

# REMISIÓN CLÍNICA EN PACIENTE CON RESERVORIO ILEONAL EN TRATAMIENTO CON EL PROBIÓTICO VIVOMIXX®

Dr. José Joaquín Ramírez Palanca. Servicio Aparato Digestivo.  
Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Valencia.

## 1. Presentación del caso

Mujer de 59 años, diagnosticada en 1981 de Colitis Ulcerosa, a la edad de 26 años. En el año 2000 es sometida a proctocolectomía y reconstrucción con reservorio ileoanal por comportamiento corticodependiente con ausencia de respuesta a azatioprina. No presentaba otras patologías.

Fue controlada en Consulta Externa de Cirugía General hasta que se remite al Servicio de Aparato Digestivo en abril de 2002. Se le había realizado exploración endoscópica del reservorio ileoanal (RIA) en noviembre de 2001 que se informó como normal. Recibía como tratamiento Loperamida, Colestipol, Plantago Ovata y Omeprazol 20 mg. En aquel momento, la paciente refería deterioro clínico durante los últimos meses.

A partir de ese momento se realizaron varias endoscopias con diagnósticos de reservoritis aguda y se trató con diferentes antibióticos, fundamentalmente con Metronidazol o Ciprofloxacino, hasta en seis ocasiones en los últimos años con buena respuesta clínica aunque sin significativa mejoría de la calidad de vida, según opinión de la paciente.

La paciente refería presentar de forma habitual entre 8 y 10 deposiciones al día, tanto diurnas como nocturnas precedidas de malestar hipogástrico, con urgencia defecatoria e incluso episodios de incontinencia. Solicitamos endoscopia del reservorio y se inicia ya tratamiento con Ciprofloxacino durante 14 días por problemas con la lista de espera para la realización de la endoscopia.

## 2. Exploración física y pruebas complementarias actuales

- Buen estado general.
- IMC: 24.
- Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos.
- Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, con cicatrices de laparotomía media y de ileostomía temporal. Exploración perianal normal. Tacto rectal en el que se tacta la anastomosis ileoanal. No hay restos hemáticos en el dedil.

### • Analítica:

- *Bioquímica*: Glucosa, Urea, Creatinina, Sodio, Potasio, AST, ALT, GGT, FA dentro de la normalidad. PCR 5 (0-10)
- *Hemograma*: Leucocitos 5.700, Hb 13,2 gr/dl, VCM 85, Plaquetas 239.000 VSG 4 (1-15)
- *Vitamina B12*: 652 pg/ml (180-914) y *Ácido Fólico*: 9 ng/ml (3-12)
- *Calprotectina Fecal*: 470 µg/gr

### • Endoscopia:

Mucosa del remanente rectal *cuff* con mínimo edema, sin erosiones ni úlceras. Se toman biopsias (frasco 2). Reservorio en J amplio y distensible. En el pliegue interasas se aprecian varias úlceras planas sobre mucosa edematosa y friable. El asa eferente muestra una mucosa conservada con una única úlcera plana en su fondo, menor de 10 mm de tamaño. El asa aferente muestra tres pequeñas úlceras superficiales previas al neo íleon terminal (biopsia en frasco 1 de ambas asas). Nos adentramos por este hasta unos 35 cm de margen anal siendo la mucosa normal.

### • Anatomía Patológica:

*Frasco 1*: Fragmentos de mucosa de intestino delgado adaptativa con edema, leve infiltrado de polimorfonucleares neutrófilos y leve atrofia vellositaria.

*Frasco 2*: Fragmentos de mucosa de intestino grueso con leve edema y leve infiltrado inflamatorio crónico, sin evidencia de inflamación aguda. No displasia.



### 3. Diagnóstico

- Reservoritis

### 4. Tratamiento

Como hemos comentado se había administrado Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante 14 días tras los cuales comienza con Vivomixx® sobres, uno al día.

### 5. Evolución

La paciente acudió a consulta tras tres meses de la toma continuada de Vivomixx® manifestando una notable mejoría en su calidad de vida al haber disminuido el número de deposiciones, el malestar abdominal y la urgencia defecatoria. También son menores las noches que tiene que levantarse para defecar y han disminuido los escapes nocturnos (siempre duerme con compresa-pañal). Los valores analíticos no mostraban anomalías y la calprotectina fecal se había reducido a 140 µg/gr. Durante los 18 meses siguientes, la paciente únicamente ha tomado antibióticos (ciprofloxacino) en una ocasión, autoprescrito con idea de mejorar su situación basal en el contexto de un viaje vacacional.

### 6. Discusión

Presentamos un caso representativo de la alteración de la calidad de vida de una paciente portadora de Reservorio ileoanal en el contexto de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. La paciente presenta frecuentes episodios de reservoritis aguda, con respuesta al tratamiento antibiótico pautado en las diferentes agudizaciones y deterioro sintomático a los pocos meses de haberlo finalizado.

Aunque lo ideal hubiera sido disponer de una endoscopia previa a la administración del tratamiento antibiótico, el problema de la lista de espera de nuestras unidades de endoscopia y la necesidad de la paciente de mejorar su situación clínica nos obligó a administrarlo antes de su realización.

Tras la habitual respuesta al ciprofloxacino (muy mala tolerancia a metronidazol por cefalea e importante disgeusia) decidimos ofrecer **mantenimiento de la remisión clínica con el combinado probiótico Vivomixx® sobres** explicando previamente los resultados publicados en la literatura médica y la no financiación por parte de nuestro sistema nacional de salud (este es el motivo por el que se optó por una dosis teóricamente baja). **El resultado ha sido satisfactorio en cuanto a control sintomático y menor necesidad de antibióticos**, tal y como hemos explicado en el apartado anterior, encontrándose la paciente muy satisfecha con su situación actual. Quizás no hayamos alcanzado una remisión profunda de la enfermedad, pero este caso en un ejemplo de que el tratamiento individualizado y consensuado con nuestros pacientes puede suponer una importante mejoría en su calidad de vida.

### 7. Bibliografía

1. Shen B, Fazio VW, Remzi FA et al. Clinical approach to diseases of ileal-pouch-anal anastomoses. Am. J. Gastroenterol. 2005; 100:2796-2807.
2. Ferrante M, Declerck S, De Hertogh G et al. Outcome after proctocolectomy with ileal-pouch anastomosis for ulcerative colitis. Inflamm. Bowel Dis. 2008; 14(1):20-8.
3. Shen B. Acute and Chronic pouchitis-pathogenesis, diagnosis and treatment. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2012;9(6):323-33.
4. Gionchetti P, F Rizzello, U Helwig et al. Prophylaxis of pouchitis onset with probiotic therapy: a double-blind, placebo-controlled trial. Gastroenterology. 2003; 124 (5), 1202-1209.
5. Mimura T, Rizzello F, Helwig U et al. Once daily high dose probiotic therapy (VSL# 3) for maintaining remission in recurrent or refractory pouchitis. Gut 2004; 53 (1), 108-114.