



# **El Reto Clínico del mes Febrero 2021**

**Caso clínico de Dolor Abdominal.**

Dra. Claudia Barber Caselles. Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Dr. Luis Gerardo Alcalá. Hospital Universitario Vall d'Hebron.

- Paciente mujer de 76 años de edad, sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos.
- Antecedentes, HTA, DM2 y dislipidemia controladas con medicamentos orales.
- Un episodio de diverticulitis aguda en 2015, sin complicaciones.
- Estenosis del canal lumbar intervención Qx en 2013, persistiendo con lumbalgia crónica de difícil control, requiriendo tratamiento analgésico con parche de fentanilo (inicio en noviembre de 2018) y tramadol oral a demanda.



**Siguiente**

- En febrero de 2019, inicia con episodios de dolor abdominal de predominio epigástrico, acompañados de náusea, sin relación con la ingesta de alimentos, que se van volviendo cada vez más frecuentes requiriendo de un aumento progresivo de medicación analgésica (tramadol).
- TA 117/76mmHg fc 66lpm Temp 36,1°C
- Exploración física completamente normal

**Siguiente**

- Acude en múltiples ocasiones a urgencias por crisis de dolor abdominal, que requieren de medicación analgésica endovenosa para control (morfina y tramadol).
- Los estudios analíticos y radiografías simples de abdomen son normales en todas las ocasiones.

**Siguiente**

## Pregunta 1: ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es correcta?

- a) Dado que los estudios complementarios son normales, se trata de un dolor abdominal funcional.
- b) La ausencia de alteraciones en los estudios complementarios orienta a una patología psiquiátrica.
- c) La necesidad de opiodes para control del dolor debe hacernos sospechar de un problema de adicción.
- d) El inicio de los síntomas en edad avanzada debe considerarse un signo de alarma.

Respuesta incorrecta

**Inténtelo de nuevo**

¡Respuesta correcta!

- d) El inicio de los síntomas en edad avanzada debe considerarse un signo de alarma.

**Siguiente**

# Explicación

- El dolor abdominal crónico es una queja común en las clínicas de atención primaria y en consulta externa de gastroenterología.
- La incidencia de dolor abdominal no especificado es de 22,3 por 1000 personas-año, con una prevalencia estimada entre el 8% y el 54%. Siendo más frecuente en mujeres.
- El diagnóstico inicial se centra en diferenciar la enfermedad funcional benigna de la patología orgánica. Las características que sugieren una enfermedad orgánica incluyen pérdida de peso, fiebre, hipovolemia, anomalías electrolíticas, síntomas o signos de pérdida de sangre gastrointestinal, anemia o signos de desnutrición. Los estudios de laboratorio suelen ser normales en pacientes con dolor abdominal funcional.
- Sin embargo, el diagnóstico de enfermedad funcional de nueva aparición debe realizarse con gran precaución en pacientes mayores de 50 años. Estos pacientes, en virtud de su mayor riesgo de malignidad, probablemente requerirán imágenes abdominales según lo dicten sus síntomas y signos.

- Se cursa ingreso en el servicio de digestivo.
- Se realizan estudios complementarios
  - 2 TACs abdominales durante crisis de dolor, normales.
  - Estudios endoscópicos (fibrogastroscoopia y colonoscopia) sin alteraciones.
  - Estudio de vaciamiento gástrico con retención de 11% a las 4 horas.

**Siguiente**

**Pregunta 2:** ¿Dado los hallazgos de las pruebas complementarias, ¿cuál de las siguientes intervenciones sería de mayor utilidad para el diagnóstico?

- a) Historia clínica detallada y revisión del historial farmacológico.
- b) Cápsula endoscópica.
- c) Resonancia magnética abdominal.
- d) Laparotomía exploradora.

Respuesta incorrecta

**Inténtelo de nuevo**

¡Respuesta correcta!

a) Historia clínica detallada y revisión del historial farmacológico.

Siguiente

**Pregunta 3:** ¿Cuál sería la sospecha más probable en esta paciente?

- a) Síndrome de intestino narcótico.
- b) Gastroparesia idiopática.
- c) Neuropatía diabética.
- d) Dolor abdominal funcional.

Respuesta incorrecta

**Inténtelo de nuevo**

¡Respuesta correcta!

a) Síndrome de intestino narcótico.

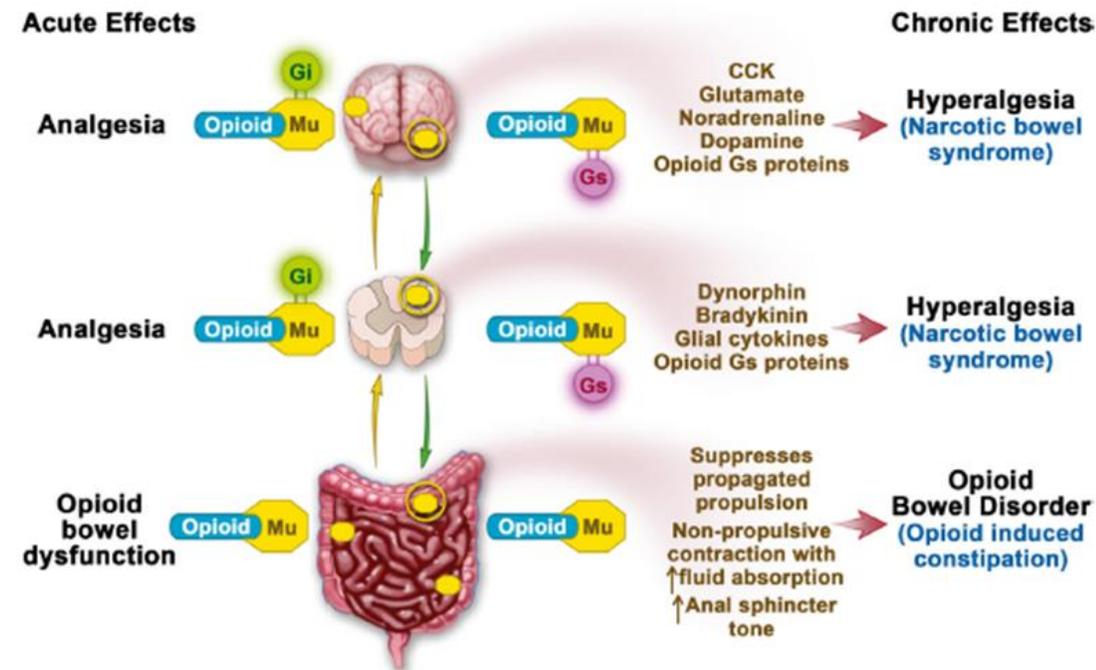
Siguiente

# Explicación

- El síndrome del intestino narcótico es un tipo de disfunción intestinal inducida por opioides que se caracteriza por el desarrollo aparentemente paradójico de un dolor abdominal que empeora en el contexto de una terapia opioide crónica progresiva o continua. Se describe con mayor frecuencia en pacientes que toman opioides para el dolor crónico no relacionado con el cáncer y en adictos a opiodes.
- Los mecanismos fisiopatológicos subyacentes no se comprenden completamente, aunque la hiperalgesia inducida por opioides de origen central parece ser la causa de los síntomas.

# Explicación

- Los mecanismos fisiopatológicos subyacentes no se comprenden completamente, aunque la hiperalgesia inducida por opioides de origen central parece ser la causa de los síntomas.



Farmer AD, Gallagher J, Bruckner-Holt C, Aziz Q. Narcotic bowel syndrome. Lancet Gastroenterol Hepatol 2017; 2:361.

# Explicación

- Existen una serie de criterios que nos permiten sospechar del síndrome del intestino narcótico.
- Es importante recalcar que la presencia de patología orgánica subyacente no descarta el diagnóstico, pues el síndrome del intestino narcótico puede presentarse en pacientes usuarios crónicos de opioides con enfermedades digestivas como enfermedad inflamatoria intestinal.

## Criterios diagnósticos

El dolor no responde o empeora al continuar o escalar la dosis de opioides.

La clínica del dolor abdominal empeora al suspender el tratamiento opioide y mejora al reiniciar el tratamiento (“Soar and crash”).

Progresión de la intensidad, la frecuencia y la duración de los episodios de dolor abdominal.

El origen del dolor no puede explicarse por otra causa.

**Pregunta 4:** ¿Cuál de los siguientes tratamientos no forma parte del síndrome del intestino narcótico?

- a) Reducir gradualmente las dosis de opioides.
- b) Naltrexona y Naloxegol.
- c) Dieta y ejercicio.
- d) Duloxetina o venlafaxina.

Respuesta incorrecta

**Inténtelo de nuevo**

¡Respuesta correcta!

b) Naltrexona y Naloxegol.

Siguiente

# Explicación

- Cuando existe la sospecha del diagnóstico de síndrome del intestino narcótico, se debe considerar la reducción gradual de opioides.
- Una piedra angular del tratamiento es el desarrollo de una correcta relación médico-paciente en el contexto de la validación de los síntomas, la educación detallada y el acuerdo mutuo sobre los objetivos de reducción de los síntomas, con el objetivo final de la desintoxicación de opioides.
- Los tratamientos propuestos incluyen la incorporación temprana de terapias no farmacológicas (p. Ej., Reducción del estrés, ejercicio), analgésicos ahorradores de opioides (p. Ej., Antidepresivos), laxantes para controlar el estreñimiento transitorio y derivación para apoyo psicológico. También se suele considerar la rotación de opioides.

- Se inició un descenso progresivo de los opiodes, utilizando analgesia convencional y medicación adyuvante (duloxetina y gabapentina).
- La paciente presentó una buena evolución, con disminución de los episodios de dolor abdominal y posibilidad de regresar a sus actividades habituales.

**Siguiente**

## *Para saber más....*

- Tuteja AK, Biskupiak J, Stoddard GJ, Lipman AG. Opioid-induced bowel disorders and narcotic bowel syndrome in patients with chronic non-cancer pain. *Neurogastroenterol Motil* 2010; 22:424.
- Farmer AD, Gallagher J, Bruckner-Holt C, Aziz Q. Narcotic bowel syndrome. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017; 2:361.

**Siguiente**



# Ha finalizado el caso clínico.

## Caso clínico de Dolor Abdominal

Dra. Claudia Barber Caselles. Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Dr. Luis Gerardo Alcalá. Hospital Universitario Vall d'Hebron.