

Sobrecrecimiento Bacteriano como Etiología de Dolor Crónico No Oncológico Visceral

Small Bowel Bacterial Overgrowth a Cause of Visceral Noncancer Chronic Pain

Miranda, Juan Pablo ⁽¹⁾; Jiménez, Leonella ⁽²⁾; Quezada, Pablo ⁽²⁾; Caballero, Pablo ⁽²⁾.

Resumen

El dolor visceral crónico se produce por la distensión de los receptores neuronales localizados en las mucosas de los distintos órganos del aparato digestivo, presentándose clínicamente como un dolor con una localización difusa, con intensidad moderada a severa, que se describe generalmente de tipo cólico. Presentamos un caso clínico de una paciente con que consultó por un dolor crónico no oncológico de tipo visceral con componente neuropático, cuya causa etiológica correspondió a sobrecrecimiento bacteriano intestinal. Por lo que debemos considerar esta patología como etiología de un dolor visceral crónico.

Palabras claves: Dolor crónico, dolor visceral, sobrecrecimiento bacteriano intestinal.

Abstract:

Chronic Visceral pain is caused by the distension of neuronal receptors located in the lining the digestive organs, clinically presenting as pain with a diffuse localization and moderate to severe intensity, usually is described colicky.

We present a case report a patient who presented with chronic noncancer visceral pain with neuropathic component, which accounted etiology Small intestinal bacterial overgrowth. We must consider this disease as a cause of chronic visceral pain.

Keywords: chronic pain, visceral pain, Small bowel bacterial overgrowth.

(1) Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Departamento Medicina. Hospital Clínico Universidad de Chile y Centro Manejo Dolor. Clínica Universidad de Chile Quilín.

(2) Facultad de Medicina. Universidad de Chile

Introducción

El dolor crónico no oncológico es uno de los principales motivos de consulta médica a nivel mundial, se estima que el 20% de la población lo padece, afectando tanto al paciente como a su familia. En Estados Unidos, según los resultados de la Encuesta de Dolor basada en tipo de población demostró que un 33% lo presenta y que solamente un 63% de ellos consulta a un profesional (1). El padecer un dolor crónico generalmente se traduce en una disminución de la calidad de vida, lo que se ha confirmado en estudios intencionales que nos muestran que alrededor del 80% de quienes presentan dolor crónico no oncológico, la sola presencia de dolor los afecta negativamente en su desempeño funcional diario (2), debido a esto, es de interés conocer los distintos tipos de dolor crónico no oncológico y su adecuado manejo.

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor crónico no oncológico como aquel dolor que no tiene valor biológico aparente y que ha persistido por un tiempo mayor al que el organismo requiere para sanarse alguna noxa, periodo usualmente establecido en forma arbitraria en 3 meses (3). Existen dos principales tipos de dolor; el nociceptivo que se define como aquel dolor que origina como resultado de la activación de la vía nociceptiva aferente por alguna noxa y el dolor neuropático, que se origina como consecuencia de la actividad anormal neuronal secundaria a alguna patología, teniendo estos tipos de dolor características clínicas descritas de forma específica para cada uno de ellos (1-3). El dolor de tipo nociceptivo se describe que puede ser somático o visceral. Siendo este último generado por la distensión de los receptores neuronales localizados en las mucosas de los distintos órganos del aparato digestivo, presentándose clínicamente como un

dolor con una localización difusa, con intensidad moderada a severa, que se describe generalmente de tipo cólico (3). Presentamos un caso clínico de una paciente que consultó por un dolor crónico no oncológico de tipo visceral con un componente neuropático.

Caso Clínico

MPM, paciente de sexo femenino de 22 años con antecedentes de espina bífida con cirugía al año de edad, xifoescoliosis severa, vejiga neurogénica con infecciones del tracto urinario a repetición, trastorno motor de extremidad inferior izquierda con parálisis de musculatura distal de dicha extremidad y atrofia de musculatura de extremidad ipsilateral, dolor neuropático lumbar de larga data, con desrealización secundaria al uso de pregabalina.

La paciente refiere presentar desde julio de 2012, episodios irregulares de dolor crónico no oncológico tipo visceral intensidad severa EVA 8/10 mm, con componente neuropático DN4 7/10, localizado principalmente en región epigástrica, de carácter punzante, tipo cólico, con sensación de plenitud poistprandial y distensión abdominal, con mala respuesta a antiespasmódicos orales. Evoluciona con intensificación y aumento de la sintomatología en frecuencia e intensidad, hasta octubre de 2012, cuando presenta episodios semanales de la sintomatología antes descrita, con intensidad EVA 10/10 mm, persistiendo el componente neuropático DN4 7/10, localizándose de forma difusa en abdomen y asociándose esta vez a un aumento del hábito intestinal.

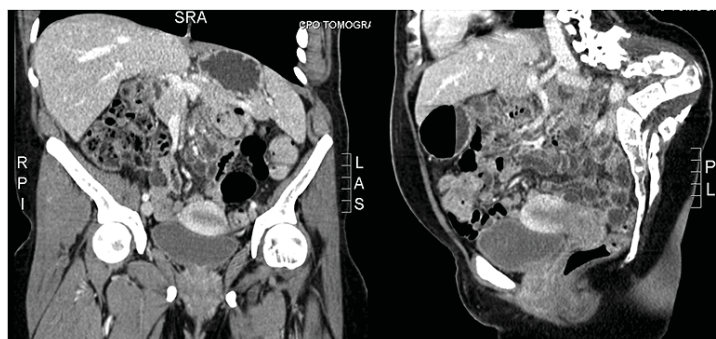
La paciente comienza a consultar al servicio de urgencias en reiteradas ocasiones, recibiendo anticolinérgicos y antiespasmódicos, realizándose estudio con TAC de Abdomen y Pelvis, descartándose cuadros quirúrgicos y/o patologías asociadas, evoluciona con mala respuesta analgésica, que la lleva a consultar a distintos profesionales.

En diciembre de 2012 se realiza estudio dirigido con: Ecografía Abdominal, en la cual no se encontraron hallazgos patológicos. Radiografía de Abdomen Simple: intestino delgado de calibre normal y colon con escaso material estercoráceo. Endoscopia Digestiva Alta: gastropatía erosiva antral leve, Test Ureasa negativo. Parasitológico Seriado de Deposiciones: Blastocystis Homoninis, la cual se decide tratar con antibioticoterapia con metronidazol por 7 días, evolucionando favorablemente del punto de vista analgésico con disminución de sus crisis de dolor crónico no oncológico visceral, con frecuencia de 1 o 2 episodios mensuales y con normalización de su hábito intestinal.

En marzo de 2013, nuevamente presenta dolor abdominal visceral de similares características antes descritas, asociándose esta vez dificultad para evacuar deposiciones, gran distensión abdominal y sensación de ocupación rectal sin lograr control de esfínter anal, lo que lleva a uso de enemas y maniobras locales. Durante abril de 2013 presenta crisis de dolor crónico no oncológico de gran intensidad, por lo que se decide hospitalizar para manejo y tratamiento. Ingres a hemodinámicamente estable, con dolor abdominal antes descrito EVA 10/10, DN4 7/10, al examen físico de ingreso destacaba intenso dolor, la palpación superficial y profunda en hemicólon superior con un abdomen distendido, asociado a timpanismo difuso sin otros elementos de patología. Se inicia analgesia endovenosa con metamizol, tramadol y aumento de las dosis de gabapentina, sin obtenerse respuesta analgésica

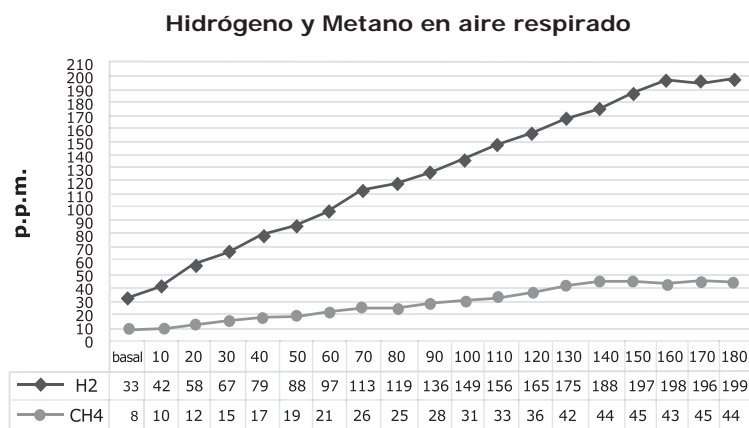
adecuada. Se realiza nueva Tomografía de Abdomen y Pelvis que mostró distensión intestinal, luxación anterior de L3 sobre L4, sin otros hallazgos patológicos (Figura 1).

Figura 1. Tomografía Abdomen y Pelvis: muestra distensión de asas intestinales y luxación anterior de L3 sobre L4.



Se solicita evaluación por gastroenterología, quienes sugieren proseguir estudio con Tránsito Intestinal con Marcadores: tránsito orocecal normal y Test de Hidrógeno espirado con lactulosa, el cual resultó concordante con sobrecrecimiento bacteriano intestinal (Figura 2).

Figura 2. Test de hidrógeno y metano en aire espirado con lactulosa: muestra curva concordante con sobrecrecimiento bacteriano intestinal, con tiempo orocecal de 70 minutos (Valor normal: 80 – 100 minutos), con flora colónica predominantemente productora de hidrógeno.



Se evalúa por Neurología y Unidad de Piso Pélvico, determinándose que patologías crónicas de la paciente no eran causa de la patología dolorosa actual, por lo que impresionó el caso concordante con dolor crónico no oncológico visceral con componente neuropático en contexto de Sobrecrecimiento Bacteriano Intestinal. Se inicia antibioticoterapia con ceftriaxona y metronidazol por 7 días, evolucionando con adecuada respuesta analgésica, disminución de la distensión abdominal y normalización del hábito intestinal. Se otorga alta médica a la paciente sin dolor y en buenas condiciones generales.

Discusión

El Sobrecrecimiento Bacteriano Intestinal (SBI) es una condición en la cual flora nativa o no nativa se encuentran presente en mayor cantidad a lo fisiológico a nivel de intestino delgado, resultando en un exceso de fermentación, inflamación y/o mala absorción. Esta enfermedad se produce generalmente en pacientes con anomalías anatómicas o trastornos de motilidad entre otras (4). En un individuo sano, las bacterias entéricas colonizan el tracto gastrointestinal dentro del primer año de vida, manteniéndose constante su cantidad durante la vida, pero se describe que pueden aumentar en cantidad provocando un sobrecrecimiento bacteriano intestinal, que se presenta clínicamente con sintomatología poco específica, dentro de los que se destacan sensación de distensión abdominal, flatulencia, plenitud post-pandrial, meteorismo, dolor abdominal, esteatorrea, alteraciones del hábito intestinal entre otras e incluso se puede asociar a disminución de peso secundario síndrome de mala absorción y/o baja ingesta calórica del paciente por la molestia de los síntomas digestivos (5-6). El sobrecrecimiento bacteriano ha sido descrito en 20-22% de sujetos sanos mediante test de nitrógeno espirado con lactulosa. La presencia de síntomas mas un test espirado positivo apoya la decisión de tratar 6-8.

Ante la sospecha de SBI, se puede solicitar un test de hidrógeno y metano en aire espirado con lactulosa, siendo el tratamiento de esta patología la antibioticoterapia con metronidazol, ceftriaxona y/o rifaximina y el manejo de la causa por ejemplo de alguna alteración anatómica (9-10).

En el caso clínico antes descrito observamos que el síntoma principal de la paciente fue un dolor crónico no oncológico visceral, que motivó la realización múltiples consultas y exámenes dentro de los cuales no se encontraban mayores alteraciones que los antecedentes propios de la paciente, si analizamos el contexto de la paciente, presenta una severa anomalía anatómica de su cavidad abdominal dada por la espina bifida con xifoescoliosis severa y que pese al manejo del componente neuropático de su dolor manejado con gabapentinoides, interpretado como secundario a su patología neurológica de base, no se obtuvo mayor respuesta analgésica. Si se analizaba el dolor con mayor detención y la cronología de los síntomas gastrointestinales presentados, se logró sospechar el SBI como posible etiología de la afección, que una vez hecho el diagnóstico y el tratamiento adecuado, permitió la remisión de la sintomatología, lográndose la recuperación de la paciente. Este caso clínico nos muestra que frente a un paciente con dolor crónico no oncológico de tipo visceral, asociado a sintomatología digestiva inespecífica con factores de riesgo como anomalías anatómicas, se debería tener la sospecha diagnóstica de SBI. Debido a que podemos incurrir en subdiagnóstico de la patología etiológica de la sintomatología presentada, cronificando el cuadro y con ello comprometiendo la calidad de vida de nuestros pacientes.

Los autores no presentan conflictos de intereses ni han recibido apoyo financiero para el desarrollo de esta investigación

Referencias Bibliográficas

- (1) Brookoff D. Chronic pain: 1. A new disease? *Hosp Pract* (1995). Jul 15; 35(7):45-52, 59 (2000).
- (2) Vo, P, Marx, S, Penles, L. Health-related quality of life (HRQoL) among patients experiencing acute and chronic moderate-to-moderately-severe pain: results from a survey of 606 pain patients in the United States. Paper presented at: American Pain Society Annual Meeting; May 8-10; Tampa, Florida (2008)
- (3) Institute for Clinical Systems Improvement. Assessment and Management of Chronic Pain. November 2009. Available at: www.icsi.org (Acceso Julio 30, 2013).
- (4) Bohm M, Siwiec RM, Wo JM. Diagnosis and management of small intestinal bacterial overgrowth. *Nutr Clin Pract*. Jun;28(3):289- 992 (2013).
- (5) Hutyra T, Iwanczak B. Small bowel bacterial overgrowth: Pathogenesis, symptoms, diagnosis, and treatment. *Adv Clin Exp Med*; 18(2):177 (2009).
- (6) Quera R, Quigley E, Madrid A. Sobrecrecimiento Bacteriano Intestinal. *Rev Méd Chile*; 133:1361-70 (2005).
- (7) Muñoz P, Collado H, Landskron G, Gonzalez J, Massardo T. Actualización en sobrecrecimiento bacteriano intestinal y dificultades en su diagnóstico. *Rev Hospital Clínico Universidad de Chile*; 23:134-8 (2012).
- (8) Collins BS, Lin HC. Chronic abdominal pain in children is associated with high prevalence of abnormal microbial fermentation. *Dig Dis Sci*. Jan; 55(1):124-30 (2010).
- (9) Grover M, Kanazawa M, Palsson OS, Chitkara DK, Gangarosa LM, Drossman DA, Whitehead WE. Small intestinal bacterial overgrowth in irritable bowel syndrome: association with colon motility, bowel symptoms, and psychological distress. *Neurogastroenterol Motil*. Sep;20(9):998-1008 (2008).
- (10) Grace E, Shaw C, Whelan K, Andreyev HJ. Review article: small intestinal bacterial overgrowth prevalence, clinical features, current and developing diagnostic tests, and treatment. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013 Aug 20. [Epub ahead of print]

Correspondencia:

Dr. Juan Pablo Miranda
 Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos
 Hospital Clínico Universidad de Chile
 Santiago - Chile
 E-Mail: juanpablomirandaolivares@gmail.com