

Síndrome de Intestino Corto



Alexandra Maqueda Baenas (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dr Óscar Manrique/Fernando Clemente

Anamnesis

- Lactante de 57 días que ingresa en planta a cargo de Medicina Digestiva Pediátrica desde UCIN por **sospecha de síndrome de intestino corto con insuficiencia intestinal.**
- AP:
 - Peritonitis meconial** (intervenida quirúrgicamente con resección de pseudoquiste meconial y posterior cierre programado de ostomía con anastomosis ileoileal. Intestino residual de 65 cm (33% aprox de intestino estimado) incluyendo válvula y colon completo).
 - Anemia multifactorial.**
 - Muget oral en resolución tras tratamiento tópico.*

Exploración física

Buen estado general. Tranquila y reactiva. Coloración adecuada de piel y mucosas. No exantemas ni petequias.

ORL: se visualiza membrana timpánica no hiperémica.

AC: rítmica y sin soplos. **AP:** Buena entrada de aire bilateral.

Abdomen blando y depresible, no distendido, aparentemente no doloroso. Cicatrices quirúrgicas con buen aspecto.

Somatometría: 3,400 gr (<P1) Talla 50,5 cm (P1)

Pruebas diagnósticas

- **AS:** Hierro 14 $\mu\text{g}/\text{dl}$, ferritina 242 $\mu\text{g}/\text{dl}$, transferrina 174 $\mu\text{g}/\text{dl}$, capacidad total de fijación del hierro 218 $\mu\text{g}/\text{dl}$, saturación del hierro 6,53%, PCR 1,23. Resto sin alteraciones.
- **Enema opaco:** a través de ileostomía. Adecuada opacificación del íleon terminal y de todo el marco cólico hasta el recto distal. Morfología del colon adecuada, de aspecto funcional. Recto, sigma y marco cólico anatómicamente normal.

Pruebas diagnósticas

DIAGNÓSTICO: SÍNDROME DE
INTESTINO CORTO TIPO III



Tratamiento y evolución

- **Inicialmente:** Dieta enteral a 90 ml/kg/día (50% lactancia materna 50% fórmula hidrolizada de baja osmolaridad) + nutrición parenteral 70 ml/kg/día.
- Ante **mejoría** de número de deposiciones, se incrementa la nutrición enteral hasta 210 ml/kg/día (33% lactancia materna y 66% fórmula) y se retira la nutrición parenteral.
- Suplementación con:
 - Vitaminas liposolubles (hidropolivit 10 gotas/día)
 - Colestiramina 375 mg/8 horas.

Tratamiento al alta

- 8 tomas al día de 90 ml (60 ml de Novalac hidrolizado + 30 cc de lactancia materna en biberón cada 3h)
- Colestiramina 375 mg/8h
- Hidropolivit 10 gotas/día
- Suero oral Casen (administrar 15-30 ml disuelto tras cada deposición)
- Glutaferro 170 mg/ml: 0,5 ml/día.

Revisión en consultas 1 semana tras alta

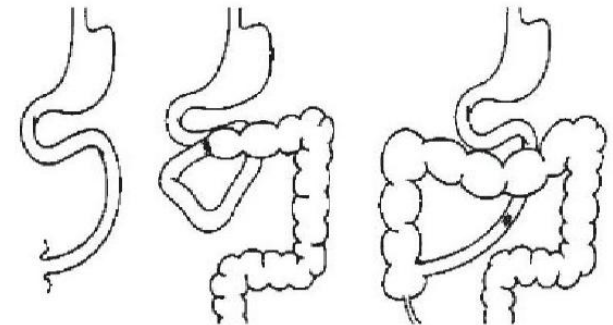
- Exploración física: Buen estado general. Abdomen blando y depresible, no doloroso aparentemente. Normonutrida y normohidratada.
- Somatometría: Peso 3.700gr **(+300gr)** Talla 53 cm.
- Juicio clínico: Síndrome de intestino corto tipo III en fase de adaptación con insuficiencia intestinal.
- Plan:
 - Continuar con mismo tratamiento.
 - Control en 1 semana.

Revisión bibliográfica

- Síndrome intestino corto: suma de **alteraciones funcionales** tras reducción crítica de la longitud del intestino.
- **Causas:** gastrosquis (congénita), enterocolitis necrotizante (neonatal), enfermedad inflamatoria intestinal (niños y adolescentes)



FISIOPATOLOGÍA DEL SIC



I. Enterostomía

II. Yeyuno-cólico

III. Yeyuno-ileo-cólico

RESECCION

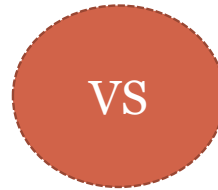
Yeyuno-ileon-colon

Ileal

Yeyunal

Revisión bibliográfica

- **Insuficiencia intestinal:** “Disminución de la absorción intestinal, que puede compensarse por la hiperfagia o por la adaptación física o metabólica intestinal.”



- **Fracaso intestinal:** “reducción de la función digestiva por debajo del mínimo necesario para la absorción de macronutrientes, agua y electrolitos. Se precisa nutrición parenteral o fluido terapia para mantener el equilibrio nutricional y la composición corporal.”

Revisión bibliográfica

- Es clave la **adaptación intestinal** (aumento de la profundidad de las criptas, alargamiento de las vellosidades intestinales...)
- **3 fases:**
 - 1: Desequilibrio hidroelectrolítico. (2 semanas – 2 meses)
 - 2: Adaptación intestinal. (2 meses - 2 años)
 - 3: Estabilidad intestinal. (2 años en adelante)

****Nutrición enteral: Gran importancia, sobretodo al inicio del cuadro, ya que estimula el trofismo intestinal.***

Revisión bibliográfica

- **Tratamiento:** manejo multidisciplinar.

- Nutrición parenteral
- Hidrolizados.
- Agentes para controlar la hipersecreción de acidez gástrica
- Agentes que actúan sobre la motilidad intestinal
- Agentes para el control de la proliferación bacteriana.
- Otros: vitaminas, probióticos, hormona de crecimiento...

Factores pronósticos en niños con síndrome de intestino corto

- **Factores positivos**

- Longitud del intestino residual >35-40 cm
- Presencia de válvula ileocecal o colon
- Lactantes mayores o niños

- **Factores negativos**

- Longitud del intestino delgado residual <15-20 cm o <10% de la esperada para su edad
- Prematuros/recién nacidos
- Presencia de hepatopatía persistente
- Presencia de sobrecrecimiento bacteriano
- Enfermedad de base: gastrosquisis

Bibliografía

Valdovinos D, Cadena J, Montijo E, Zárata F, Cazares M, Toro E, et al. Síndrome de intestino corto en niños: actualidades en su diagnóstico y manejo. Rev Gastroenterol Mex. 2012;77(3):130–40.

Alberti R G, Le Roy O C, Cofré D C, Pattillo S JC, Domínguez B P, Guerra C JF. Actualización en el manejo de pacientes con insuficiencia intestinal. Rev Chil Pediatr. 2014;85(2):148–56.

Grisales Aldana A. Moreno Villares, M J. ¿Hay novedades en el tratamiento del síndrome de intestino corto en el paciente pediátrico? Situación actual. Acta Pediátrica Española. 2011;69(2):67–74.

