



Resumen

Describimos el caso de un paciente adulto joven con falla intestinal debida a síndrome de intestino corto por isquemia mesentérica quien requirió trasplante de intestino aislado con resultados post operatorios favorables.

Este es el primer caso de trasplante de intestino realizado por el grupo de trasplante de la Funda Valle del Lili (FVL), en un caso de intestino corto.

Introducción

El síndrome de intestino corto es una entidad clínica poco frecuente en donde hay pérdida de la anatomía integral en la superficie intestinal. Ocurre en su mayoría por isquemia mesentérica, enfermedad de Crohn y enteritis por radiación. Debido a su complejidad, el manejo de estos pacientes constituye un reto en el mantenimiento de un adecuado estado nutricional y electrolítico mediante Nutrición Parenteral Total, de la cual se derivan diversas complicaciones que obligan a buscar otras estrategias de manejo, entre las cuales se encuentra la técnica de alargamiento intestinal y el trasplante intestinal que puede ser aislado o en bloque.

Caso Clínico

Paciente masculino de 18 años de edad con antecedente de laparotomía por peritonitis hace 3 años, que consultó por obstrucción intestinal de manejo quirúrgico por el cual estuvo hospitalizado en la FVL durante 14 meses con múltiples complicaciones, que lo llevaron a resección intestinal, con múltiples reintervenciones (7 intervenciones) y abdomen abierto con VAC, finalmente se logró control de la isquemia con remanente intestinal de 30cm, muñón duodenal y gastrostomía descompresiva, se descartan trombofilias y autoinmunidad, declarándose síndrome de intestino corto y falla intestinal. En los 14 meses de hospitalización completó 441 días de TPN, desarrollando complicaciones como bacteremia, transaminitis, colestasis y desnutrición proteico calórica. Considerándose que no se podría continuar la TPN se decide tratar con el paciente y la familia la alternativa de un trasplante de intestino aislado, dando su aceptación e ingresando a protocolo pre trasplante.

El trasplante se realizó el 16-Feb-2015 con donante fallecido de 33 años con muerte cerebral por trauma craneoencefálico por HPAF, la isquemia fue de 4.5 hrs. Se realizó inducción con Timoglobulina el día del trasplante, y dos días después, con esteroides y Ganciclovir como profilaxis. El seguimiento postoperatorio, se realizó con biopsia de protocolo y LSA semanal, durante la hospitalización. En el postoperatorio se presentó una neumonía basal izquierda, con manejo satisfactorio, no se evidenció rechazo agudo, fue dado de alta dos meses después, tolerando la vía oral. Durante el seguimiento mensual, ingreso por urgencias con cetoacidosis diabética, con glicemia de 700, se manejo realizándose cambio de esquema de insulinas. Con biopsia que mostro rechazo agudo en ese momento, adicionándose pulso de esteroides, en la siguiente biopsia no se evidenció rechazo. El paciente continuó seguimiento por consulta externa mensual, actualmente próximo a su séptimo control, con evolución satisfactoria, tolerando la vía oral sin yeyunostomía con ileostomía de bajo gasto pendiente de cierre, en un régimen de inmunosupresión de tacrolimus, everolimus y bajas dosis de esteroides.

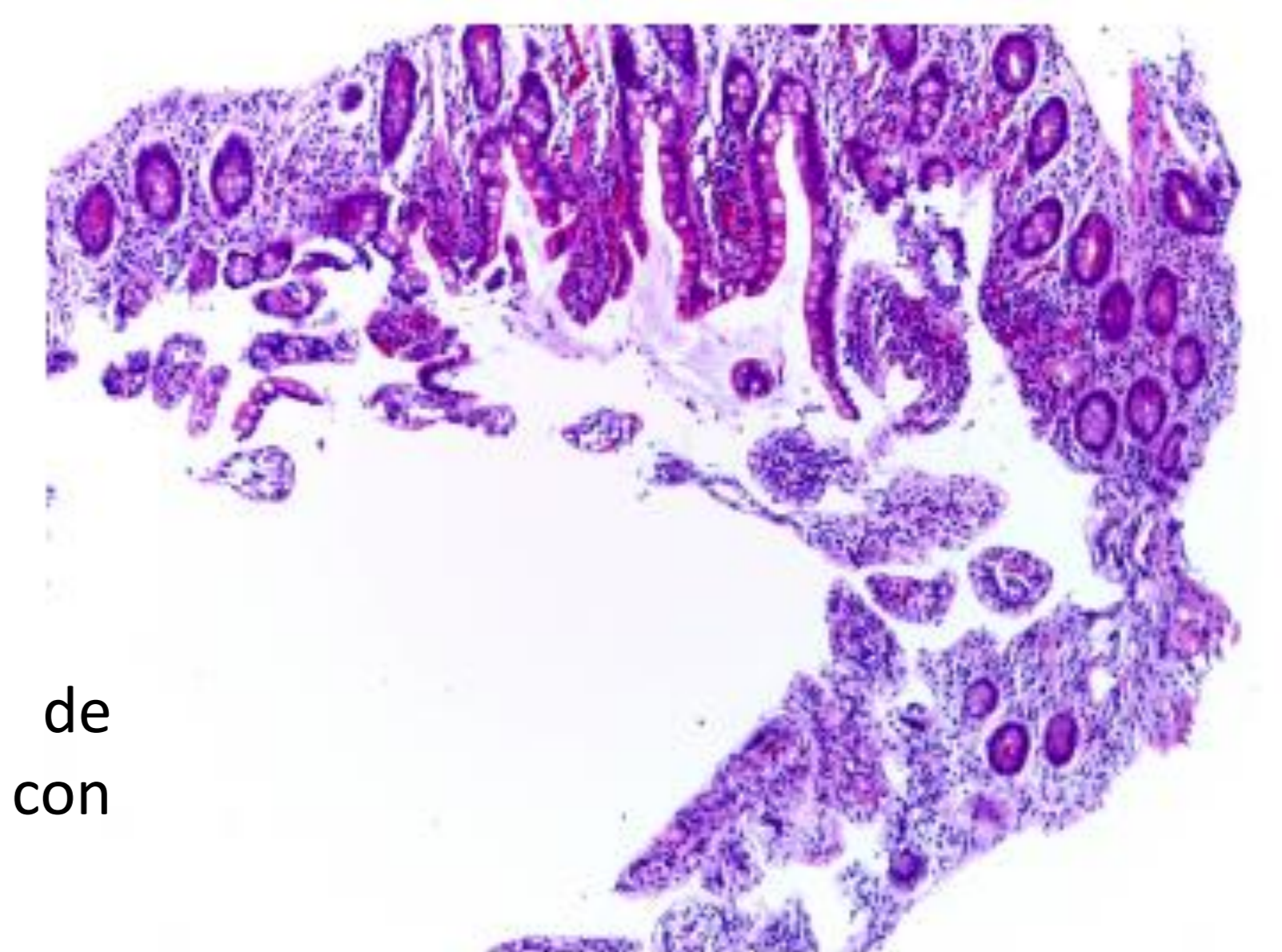
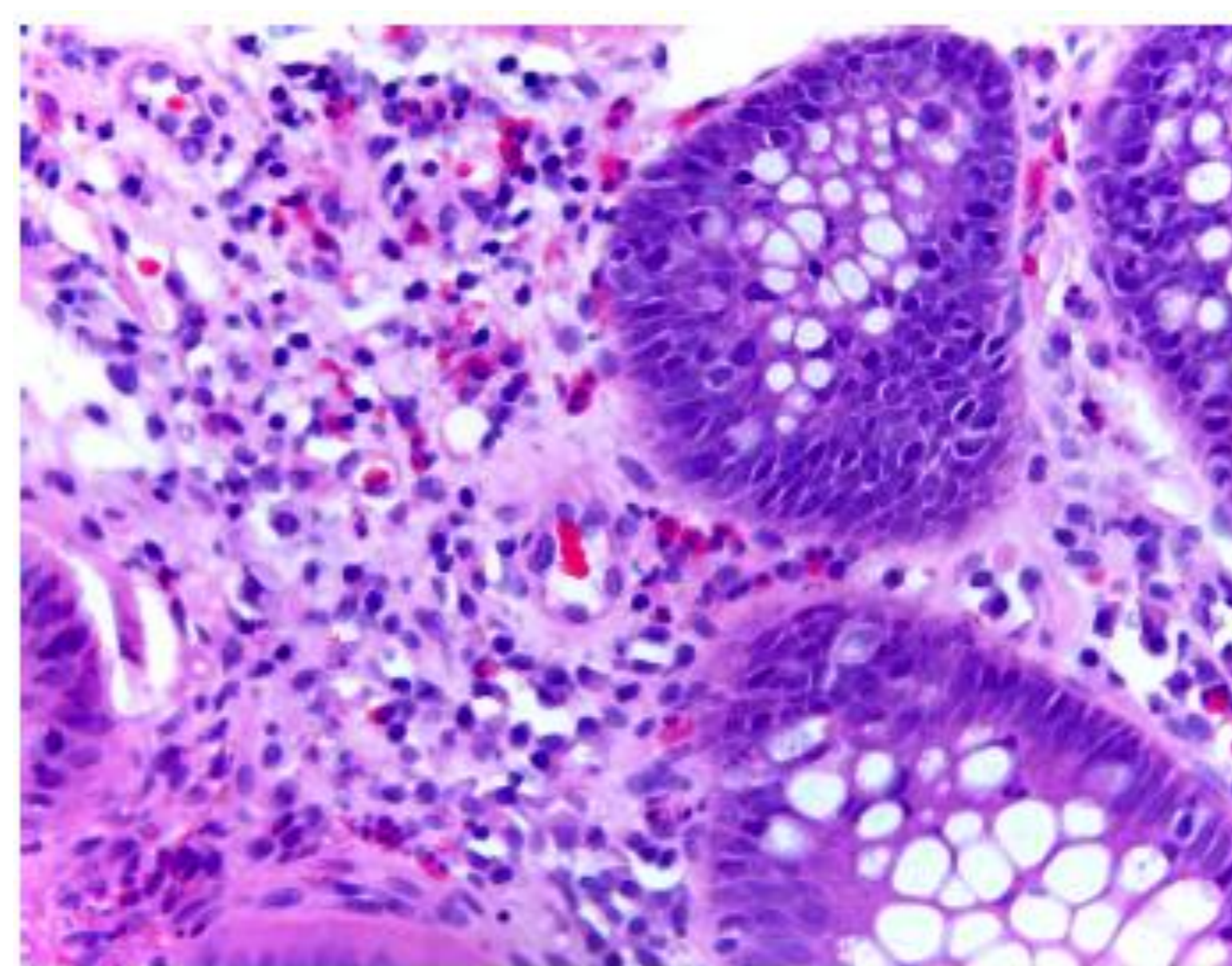


Foto 1 y 2 biopsia de intestino trasplantado con rechazo agudo

Discusión

El trasplante de intestino es una estrategia quirúrgica fundamental hoy en día para los pacientes con falla intestinal, donde las estrategias de alargamiento intestinal no son viables y las complicaciones derivadas de la TNP son hasta del 30%, siendo las principales: sepsis, coledocitis y enfermedad hepática.

A nivel mundial se ha demostrado mejoría de la supervivencia a 1 año hasta del 93%, con un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes trasplantados. En Colombia se tiene la experiencia en 9 centros, con buenos resultados clínicos, supervivencia del injerto y adecuada recuperación nutricional, obteniendo resultados hasta el momento comparables con los centros especializados a nivel mundial. El éxito del caso presentado se debe al avance del grupo de trasplantes y del equipo multidisciplinario del que depende el cuidado.

Bibliografía

1. Yildiz, B. D. (2012). Where are we at with short bowel syndrome and small bowel transplant. *World Journal of Transplantation*, 2(6), 95–103. <http://doi.org/10.5500/wjt.v2.i6.95>
2. Small bowel transplant: an evidence-based analysis. (2003). *Ontario Health Technology Assessment Series*, 3(1), 1–72.
3. Goulet, O., Ruemmele, F., Lacaille, F., & Colomb, V. (2004). Irreversible intestinal failure. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 38(3), 250–269.
4. DeLegge, M., Alsolaiman, M. M., Barbour, E., Bassas, S., Siddiqi, M. F., & Moore, N. M. (2007). Short bowel syndrome: parenteral nutrition versus intestinal transplantation. Where are we today? *Digestive Diseases and Sciences*, 52(4), 876–892. <http://doi.org/10.1007/s10620-006-9416-6>
5. Dijkstra, G., Rings, E. H. H. M., van Dullemen, H. M., Bijleveld, C. M. A., Meessen, N. E. L., Karrenbeld, A., ... Ploeg, R. J. (2005). [Small bowel transplantation as a treatment option for intestinal failure in children and adults]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 149(8), 391–398.