



IMAGEN DEL MES

Alteración del tránsito intestinal en paciente con esclerosis lateral amiotrófica

Aránzazu Castellano Candalija*, Juan Luis Torres Tenor y María Varela Cerdeira

Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España

Recibido el 3 de julio de 2023

Aceptado el 21 de marzo de 2024

PALABRAS CLAVE

Esclerosis lateral amiotrófica, vólvulo, estreñimiento.

Resumen

Mujer de 46 años con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica de inicio espinal, que ingresa por un cuadro de estreñimiento e imagen radiológica de vólvulo de sigma. El vólvulo de sigma es la rotación axial de un segmento del intestino sobre su mesenterio, y constituye una causa importante de obstrucción importante. En pacientes con esclerosis lateral amiotrófica, las manifestaciones gastrointestinales son muy importantes por su frecuencia y su repercusión pronóstica. El tratamiento es médico y en algunos casos quirúrgico.

Sigmoid volvulus in a patient with amyotrophic lateral sclerosis

KEYWORDS

Amyotrophic lateral sclerosis, volvulus, constipation.

Abstract

A 46-year-old woman with a diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis was admitted for constipation and a radiological image of sigmoid volvulus. Sigmoid volvulus is the axial rotation of a segment of intestine on its mesentery, and is an important cause of major obstruction. In patients with amyotrophic lateral sclerosis, gastrointestinal manifestations are very important due to their frequency and their prognostic impact. Treatment is medical and in some cases surgical.

Castellano Candalija A, Torres Tenor JL, Varela Cerdeira M. Alteración del tránsito intestinal en paciente con esclerosis lateral amiotrófica. *Med Paliat.* 2023;30(4):250-252.

*Autor para correspondencia:

Aránzazu Castellano Candalija

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana, 261, 28046 Fuencarral-El Pardo, Madrid, España

Correo electrónico: arantxa.castcand@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2024.1426/2023>

e-ISSN: 2340-3292/© 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

CASO CLÍNICO

Mujer de 46 años con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) de inicio espinal (mayo de 2021). En septiembre de 2020 comenzó con debilidad en miembros inferiores seguida de debilidad en los superiores. Empeoramiento progresivo con fatiga muscular y necesidad de movilización en silla de ruedas. A nivel respiratorio, disnea progresiva con reducción de la capacidad vital forzada, con necesidad de ventilación mecánica no invasiva de tipo BiPAP en marzo de 2022. Desde el punto de vista digestivo, disfagia progresiva con colocación de gastrostomía percutánea en julio de 2022. Tendencia al estreñimiento en tratamiento con laxantes orales, procinéticos y ajuste de nutrición enteral por aerofagia intensa. Asocia labilidad emocional con necesidad de antidepresivos, astenia severa que mejora con metilfenidato y sialorrea moderada con necesidad de anticolinérgicos y toxina botulínica. En consulta de Cuidados Paliativos se realiza la Planificación Anticipada de Cuidados, siendo informada de su diagnóstico y evolución. La paciente contempla medidas que incluyen la ventilación mecánica no invasiva, ventilación invasiva y sonda de gastrostomía. Para ella, un valor fundamental es ver crecer a sus hijos.

Ingresa en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios en mayo de 2023 por un cuadro de ausencia de deposición de 3 días de evolución, emisión de heces líquidas con moco y sensación de distensión abdominal. Asociado a empeoramiento respiratorio con disnea y aumento de secreciones respiratorias. A la exploración, regular estado general, con taquipnea, abundantes secreciones respiratorias, distensión abdominal no dolorosa y ruidos hidroaéreos abolidos. En la analítica se observaba leucocitosis (13.850/ μ l) con neutrofilia leve (11.980/ μ l), elevación de proteína C reactiva (59 mg/l) y fibrinógeno (672 mg/l), función renal, iones y LDH normales. Para completar el estudio, se realiza una radiografía y tomografía computarizada (TC) abdominales.

COMENTARIO

El vólvulo de sigma (VS) es la rotación axial de un segmento del intestino sobre su mesenterio^{1,2}. Se produce cuando existe una dilatación progresiva del sigma con la consecuente torsión en torno al eje del mesenterio, produciendo una obstrucción y oclusión vascular. Esto conduce a isquemia tisular, hipoxia y necrosis, lo que puede dar lugar a perforación y peritonitis. Constituye la tercera causa de obstrucción colónica (10%)^{1,3}. Es más frecuente en pacientes de edad avanzada (60-70 años)^{3,4}, con factores predisponentes como el dolicosigma, en el que el alargamiento congénito del sigma con el tiempo se convierte en redundante con el estreñimiento crónico³. Además, ese estreñimiento en pacientes con trastornos neurológicos como la ELA puede provocar dicho alargamiento del sigma³. Otros factores son: fallo en la fijación normal del mesenterio, malrotación intestinal, íleo hiperactivo, dietas ricas en fibra, etc.

En pacientes con ELA, las alteraciones digestivas como el estreñimiento son frecuentes. En un estudio se objetivó que el 60 % presentaban estreñimiento, además de otras alteraciones como diarrea, incontinencia fecal, etc., correlacionándose dichos síntomas con la progresión de la enfermedad^{5,6}. La inmovilidad, necesidad de soporte respiratorio, fármacos para el control de sintomatología son factores contribuyentes. La

estructura y la neuroquímica del sistema nervioso entérico se asemejan a las del sistema nervioso central. La identificación de nuevas mutaciones genéticas en ELA ha revelado nuevos vínculos entre ambos sistemas, como la TDP-43 cuya mutación se ha asociado a obstrucción gastrointestinal, y su pérdida de expresión a tránsito intestinal enlentecido⁷.

Se debe sospechar una obstrucción intestinal en caso de dolor abdominal cólico, náuseas y vómitos, distensión abdominal y falta de expulsión de heces y gases⁸. Los signos físicos con mayor valor predictivo son la distensión abdominal y los ruidos intestinales. Ante la sospecha, se debe realizar una radiografía simple, que permite el diagnóstico en el 75 % de los casos⁸. En el VS, la clave diagnóstica es el colon dilatado con ausencia de haustras, forma de "U invertida" y localizado en la línea media con dirección hacia los cuadrantes superiores. El signo del "grano de café" se produce por la imagen central creada por el contacto de las paredes mediales del asa volvulada y las paredes laterales que dan lugar a los bordes del "grano". También se puede observar la ausencia de gas y material fecal en recto. En caso de una radiografía no concluyente, se recomienda el TC abdominal⁹, con hallazgos superponibles a los de la radiografía simple. Pueden verse otros signos, como el pico de pájaro y el remolino. El diagnóstico diferencial incluye vólvulo cecal, síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción intestinal con gas en el recto en la radiografía, íleo paralítico, megacolon tóxico, obstrucción distal del colon neoplásica o inflamatoria.

La mortalidad es cercana al 4 %¹⁰, por lo que un diagnóstico precoz y un manejo adecuado son imprescindibles. Su manejo es controvertido y su objetivo es conseguir la reducción del vólvulo y evitar la recidiva. Las medidas generales incluyen corregir volemia, alteraciones electrolíticas, metabólicas y el equilibrio ácido-base. La colocación de sonda nasogástrica tiene el objetivo de disminuir la distensión gástrica. Si se sospecha isquemia, debe iniciarse antibioterapia. El tratamiento específico en el caso del VS es la descompresión endoscópica, con una tasa de recidiva del 25-50 %⁹. Si existe isquemia, es necesaria la cirugía con colostomía terminal y reservorio de Hartmann⁸.

EVOLUCIÓN

La radiografía de abdomen es compatible con vólvulo de sigma (Figura 1). Ante la duda, sospecha de complicaciones y limitación de la movilidad de la paciente para la bipedestación, se realiza una TC, en la cual se objetiva dolicosigma dilatado con cambio de calibre en sigma proximal (altura de L4) en relación con volvulación simple/incompleta/temprana, sin signos de sufrimiento de asas intestinales ni líquido libre (Figura 2); en los cortes de tórax se objetivan consolidaciones parcheadas en contexto de probable broncoaspiración. Ante el diagnóstico de VS incompleto, se inicia tratamiento con laxantes orales y rectales con sonda, procinéticos, antieméticos, corticoides y retirada de nutrición enteral, tras lo cual presenta mejoría clínica con reducción de la distensión abdominal, ausencia de vómitos y realización de deposición. Por ello, no precisó reducción endoscópica ni quirúrgica, las cuales serían acordes a su planificación de cuidados. Ante la neumonía broncoaspirativa secundaria, se inicia antibioterapia con amoxicilina-clavulánico (5 días). Al alta y control mensual posterior, persiste la imagen radiológica de distensión de asas intestinales (Figura 3) sin clínica asociada.

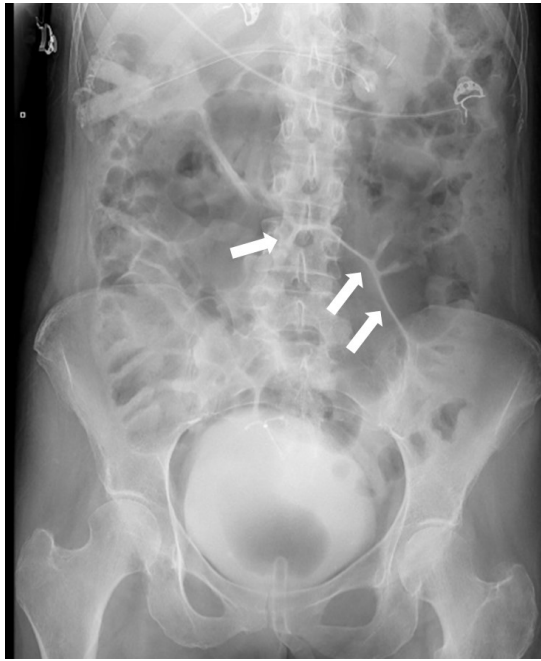


Figura 1. Radiografía simple.



Figura 3. Radiografía simple de control al mes.



Figura 2. Tomografía computarizada de abdomen con contraste intravenoso.

La importancia de este caso radica en la frecuencia de las alteraciones digestivas en pacientes con ELA y la necesidad de prevenirlas y realizar un tratamiento acorde a su planificación de cuidados.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Cirocchi R, Farinella E, La Mura F, Morelli U, Trastulli S, Milani D, et al. The sigmoid volvulus: Surgical timing and mortality for different clinical types. *World J Emerg Surg.* 2010;5: 1.
2. Muñoz DA, Cardona DC, Hoyos YC. Vólvulo del sigmoide: revisión narrativa. *RFSC.* 2020;22:36-44.
3. Atamanalp S, Öztürk G, Aydinli B, Ören D. The relationship of the anatomical dimensions of the sigmoid colon with sigmoid volvulus. *Türk J Med Sci.* 2011;41:377-82.
4. Osiro SB, Cunningham D, Shoja MM, Tubbs RS, Gielecki J, Loukas M. The twisted colon: A review of sigmoid volvulus. *Am Surg.* 2012;78:271-9.
5. Parra-Cantu C, Zaldivar-Ruenes A, Martinez-Vazquez M, Martinez HR. Prevalence of gastrointestinal symptoms, severity of dysphagia, and their correlation with severity of amyotrophic lateral sclerosis in a Mexican cohort. *Neurodegener Dis.* 2021;21:42-7.
6. Jaafar E, Malek E, Ismail H, Salameh J. Nonmotor symptoms in amyotrophic lateral sclerosis and their correlation with disease progression. *J Clin Neuromuscul Dis.* 2021;23:1-6.
7. Rao M, Gershon M. The bowel and beyond: The enteric nervous system in neurological disorders. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;13:517-28.
8. Álvarez A, Umaña J, Calderón R, Rodríguez de Santiago E. Oclusión intestinal. *Medicine.* 2012;11:347-54.
9. Tian BWCA, Vigutto G, Tan E, van Goor H, Bendinelli C, Abu-Zidan F, et al. WSES consensus guidelines on sigmoid volvulus management. *World J Emerg Surg.* 2023;18:34. doi: 10.1186/s13017-023-00502-x
10. Larkin JO, Thekiso TB, Waldron R, Barry K, Eustace PW. Recurrent sigmoid volvulus - early resection may obviate later emergency surgery and reduce morbidity and mortality. *Ann R Coll Surg Engl.* 2009;91:205-9.