

ESTREÑIMIENTO SECUNDARIO A FÁRMACOS: QUÉ HACER CUANDO LA CAUSA NO ES TRATABLE

Autores: Bermúdez-Ramos, María; Accarino-Garaventa, Anna.

Filiación: Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Vall d'Hebron.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 39 años, fumador y consumidor de 20gr de etanol diarios. Antecedentes de hipertrigliceridemia, bronquitis crónica no agudizadora y esquizofrenia desorganizada episódica de más de 20 años de evolución con múltiples ingresos hospitalarios y fallo a varios esquemas terapéuticos. Estreñimiento pertinaz desde los 30 años y varios episodios de suboclusión intestinal, llegando a precisar en el último de ellos una laparoscopia exploradora por presentar en el TAC abdominal un cambio de calibre a nivel de íleon terminal. La laparotomía descartó una obstrucción mecánica a este nivel, pero mostró una dilatación progresiva del intestino delgado desde ángulo de Treitz. Se atribuyó el cuadro a un origen farmacológico (clozapina potenciada probablemente por tratamiento concomitante con litio, haloperidol y zipresidona), y en ausencia de respuesta a laxantes estimulantes y osmóticos a dosis estándar, se trató de retirar la clozapina sin éxito, ya que al hacerlo el paciente presentó una descompensación grave de su patología psiquiátrica.

Posteriormente se completó el estudio con un vaciamiento gástrico que fue normal y una manometría gastrointestinal que mostró alteraciones de la motilidad compatibles con un patrón de tipo miopático.

TRATAMIENTO

Se inició tratamiento con enemas de limpieza y polietilenglicol que se fue titulando hasta una dosis total de 65 g diarios, con lo que se consiguió un tránsito adecuado (ritmo deposicional diario con heces Bristol 3), dosis que mantiene en la actualidad con buena tolerancia.

MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS RESPUESTAS

A raíz del tratamiento, se constató una mejoría no solo clínica sino también radiológica, sin nueva sintomatología de suboclusión intestinal a lo largo de los últimos 6 años, presentando el paciente un par de episodios de estreñimiento puntual en relación a transgresión farmacológica que se han resuelto con enemas de limpieza y reintroducción del polietilenglicol.



Radiografías de abdomen correspondientes a: a) episodio de suboclusión intestinal, b) estreñimiento sintomático, con presencia de abundante material fecal en marco cólico c) luminograma normal tras inicio de polietilenglicol.

CONCLUSIONES

Los trastornos motores gastrointestinales durante el tratamiento con clozapina (antipsicótico empleado en la esquizofrenia resistente a otros fármacos) son un efecto secundario bien conocido que se presenta hasta en el 30% de los pacientes. La inhibición de la motilidad intestinal es debida a su efecto anticolinérgico periférico, especialmente a través de su acción sobre los receptores M3 de la pared intestinal. Puede dar lugar a complicaciones que van desde el íleo a la obstrucción y subsecuente isquemia y/o perforación intestinal. La limitación para su discontinuación en la práctica clínica requerirá del tratamiento de sus efectos secundarios. Una estrategia útil para prevenirlos es el inicio del tratamiento laxante de forma concomitante con el fármaco; en este sentido los laxantes osmóticos a dosis elevadas constituyen una opción segura y en general bien tolerada en estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Shirazi A, Stubbs B, Gomez L, Moore S, Gaughran F, Flanagan RJ, et al. Prevalence and Predictors of Clozapine-Associated Constipation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Mol Sci*. 2 de junio de 2016;17(6).
2. De Hert M, Dockx L, Bernagie C, Peuskens B, Sweers K, Leucht S, et al. Prevalence and severity of antipsychotic related constipation in patients with schizophrenia: a retrospective descriptive study. *BMC Gastroenterol*. 8 de marzo de 2011;11:17.
3. Downes TJ, Cheruvu MS, Karunaratne TB, De Giorgio R, Farmer AD. Pathophysiology, Diagnosis, and Management of Chronic Intestinal Pseudo-Obstruction. *J Clin Gastroenterol*. 2018;52(6):477-89.
4. West S, Rowbotham D, Xiong G, Kenedi C. Clozapine induced gastrointestinal hypomotility: A potentially life-threatening adverse event. A review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;46:32-7.