

■ CASO CLÍNICO

Manejo del estreñimiento crónico con probióticos

Management of chronic intestinal constipation with probiotics

P. Rosón Martín

Licenciada en farmacia. Doctorado en Medicina. Oficina de Farmacia Isabel Rodríguez Argüelles. Nava (Asturias).

Introducción

El estreñimiento es un trastorno gastrointestinal común que afecta a pacientes de todas las edades. De hecho, los laxantes se han usado para mejorar esta afección durante más de 2.000 años, y por más tiempo, si cabe, el abuso o el mal uso de éstos. La toma excesiva o innecesaria de laxantes conduce a un círculo vicioso, con la perpetuación de su abuso y el aumento de la dosis, acompañado todo ello por severas alteraciones clínicamente evidentes.

El abuso de laxantes es particularmente notable cuando éstos tienen un mecanismo de acción estimulante, frente a otros, como los osmóticos o los laxantes que incrementan la masa del bolo fecal. La utilización de laxantes estimulantes acaba frecuentemente por constituir un hábito que conduce a un uso abusivo. Una de las consecuencias de ello es la malabsorción de electrólitos y nutrientes¹. También se han observado daños histológicos y del músculo liso en el colon en pacientes que abusan de laxantes estimulantes y catárticos².

Presentación del caso

El caso clínico que se nos presenta en la Oficina de Farmacia (situada en Nava, Asturias) es el de una mujer de 63 años de edad, con estreñimiento crónico y que consume diariamente bisacodilo desde 2008. En la primera entrevista de la intervención farmacéutica pudimos concluir que la paciente presentaba una pérdida de la motilidad intestinal, así como de la motilidad gastroentérica.

Según la paciente, las heces eran escasas y duras. También refería sangrar durante la evacuación, pues presentaba hemorroides internas y externas. La frecuencia de evacuaciones era de 2 o 3 por semana (un promedio semanal máximo de 0,43).

La paciente recibía tratamiento con:

- Lactulosa 30 mL/día para el estreñimiento.
- Esomeprazol 40 mg/día para la prevención de problemas gástricos asociados al uso de antiinflamatorios no esteroideos.
- Amilorida 5 mg/día e hidroclorotiazida 50 mg/día par la hipertensión.
- Lorazepam 5 mg/día como hipnótico y ansiolítico.
- Diosmina (450 mg/día) y hesperidina (50 mg/día) para la insuficiencia venosa crónica.

Además de esta medicación, la paciente se automedicaba con bisacodilo 10 mg/día desde 2008.

Fecha de recepción: 31/05/2012. Fecha de aceptación: 30/06/2012

Correspondencia: P. Rosón. Camino de Heros, 4, 5.º I, Ala 3. 33401 Avilés (Asturias)

Correo electrónico: pilar.roson@gmail.com

Evaluación

El caso clínico corresponde al de una mujer de mediana edad, que podría describirse dentro del grupo de pacientes que, por desconocimiento sobre las consecuencias del uso continuado de laxantes estimulantes, cronificó el estreñimiento intestinal debido al abuso de éstos³.

La necesidad más imperiosa que se nos plantea es solucionar el estreñimiento crónico, así como suspender el consumo de bisacodilo. El fin último de la intervención era mejorar la salud intestinal de la paciente, lo que incluía un aumento del número de evacuaciones, la disminución de la dureza de las heces y evitar el sangrado durante la evacuación.

Intervención

Se elabora una dieta personalizada rica en fibras solubles e insolubles, y un plan de hábitos higiénicos que incluyen la retirada de bisacodilo, la ingesta de 2 L de agua diaria, así como un aumento de ejercicio físico.

Se instaura un tratamiento con una mezcla comercializada de probióticos que contiene *Bifidobacterium lactis* (75.000 millones), *Lactobacillus paracasei* (1.000 millones), *Lactobacillus plantarum* (4.000 millones) y *Lactobacillus acidophilus* (20.000 millones), utilizando una dosis de choque durante la primera semana, que consiste en la ingesta de dos tomas de la mezcla anteriormente citada. Se continúa con una única dosis diaria de la mezcla de probióticos durante 4 semanas. Este tratamiento se combina con la administración de lactulosa en dosis de 30 mL diarios.

Se realiza un seguimiento farmacoterapéutico semanal durante 40 días, proporcionando a la paciente una tabla en la que ha de anotar los siguientes datos:

- Número de defecaciones diarias.
- Ingestas de bisacodilo.
- Ingestas de lactulosa.
- Ingestas de probióticos.
- Número de sangrados durante la evacuación.
- Dureza de las heces: valoración de la dureza en una escala de 1 a 5 (1, más dureza; 5, menos dureza).
- Mejora de la motilidad intestinal: valoración en una escala de 1 a 5.
- Mejora de la mejora de la motilidad gastroentérica: valoración en una escala de 1 a 5.

Resultados de la intervención

Tras la primera semana, la paciente refiere hacer una media de 1,57 defecaciones diarias, sin ninguna ingesta de bisacodilo; toma 30 mL de lactulosa al día y la dosis de choque de probióticos; no aprecia diferencias en la consistencia de las heces, que continúan siendo duras (1, según la valoración de la escala empleada), pero sí una mejora en la motilidad intestinal (2); no observa ninguna mejora del reflejo gastroentérico (1), y presenta un sangrado durante la evacuación. La pérdida de peso es de 0,7 kg, y su índice de masa corporal (IMC) pasa de 32,1 a 31,7. Los resultados de la segunda semana son: 1,42 defecaciones diarias, sin ninguna ingesta de bisacodilo, con 30 mL de lactulosa y dosis simple de probióticos; disminución de la dureza de las heces (3), mejora de la motilidad intestinal (3), ausencia de sangrado a la evacuación, pero no se experimenta mejora en el reflejo gastroentérico (1). La pérdida de peso es de 1 kg, pasando a un IMC de 31,3.

Durante la tercera semana se obtiene lo siguiente: 1,14 defecaciones diarias, sin ninguna ingesta de bisacodilo, con 30 mL de lactulosa y dosis simple de probióticos; disminución de la dureza de las heces (4), mejora de la motilidad intestinal (3) y ausencia de sangrado durante la evacuación. Sigue sin apreciarse mejora en el reflejo gastroentérico (1). La pérdida de peso es de 0,6 kg, pasando a un IMC de 30,5.

A lo largo de la cuarta semana se obtiene una media de 1,71 defecaciones diarias, sin ninguna ingesta de bisacodilo, con 30 mL de lactulosa y dosis simple de probióticos; disminución de la dureza de las heces (5), mejora de la motilidad intestinal (4) y ausencia de sangrado durante la evacuación. Se presenta una leve mejora del reflejo gastroentérico (2). La pérdida de peso es de 0,4 kg, pasando a un IMC de 30,3.

Se da por concluido el tratamiento con probióticos.

En la quinta semana se obtiene una media de 1,66 defecaciones diarias, sin ninguna toma de bisacodilo y con 30 mL de lactulosa. Sigue apreciándose una disminución de la dureza de las heces (5), mejora de la motilidad intestinal (4) y ausencia de sangrado durante la evacuación. La mejora en el reflejo gastroentérico sigue siendo leve (2). La pérdida de peso es de 0,4 kg, pasando a un IMC de 30,1 (figura 1).

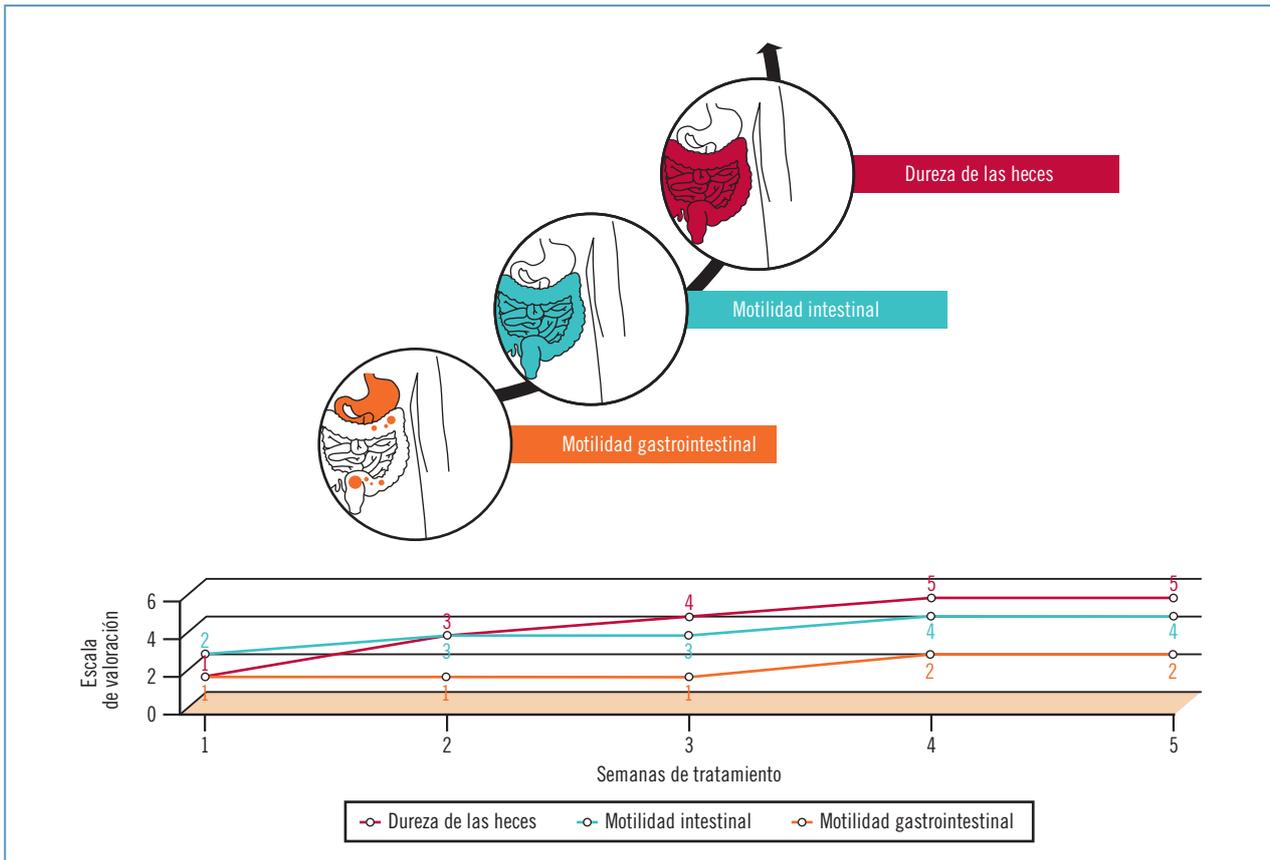


Figura 1. Evolución de parámetros

El promedio total de defecaciones durante el seguimiento farmacoterapéutico fue de 1,5 por día.

Discusión

El abuso de laxantes estimulantes puede tener consecuencias clínicas negativas, que incluyen no sólo alteraciones intestinales, sino también endocrinas, debido al aumento de la aldosterona, lo que conlleva un desequilibrio electrolítico, que en el caso que nos ocupa puede repercutir de forma notoria, dado que la paciente está siendo tratada con diuréticos para la hipertensión^{1,4}.

Por ello, la primera medida que se toma es la retirada del bisacodilo. Además, se instauran unos hábitos higiénicos que tienen como objetivo mejorar la motilidad intestinal (aumento de fibra en la dieta, ingesta suficiente de líquidos y ejercicio físico). El tratamiento con lactulosa no se modifica, pues éste, además de ser correcto, constituye un complemento para el tratamiento con probióticos⁵.

La utilización de diversas mezclas de probióticos en casos de estreñimiento es relativamente frecuente, con las que se obtienen resultados positivos en cuanto a motilidad intestinal, dureza de las heces y facilidad de evacuación^{6,7}.

Existen diversas mezclas de probióticos comercializadas en la actualidad. La fórmula utilizada en el caso que nos ocupa fue elegida según criterios establecidos para la eficacia de los probióticos: ser de origen humano, sobrevivir en las condiciones de la parte alta del tubo digestivo y tener mecanismos específicos de adhesión a la mucosa intestinal. También se tuvo en cuenta la presencia en dicha fórmula de prebióticos (arabinogalactoligosacáridos y beta-glucanos). El tratamiento con lactulosa fue mantenido por esta razón, ya que este fármaco actúa también como prebiótico.

La duración del tratamiento con probióticos se calculó para 30 días con objeto de asegurar la reconstitución de la microflora intestinal⁷, así como para dar tiempo a la paciente de adquirir hábitos higiénicos saludables.

El aspecto más controvertido del tratamiento fue decidir la dosis inicial de probióticos, ya que, si bien la acción de éstos es dosis-dependiente y diferente para cada cepa⁸ y la fórmula probiótica elegida cumplía con dicho criterio (dosis mínima de unidades formadoras de colonias para conseguir un efecto terapéutico), se consideró que podía ser necesaria una dosis doble inicial, dado que se partía de una situación especialmente comprometida debido al daño previo causado por el abuso continuado muy a largo plazo de laxantes estimulantes (figura 2).

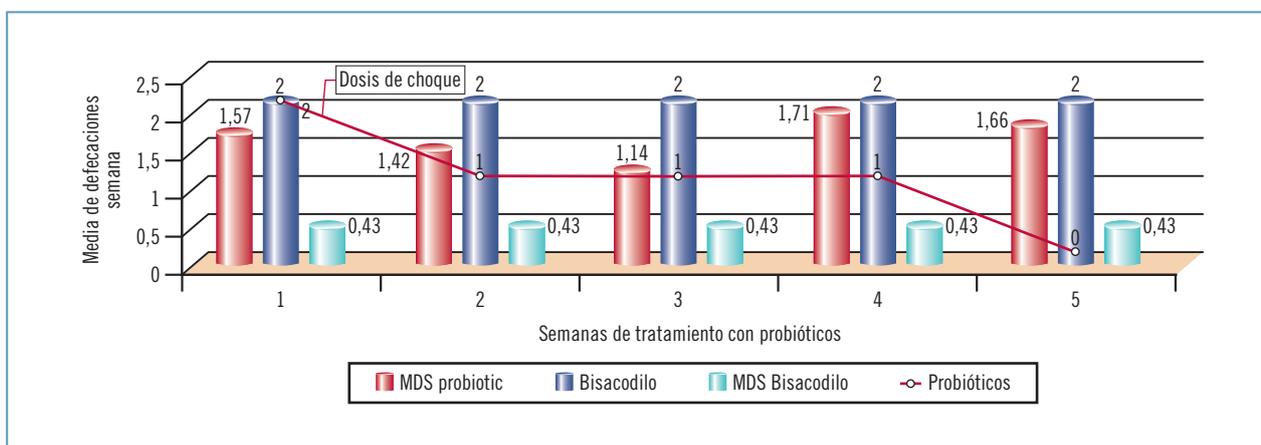


Figura 2. Media semanal de defecaciones frente a bisacodilo. MDS probiótico: media de defecaciones por semana con probióticos; MDS bisacodilo: media de defecaciones por semana con bisacodilo

Bibliografía

1. Roerig JL, Steffen KJ, Mitchell JE, Zunker C. Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management. Fargo, North Dakota: Department of Clinical Neuroscience, University of North Dakota School of Medicine and Health Sciences, 2010; 70(12): 1.487-1.503.
2. Joo JS, Ehrenpreis ED, González L, Kaye M, Breno S, Wexner SD, et al. Alterations in colonic anatomy induced by chronic stimulant laxatives: the cathartic colon revisited. *J Clin Gastroenterol.* 1998; 26(4): 283-286.
3. Roerig JL, Steffen KJ, Mitchell JE, Zunker C. Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs.* 2010; 70(12): 1.487-1.503.
4. Beubler E. Influence of chronic bisacodyl treatment on the effect of acute bisacodyl on water and electrolyte transport in the rat colon. *J Pharm Pharmacol.* 1985; 37(2): 131-133.
5. Ouwehand AC, Tiihonen K, Saarinen M, Putaala H, Rautonen N. Influence of a combination of *Lactobacillus acidophilus* NCFM and lactitol on healthy elderly: intestinal and immune parameters. *Br J Nutr.* 2009; 101(3): 367-375.
6. Riezzo G, Orlando A, D'Attoma B, Guerra V, Valerio F, Lavermicocca P, et al. Randomised clinical trial: efficacy of *Lactobacillus paracasei*-enriched artichokes in the treatment of patients with functional constipation: a double-blind, controlled, crossover study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012; 35(4): 441-450.
7. Del Piano M, Carmagnola S, Anderloni A, Andorno S, Ballarè M, Balzarini M, et al. The use of probiotics in healthy volunteers with evacuation disorders and hard stools: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *J Clin Gastroenterol.* 2010; 44 Supl 1: 30-34.
8. Waller PA, Gopal PK, Leyer GJ, Ouwehand AC, Reifer C, Stewart ME, et al. Dose-response effect of *bifidobacterium lactis* HN019 on whole gut transit time and functional gastrointestinal symptoms in adults. *Scand J Gastroenterol.* 2011; 46(9): 1.057-1.064.