

Flatulencia: una enfermedad inocua, ¿un tratamiento inocuo?

Sr. Editor:

Partiendo de nuestra experiencia clínica, nos gustaría compartir con otros lectores una serie de reflexiones a propósito del uso de fármacos que llevan como principio activo la cleborida.

Acudió a nuestro servicio una paciente de 28 años por edema lingual y visión borrosa a las 32 horas de inicio de toma de la asociación cleborida/simeticona. Con la sospecha de una reacción alérgica se le administró corticoide y antihistamínico intravenosos, con resolución de los síntomas. Estando en observación la paciente empieza con movimientos de chupeteo y protrusión lingual que cesan a las 2 horas de haberle administrado biperideno.

Usamos la cleborida para tratar los trastornos funcionales digestivos que cursan con aerofagia, meteorismo y digestiones lentas, condiciones que, si bien pueden resultar en deterioro de la calidad de vida del paciente, desde el punto de vista estrictamente médico los consideraríamos de importancia menor, ya que no revisten peligrosidad. La consideración de estos síntomas como simples molestias puede conducirnos a la asociación mental de que los fármacos usados en su tratamiento deben ser inocuos. Son medicamentos seguros, ya que es excepcional que surjan problemas con su uso a dosis recomendadas, si bien conviene recordar uno de sus potenciales efectos secundarios que por lo llamativo de su manifestación puede alarmarnos de entrada: los extrapiramidalismos.

Comentamos únicamente las discinesias orofaciales por ser lo que hemos observado en nuestra experiencia clínica. Consisten en movimientos involuntarios repetitivos de masticación, protrusión lingual, chupeteo, mandibulares o gesticulación facial, que responden completamente a una única dosis de anticolinérgico. El fármaco más usado en su tratamiento es el biperideno vía parenteral (5mg). De ser necesario puede repetirse la dosis cada 30 minutos hasta un máximo de 20 mg¹. Otras opciones de tratamiento son las benzodiacepinas (diazepam 2 a 20 mg parenteral, midazolam 2 mg intravenoso) que producen relajación de la musculatura y pueden asociarse al anterior fármaco².

Los síntomas extrapiramidales generalmente se relacionan con excesos de dosis, minoritariamente aparecen a dosis correctas, lo que parece asociado a ser portador homocigoto de alelos DYP2D6 no funcionantes del citocromo P450, que conducen a la acumulación de fármaco².

La cleborida comparte con la metoclopramida la pertenencia a la misma familia farmacológica y, por tanto, su misma acción antidopaminérgica, por lo que sus efectos secundarios son superponibles. Todos tenemos en mente la posibilidad de un extrapiramidalismo por metoclopramida y neurolepticos, pero en nuestro caso, por la idea subconsciente de fármaco inocuo que hemos comentado y por lo infrecuente del cuadro se nos plantearon dudas diagnósticas. Las reacciones extrapiramidales inducidas por metoclopramida se sitúan entre el 0-2 %³. No hemos encontrado datos sobre la cleborida, pero algunos autores sugieren que es algo mayor, esto podría explicarse por la mayor potencia de su efecto antidopaminérgico a nivel central. Afortunadamente, la ausencia de patología previa y de uso de otros fármacos junto con la edad de la paciente, hizo que nos decidiéramos por la administración del biperideno antes de realizar pruebas complementarias innecesarias.

Pero, ¿qué hubiese ocurrido si se tratase de alguien añoso con comorbilidades asociadas? Pues entonando un mea culpa hemos de reconocer que hubiésemos sospechado organicidad como primera posibilidad y hubiésemos optado por recurrir a más estudios. Esta experiencia nos ha servido como recordatorio de que el tratamiento de síntomas de escasa gravedad no es necesariamente inocuo y que es necesario un conocimiento amplio de los fármacos que usamos así como un enfoque racional del problema a tratar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2010. p. 450-3.
2. Van der Padt A, van Schaik RH, Sonneveld P. Acute dystonic reaction to metoclopramide in patients carrying homozygous cytochrome P450 2D6 genetic polymorphism. *Neth J Med.* 2006; 64 (5): 160-2.
3. Cavero-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa DP, Díez-Fernández A, Notario-Pacheco B. Risk of extrapyramidal side effects comparing continuo vs. bolus intravenous metoclopramide administration: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.

J Clin Nurs. 2015; 24 (23-24): 3638-46.

Galiano-Leis MA, Pascual-Souto MJ

Punto de Atención Continuada de Verín. Hospital
de Verín. Orense. España.

Correo electrónico:
Angeles.Galiano.Leis@sergas.es