AP: HTA, arterioesclerosis coronaria y enfermedad de Crohn estenosante de íleon, intervenida en dos ocasiones (hemicolecotomía derecha y ampliación posterior de 15 cm de íleon terminal). En tratamiento con Inmurel. Ingresó por brote severo de su enfermedad de Crohn estenosante-fistulizante corticorresistente. Preciso tres intervenciones, con resección de 70 cm de íleon-yeyuno y colon, quedando un remanente de 84 cm de yeyuno desde ángulo de Treitz. Se realizó yeyunostomía con fístula mucosa. En el posoperatorio, se instauró nutrición parenteral con vitaminas y oligoelementos, combinada con nutrición enteral con fórmula polimérica sin residuos, probióticos y 2.000 kcal/día. Durante el intervalo que mantuvo la yeyunostomía, presentó alto débito, con emaciación y necesidad de alto aporte hídrico y electrolítico, asociando insuficiencia renal. Inició nutrición enteral por SNG gota a gota con bomba de infusión y fórmula hipoosmolar, disminuyendo drásticamente el débito por yeyunostomía con normalización de función renal. A los 100 días se realizó reconstrucción intestinal con anastomosis yeyuno-colónica, colecistectomía y reconstrucción de la pared abdominal. Progresiva ingesta oral con pequeñas cantidades de agua y caldos salados con evolución favorable y retirada de SNG al octavo día tras la reconstrucción del tránsito. Al alta pautamos dieta triturada/blanda, baja en grasas, alimentos fibrosos o ricos en oxalatos, suplementos hiperproteicos, con vitaminas A y C, vitamina B12 y probióticos. Durante los tres años de seguimiento se adapta a los hábitos de la paciente con inclusión progresiva de alimentos, junto suplementos de vitamina B12 y ácido fólico. La relevancia de este caso radica en la adaptación del escaso remanente intestinal en una paciente de 73 años con una EII de larga data soportado en resecciones intestinales secuenciales y la suplementación nutricional enteral gota a gota presentando un buen estado nutricional y una excelente calidad de vida.

Discusión: La característica de estos pacientes sometidos a múltiples resecciones intestinales es la malabsorción, que origina pérdida de líquidos y de macro y micronutrientes. El tratamiento nutricional fue fundamental en la recuperación de la paciente. El aumento de la incidencia de colelitiasis y nefrolitiasis en estos pacientes se debe al aumento de hiperoxaluria, por lo que una dieta baja en oxalatos previene de estas complicaciones. El tratamiento multidisciplinar conjunto con el servicio de nutrición fue la clave del éxito en nuestro caso.