

|                |   |
|----------------|---|
| <b>Caso</b>    | (529) Íleo adinámico severo secundario a psicofármacos  |
| <b>Autores</b> | Roberto Fornell Pérez, Inés Alonso Sánchez, Martín Sainz Aguirre, Carlota García De Andoin Sojo, Maite Urizar Gorosarri, Almudena Quílez Larragán |
| <b>Centro</b>  | Hospital Universitario Basurto  |

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Niña de 13 años con ingreso hospitalario por anorexia nerviosa (índice de masa corporal 12,2 Kg/m<sup>2</sup>), en tratamiento desde el ingreso con Olanzapina, Sertralina y Lormetacepam. El 2º día de estancia comenzó con episodios de diarrea (varias deposiciones diarias) y molestias abdominales leves, sin otra sintomatología. Se realizaron análisis y coprocultivos, sin resultados patológicos.

El 6º día de ingreso la paciente manifestó malestar general e importante dolor abdominal con distensión y timpanismo. La ecografía abdominal se vio muy limitada por la presencia de importante pantalla gaseosa. Ante la sospecha de perforación, se decidió realizar una TC con contraste intravenoso.

En la TC (figura) se objetivó importante dilatación de la práctica totalidad del tracto digestivo hasta recto, más pronunciada en cavidad gástrica (estrella blanca, 105 mm en eje anteroposterior) y marco cólico (ciego 74 mm, transverso 52 mm), con realce mural conservado sin neumoperitoneo ni neumatosis. Existía abundante contenido en toda su longitud, con múltiples focos de patrón “en miga de pan” en intestino delgado e incluso estómago. No se visualizó un punto de obstrucción, alteraciones en la posición de las asas ni líquido libre intrabdominal. La vejiga presentaba asimismo una gran distensión, sin ectasia pieloureteral.

## DISCUSIÓN

Dados los hallazgos en TC, se planteó el diagnóstico de íleo adinámico de probable causa medicamentosa con severa dilatación.

Debido a un rápido empeoramiento analítico la paciente fue trasladada a UCI donde se aportaron medidas de soporte y colocación de sondas rectal y nasogástrica. Además, se decidió retirar del tratamiento todos los psicofármacos. Tras ello, presentó mejoría progresiva de la sintomatología con normalización de la placa simple de abdomen tras 48 horas.

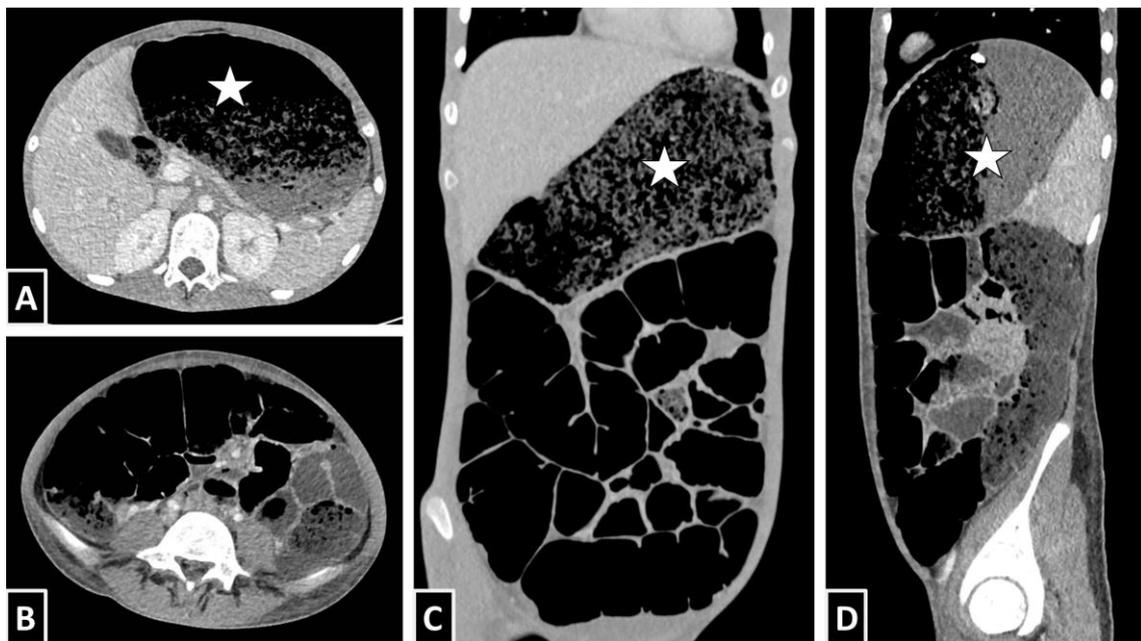
Los efectos secundarios gastrointestinales son relativamente frecuentes con el uso de psicofármacos, en su mayor parte relativamente leves. La contractibilidad intestinal puede verse alterada por mecanismos anticolinérgicos y antiserotoninérgicos, condicionando diarrea, náuseas o estreñimiento. Entre los factores de riesgo de aparición de íleo se ha descrito el sexo femenino, la sobredosificación, los fármacos anticolinérgicos y los opioides. La dificultad de regular la dosis adecuada en los pacientes pediátricos les hace firmes candidatos a la sobredosificación.

Es conocida la relación de los antipsicóticos con múltiples efectos secundarios gastrointestinales, desde leves a muy graves, debidos a la inhibición del músculo liso intestinal y el peristaltismo. Por ejemplo, la Clozapina ha demostrado una marcada relación con la aparición de hipomotilidad intestinal severa, con múltiples casos fatales descritos en la literatura. Como la Clozapina, la Olanzapina pertenece al grupo de antipsicóticos de 2ª generación, con actividad predominantemente anticolinérgica muscarínica. Su relación con efectos secundarios graves digestivos es menos conocida, pero se asocia frecuentemente con enlentecimiento del tránsito, estreñimiento y diarrea.

Por otra parte, los antidepresivos también presentan habitualmente efectos secundarios a nivel digestivo, dado el papel crucial de la serotonina en la regulación de la motilidad intestinal: el tracto gastrointestinal contiene hasta el 95% de los receptores para este neurotransmisor. La Sertralina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, con baja actividad anticolinérgica. A nivel gastrointestinal se asocia frecuentemente con la aparición de diarrea, náuseas y estreñimiento. Existen casos aislados en la literatura de íleo adinámico severo directamente relacionado con su uso.

## CONCLUSIÓN

Es conveniente recordar la relación del íleo adinámico severo con ciertos fármacos, entre ellos los antipsicóticos y ciertos antidepresivos. Aportar dicha posibilidad puede facilitar el tratamiento y la resolución rápida del cuadro.



*Tomografía computarizada abdominopélvica con contraste intravenoso: cortes axiales (A y B), reconstrucción coronal (C) y sagital (D). Puede observarse una importante dilatación gástrica (estrella) e intestinal generalizada, con niveles hidroaéreos y múltiples focos de patrón "en miga de pan", sin un punto de obstrucción*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Chen HK, Hsieh CJ. Risk of gastrointestinal Hypomotility in schizophrenia and schizoaffective disorder treated with antipsychotics: A retrospective cohort study. *Schizophr Res.* 2018;195:237-44. doi: 10.1016/j.schres.2017.10.024

Every-Palmer S, Nowitz M, Stanley J, et al. Clozapine-treated Patients Have Marked Gastrointestinal Hypomotility, the Probable Basis of Life-threatening Gastrointestinal Complications: A Cross Sectional Study. *EBioMedicine.* 2016;5:125-34. doi: 10.1016/j.ebiom.2016.02.020

Ozbilen M, Adams CE, Marley J. Anticholinergic effects of oral antipsychotic drugs of typicals versus atypicals over medium- and long-term: systematic review and meta-analysis. *Curr Med Chem.* 2012;19:5214-8. doi: 10.2174/092986712803530476

Carreiro FT, Coelho SC, Horta AB, et al. Adynamic ileus and diarrhoea: a rare adverse effect of antidepressants. *BMJ Case Rep.* 2015;2015:bcr2014208095. doi: 10.1136/bcr-2014-208095