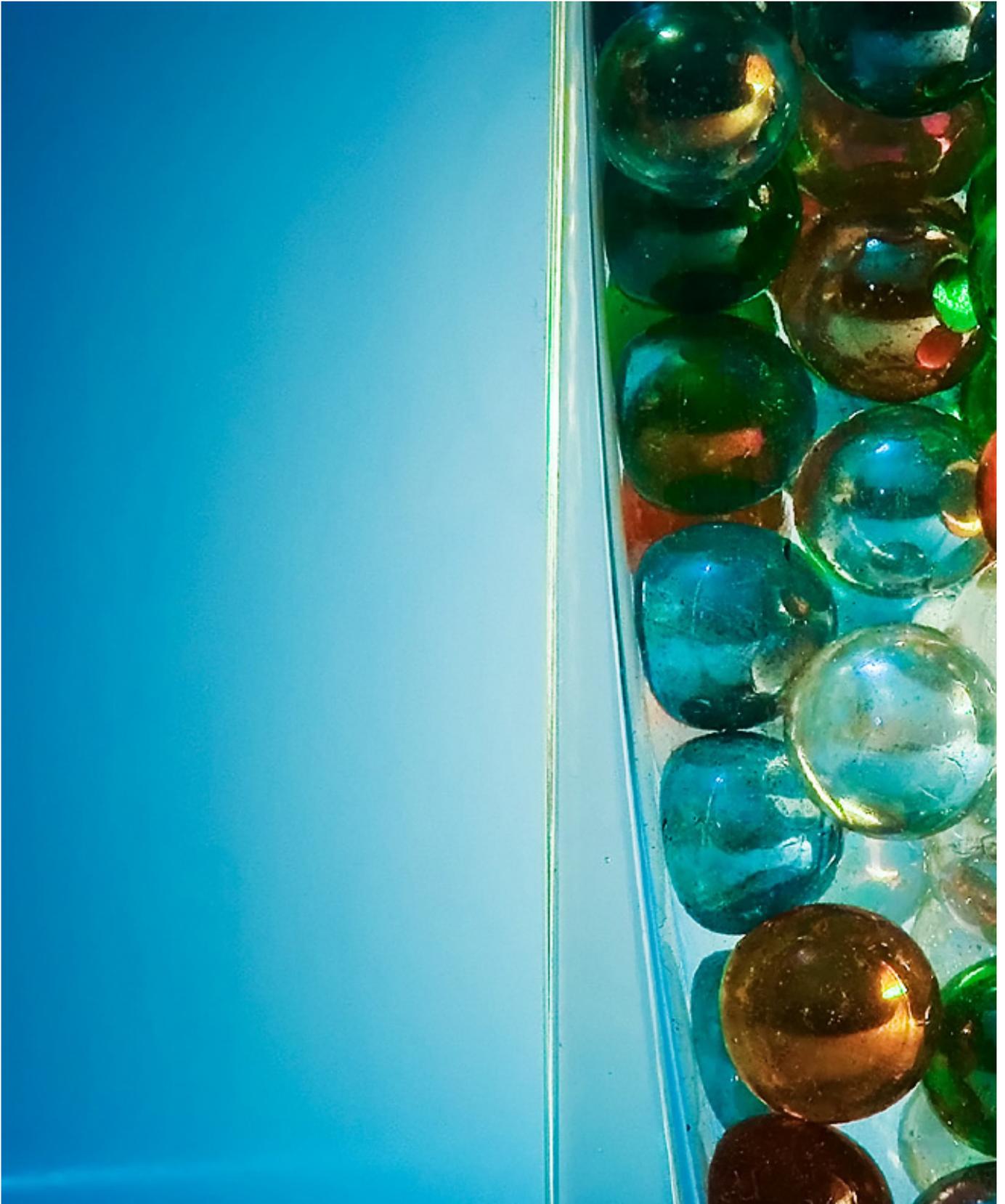




**Libros
Virtuales
IntraMed**



SÍNDROME DE INTESTINO CORTO

DEFINICIÓN

Estado de malabsorción secundario a una resección intestinal extensa. Se considera IC cuando el remanente de ID es < 200 cm de intestino delgado.

ETIOLOGÍA

ETIOLOGÍA	
SIC	
NIÑOS	ADULTOS
<ul style="list-style-type: none">• Enterocolitis Necrotizante• Atresia intestinal• Gastroquisis• Vólvulo por mal rotación intestinal• Aganglionosis	Secundario a resección de ID: <ul style="list-style-type: none">• EII (enf. Crohn)• Infarto mesentérico• Enteritis por radiación• Tumor• Vólvulo• Trauma

FISIOLOGÍA

Para comprender el manejo de los pacientes con SIC es necesario conocer la fisiopatología de ID y los mecanismos de adaptación:

- ❖ El 90% de la digestión y absorción se realiza en los primeros 100 cm del yeyuno.
- ❖ Los ácidos biliares y la vitamina B12 se absorben con exclusividad en el íleon; una resección ileal < 100 cm genera una diarrea colerética (pérdida de ácidos biliares), mientras que una resección > 100 cm disminuye el pool de ácidos biliares en intestino proximal con disminución de miscelas y malabsorción de grasas con esteatorrea.
- ❖ La preservación total o parcial del colon es importante ya que a este nivel se absorben agua, electrolitos y nutrientes (aproximadamente 1000 Kcal/día).
- ❖ La malabsorción de grasa quela el calcio y el magnesio generando malabsorción de estos minerales, aumenta el oxalato libre que se reabsorbe en el colon y produce hiperoxaluria y producción de cálculos renales.
- ❖ De los 9 lts. de agua y electrolitos de alimentos y secreciones, 8 lts se reabsorben en intestino delgado, por lo que yeyunostomías altas producen diarreas profusas.
- ❖ La pérdida de la válvula ileocecal favorece el sobrecreci-

miento bacteriano.

- ❖ La ingesta de mono y disacáridos aumenta la formación de ácido D-láctico por las bacterias colónicas produciendo acidosis metabólica.
- ❖ El íleon posee mayor capacidad de adaptación que el yeyuno para la absorción: aumenta la longitud de las vellosidades, las criptas se hacen más profundas, aumenta de diámetro y longitud.

CUADRO CLÍNICO

El grado de malabsorción se asocia yeyunocólica o yeyunostomía terminal. pérdida de peso, deshidratación, déficit bacteriano (SCB).

EVALUACIÓN CLÍNICA

En el post quirúrgico inmediato

- ❖ Determinar
 - ▶ Causa que motivó la resección intestinal
 - ▶ Longitud del ID remanente (sano o enfermo)
 - ▶ Si preserva íleon y colon, válvula ileocecal
- ❖ Peso, talla, IMC. (Status nutricional)

- ❖ Balance de líquidos: Pérdida por ostomía, urinaria, cutánea, otras. Ingresos.
- ❖ Cada 48-72 hs solicitar laboratorio que incluya: glucemia, urea, creatinina, ionograma venoso y urinario, calcio, fósforo, Mg (especialmente en la yeyunostomía). Luego dos veces por semana hasta realizar cada 2 o 3 meses.

TRATAMIENTO -según el tipo de resección

Resección ileal limitada:

- ▶ Conserva yeyuno completo, parte de íleon y colon parcial o total.
 - ▶ Reanuda alimentación oral en el POP tardío.
 - ▶ Problemas que se pueden presentar:
- ❖ **Diarrea colerética:** tratar con colestiramina junto con las comidas 4-16 g/d.
- ❖ **Estatorrea por disminución del pool de ácidos biliares:** indicar dieta hipograsa (40 g/d de lípidos) y rica en hidratos de carbono complejos, puede agregarse TCM (triglicéridos de cadena media).
- ❖ **Déficit de vit. B12:** indicar cobalamina 1 mg por vía IM, cada mes y de por vida.
- ❖ **Suplementos:** calcio 800mg/d y vit. D 400 UI/d (debe tenerse en cuenta su pérdida)

Resección extensa de ID con pérdida de íleon y conservación de longitud variable de yeyuno y colon:

- ❖ En el post quirúrgico inmediato comienza con NPT
- ❖ Balance ajustado de líquidos y electrolitos. La pérdida de válvula ileocecal aumenta riesgo SCB y esto disminuye más la absorción de líquidos y nutrientes.
- ❖ IBP o Ranitidina para reducir secreción gástrica y reducir débito de la ostomía.
- ❖ Prevenir la litiasis vesicular: infusión de aminoácidos, NE, colecistoquinina o UDCA.
- ❖ Cuando el paciente recupera el tránsito intestinal, iniciar NET con bajo volumen para estimular la adaptación del intestino remanente, aumentar el volumen en forma progresiva de acuerdo a tolerancia.
- ❖ Loperamida cuando el débito por la ostomía es alto y/o cuando hay diarrea (2-8 mg/d), eventualmente considerar la administración de Octreótido.
- ❖ El objetivo es lograr que el paciente satisfaga los requerimientos nutricionales por VO.

- ❖ La vía de nutrición a largo plazo dependerá de la longitud del yeyuno remanente:

- ▶ 0 - 50 cm: NPT
- ▶ 51 - 100 cm: NO
- ▶ > 100 cm: NO

Características de la dieta

- ❖ Hipograsa < 40 g/d, +/- TCM.
- ❖ Rica en hidratos de carbono complejos (evitar los hidratos de carbono simples).
- ❖ Proteínas 1 - 1.5 g/Kg/d
- ❖ Suplementos vitamínicos y minerales.
- ❖ Evitar alimentos ricos en oxalatos (té, chocolate, bebidas cola, etc.)
- ❖ En el seguimiento, pedir análisis de MF (esteatocrito, CI -1 AT, volumen fecal) para ajustar la dieta.
- ❖ Indicar ATB si se sospecha SCB (Ciprofloxacina o Metronidazol) durante 7 - 10 días; se puede indicar ATB la 1er semana de cada mes y se puede alternar para evitar desarrollo de resistencia.

Paciente con yeyunostomía definitiva

- ❖ En el post quirúrgico inmediato actuar igual a resección intestinal extensa.
- ❖ La vía de nutrición a largo plazo dependerá de la longitud del yeyuno remanente:
 - ▶ < 85 cm: NP+NE
 - ▶ 85 - 100 cm: NP+NE+NO
 - ▶ > 100 cm: NO
- ❖ Cuando se inicia la nutrición por VO:
- ❖ Restricción de líquidos hipotónicos a < 500 ml /d.
- ❖ Agregar a los líquidos soluciones orales o cápsulas de ClNa para mejorar la absorción:
- ❖ Solución de la OMS: 1 L de agua + 7g ClNa (1 cda de té) + 20g de glucosa (1 cda de azúcar).
- ❖ Cápsulas de ClNa 500 mg.
- ❖ Separar la ingesta de líquidos de los sólidos por un intervalo > 1 hora.
- ❖ Drogas antimotilidad: Loperamida 4-8 mg una hora antes

de cada comida.

- ❖ Reducción de secreción ácida: con Ranitidina 300 mg c/12 hs, Omeprazol 40 mg/d, Octreótido 50 a 100 µg c/12 hs por vía SC (disminuye la secreción por la ostomía)
- ❖ Corrección de hipomagnesemia con sulfato de Mg (IV), luego rotar a óxido de Mg (VO)

INDICACIONES DE TRANSPLANTE DE ID

- ❖ Complicaciones de la NP
 - ▶ Enfermedad hepática Zria a NP (cirrosis, colestasis, HTP)
 - ▶ Compromiso progresivo de accesos venosos
 - ▶ Sepsis recurrente asociada a catéter.
- ❖ Deshidratación recurrente y severa.
- ❖ Tracto GI no reconstruible.
- ❖ Pobre calidad de vida: hospitalización frecuente o crónica, incapacidad progresiva, imposibilidad de socializar.

Bibliografía

1. Alan L Buchman. The Medical and Surgical Management of Short Bowel Syndrome MedGenMed. 2004; 6(2): 12
2. Khurshed N. Jeejeebhoy. Short bowel syndrome: a nutritional and medical approach CMAJ. 2002 May 14; 166(10): 1297-1302.
3. Alan Buchman. Etiology and inicial management of short bowel síndrome. Gastroenterology 2006; 130. S5-S15.
4. J Nightingale. Guidelines for management of patients with a short bowel. Gut 2006; 55(suppl IV)
5. Intestinal transplatation for short bowel syndrome and gastrointestinal failure: current consensus, rewarding outcomes, and practical guidelines