



Síndrome de intestino irritable

Autor: Dr. Juan Miguel Abdo Francis, jefe de la Unidad de Gastroenterología Médica del Hospital General de México, profesor de pregrado de gastroenterología de la UNAM y la Universidad Anáhuac, presidente de la Asociación Mexicana de Gastroenterología y presidente de la Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva.

El síndrome de intestino irritable es una afección esencialmente funcional con alteraciones en la motilidad del órgano y la sensibilidad visceral. Estas alteraciones explican la mayoría de los síntomas.

Se tiene conocimiento del síndrome desde el siglo XIX, sin embargo, es en 1965 cuando Truelove y Chaudhary lo definen como colon irritable. En 1978 se llevó a cabo una encuesta en 301 sujetos aparentemente sanos; Heaton y Thompson descubrieron que 5% de los encuestados describió una sintomatología parecida al síndrome de intestino irritable, lo que refleja la prevalencia en forma subclínica de esta entidad nosológica.

Con una mayor información en relación con su patología, cambió el concepto de la ubicación anatómica y se denominó síndrome de intestino irritable (SII), término que se utiliza hasta la fecha. Es un padecimiento muy frecuente que ocupa hasta un tercio de la consulta del especialista. Causa ausentismo laboral en países como Brasil y Estados Unidos. Es más frecuente en mujeres, con una proporción de 4-6 a 1, y se observa más comúnmente en las grandes ciudades, aunque puede afectar a personas del área rural. Su mayor incidencia es durante la cuarta década de la vida y dado que altera la calidad de vida, se considera una enfermedad con impacto socioeconómico alto.

Se considera el más frecuente de los trastornos funcionales digestivos y afecta de 5 a 20% de la población general, con un patrón de distribución mundial. Diversos estudios iniciales establecieron que el SII era un problema común en países occidentales, sin embargo, estudios posteriores en Asia y África determinaron prevalencia mundial. En México, la prevalencia informada por los doctores Schmulson y Valdovinos es de 18%; la afectación que se reporta es entre 15 y 50 años (40%); es una entidad clínica rara en edad pediátrica (10%). ➔

Lecturas sugeridas

1. Ryan C, Goodwin MD, Firooz Amjadi, Richard D, Parker MD. Short-term analgesic effects of intra-articular injections after knee arthroscopy. *Arthroscopy: the Journal of Arthroscopic and Related Surgery* 2005; 21(3); p. 307-312.
2. Terese T, Horlocker M, et al. Analgesia for total hip and knee arthroplasty: a multimodal pathway featuring peripheral nerve block. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 2006;14(3); p. 126-135.
3. Stephens JM, Haider S. Making progress in the management of postoperative pain: a review of the cyclooxygenase 2- specific inhibitors. *Pharmacotherapy* 2004;24; p. 1714-1731.
4. Evan F, Ekman MD, Mona W, Frank A. Analgesic efficacy of perioperative celecoxib in ambulatory arthroscopic knee surgery: a double-blind, placebo-controlled study. *Arthroscopy: the Journal of Arthroscopic and Related Surgery*, 2006;22(6); p. 635-642.
5. Weiker GG, Pippenger CE. Serum lidocaine and bupivacaine levels in local technique knee arthroscopy. *Am J Sports Med* 1991; p. 499- 502.
6. Meining RP, Weidel J, Christie D, Kestin K. Plasma bupivacaine levels following single dose intraarticular instillation for arthroscopy. *Am J Sports Med* 1988 ;16; p. 295-300.
7. Auroy Y, Benhamou D, Bargues L. Major complications of regional anesthesia in France: the SOS Regional Anesthesia Hotline Service. *Anesthesiology* 2002;97;1274-1280.

Estudios actuales permiten establecer que el SII no tiene relación con aspectos ambientales, tipo de comida que se ingiere, patrones culturales o hábitos alimentarios. En un número considerable de pacientes se puede documentar una infancia enfermiza, presencia del padecimiento en alguno de los padres o en ambos, lo que parece orientar hacia una conducta aprendida. En porcentajes de hasta 20% en diversas series publicadas se puede documentar un antecedente de abuso físico, sexual o psicológico.

El incremento en la prevalencia parece estar en relación con un aumento en el interés del tema y mayor conocimiento del síndrome. A pesar de su alta prevalencia, sólo 25 a 30% de los pacientes acude a consulta, lo que, sin embargo, origina 2.4 a 3.5 millones de consulta/anual en Estados Unidos, con un promedio de 2.2 millones de prescripciones anuales.

Sólo uno de cada 20 pacientes suele asistir con el médico durante la presentación inicial de los síntomas. La mayoría acude a consulta únicamente cuando el dolor abdominal, un síntoma cardinal del SII, es muy intenso. Otras causas son miedo al cáncer o factores psicosociales asociados a incapacidad para llevar una vida de trabajo o de relaciones interpersonales adecuadas.

Otro punto importante es el incremento de cirugías innecesarias en estos pacientes; se ha documentado hasta 25% de apendicectomías sin causa justificada. También se puede observar un aumento en las colecistectomías e hysterectomías.

La fisiopatología se basa en la presencia de hiperalgesia visceral, condición en la cual el umbral al dolor está disminuido y/o la respuesta a un estímulo doloroso es de mayor magnitud y duración de lo normal. Estos pacientes presentan, además, alodinia, situación en la que el dolor es producido por un estímulo (mecánico) que normalmente no genera dolor. El mediador bioquímico más importante del SII es la serotonina o 5TH liberada por las células enterocromafines, localizadas hasta en 95% en el tubo digestivo.

Por otro lado, las evidencias de la hiperalgesia son la presencia de dolor a la palpación del marco cólico en forma difusa, reproducción del dolor

por insuflación de aire en sigmoides durante endoscopia e hiperreflexia asociada (espasmo sigmoideo), el hecho de que el dolor es referido hacia áreas somáticas atípicas y que las áreas somáticas referidas son más extensas, así como la respuesta a analgésicos viscerales.

Los criterios de diagnóstico clínico fueron establecidos inicialmente por Manning en 1978; se basaron en la existencia de dolor abdominal que mejoraba con la defecación, heces blandas al iniciarse el dolor, mayor motilidad intestinal al iniciar el dolor, distensión abdominal, presencia de moco en heces y sensación de evacuación incompleta. Éstos fueron sustituidos por los criterios de Roma, siendo los más conocidos en la actualidad los denominados Criterios de Roma II, descritos en 1999 y cuya virtud fue asignar temporalidad a la presencia de los síntomas.

De esta manera, se considera que para el diagnóstico el paciente deberá tener dolor o malestar abdominal por lo menos doce semanas no necesariamente consecutivas en los últimos doce meses y que éste deberá cumplir con dos de los tres criterios siguientes: 1) mejora con la evacuación, 2) cambia las formas de las heces y 3) cambia la frecuencia de la evacuación. Se clasifica clínicamente en tres grupos: SII con predominio de estreñimiento, SII con predominio de diarrea y el SII mixto. Este último es el más frecuente (50%).

Recientemente han sido publicados los criterios denominados ROMA III, mismos que clasifican al SII en el subgrupo C1 de los trastornos funcionales y lo definen como dolor abdominal recurrente o malestar tres días por mes en los últimos tres meses asociado a dos o más de los siguientes aspectos: mejoría con la evacuación, cambios iniciales en la frecuencia de la evacuación y/o cambios iniciales en la forma o apariencia de las heces.

Los criterios completos deben estar presentes por lo menos en los últimos tres meses y los síntomas deben iniciar seis meses pre-

vios al diagnóstico. Los subtipos clínicos del SII se establecen con base en la consistencia de las heces, siendo éstos de cuatro tipos:

- 1) SII-E. Patrón de estreñimiento. Heces duras en más de 25% con heces líquidas o pastosas suaves en menos de 25% de las evacuaciones.
- 2) SII-D. Patrón de diarrea. Heces líquidas o pastosas suaves en más de 25% con heces duras en menos de 25%.
- 3) SII-M. Patrón mixto. Presencia de heces duras en más de 25% y líquidas o pastosas suaves en más de 25%.
- 4) SII-I. Patrón indeterminado. Insuficiente anormalidad de la consistencia de las heces para cumplir criterios de inclusión en cualquiera de los grupos anteriores.

Es importante considerar que existen datos de alarma para excluir diagnósticos, los cuales incluyen: anemia, síntomas nocturnos, fiebre, diarrea persistente, hemorragia rectal, historia familiar de cáncer, enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad celíaca, constipación severa, pérdida de peso, inicio de síntomas después de los 50 años y presencia de masa palpable. El diagnóstico clínico puede determinarse con certeza hasta en 80% de las veces en la primera consulta en nuestro país, sin embargo, se requieren estudios para descartar entidades clínicas de causa orgánica.

No está justificado abusar de los estudios, ya que con exámenes mínimos necesarios es posible corroborar el diagnóstico, y el cuadro clínico presente podrá orientarnos en casos específicos hacia estudios particulares. Las reacciones febriles y los coproparasitoscópicos, que son solicitados en forma muy frecuente, carecen de utilidad real en la clínica, por lo que se sugiere limitar su indicación.

El protocolo de estudios aceptado consiste en realizar antes de los 50 años determinación de sangre oculta en heces en tres muestras, utilizando la técnica de Hemocult, que se basa en la peroxidasa de la hemoglobina humana y una rectosigmoidoscopia. Después

de los 50 años se recomienda, además de la sangre oculta, observar el colon en forma total mediante colonoscopia o colon por enema y rectosigmoidoscopia.

El tratamiento de los pacientes con SII es complejo y se debe sustentar sobre todo en una adecuada relación médico-paciente. Ofrecer confianza y no engañar es fundamental. Se debe conocer acerca de la agenda oculta del paciente y tratar de buscar cuáles son los detonantes del síndrome. Es importante considerar que los condicionantes mayores son la dieta, el estrés, el sueño y el hábito intestinal para evacuar, frecuentemente alterado en los pacientes por falta de tiempo o de condiciones adecuadas para realizarlo fuera de casa.

Se debe evitar al máximo el uso de antidepresivos y ansiolíticos a dosis plenas, ya que por lo general incrementan el estreñimiento. Sólo en casos muy particulares éstos pueden ser indicados, aunque este grupo muy limitado de pacientes deberá contar con ayuda especializada de psicología clínica. Recientemente hemos utilizado dosis medias de antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptura de serotonina por su acción como analgésicos viscerales en pacientes con dolor.

Una vez establecida la relación médico-paciente e identificada la causa por la que este último acude a consulta, se debe iniciar el tratamiento. Las medidas higiénico-dietéticas están encaminadas a mejorar los hábitos alimentarios, incluir agua, fibra y prebióticos, ejercicio suave diario y terapias de relajación. En la mayoría de las personas estas medidas son suficientes para que haya mejoría, a quienes se les debe explicar acerca de la naturaleza crónica y no letal de los síntomas que presenta.

Los medicamentos sintomáticos serán indicados con base en el grupo predominante. Se pueden utilizar formadores de bolo, laxantes osmóticos suaves (lactulosa, senósidos), aquellos que disminuyan la cantidad de gas intestinal (enzimas pancreáticas, simeticona), procinéticos (domperidona, cisaprida, tegaserod), analgésicos viscerales (trimebutina, que es un analgésico opioide, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptura de serotonina), bloqueadores de canales de calcio (bromuro de pinaverio, fenoveri-↔



Dr. Juan Miguel Abdo Francis

na, lidamirina), anticolinérgicos (aceite de menta, trifenoles, butilioscina). Existen, además, combinaciones de fármacos analgésicos o relajantes de la musculatura lisa con antiflatulentos.

En relación con los agentes procinéticos que interactúan en la 5TH, es importante considerar que la cisaprida ha sido retirada del mercado en Estados Unidos debido a sus efectos cardíacos severos asociados con arritmia y muerte, aunque en nuestro país aún se comercializa. El tegaserod, el producto más utilizado en estreñimiento por SII-E y constipación funcional, ha sido recientemente suspendido por la FDA en Estados Unidos, ya que han sido documentados algunos eventos cardiológicos vinculados al uso del medicamento. El análisis llevado a cabo por el comité de expertos en motilidad de la Asociación Mexicana de Gastroenterología junto con la Secretaría de Salud a través de la COFEPRIS (Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios) determinó que el uso de este fármaco debe ser condicionado en pacientes con riesgos de cardiopatía isquémica (hipertensión arterial y dislipidemias) y contraindicado en aquellos con historia de enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica pasada o reciente.

Algunos aspectos que se deben considerar son que muchos fármacos no han mostrado su

eficacia clínica, las muestras en los estudios clínicos han sido insuficientes o con un pobre diseño, existe incongruencia entre clínica y fisiopatología y hay alta respuesta al placebo.

Existen medicamentos en fase de estudio que en los próximos años podrán formar parte del arsenal terapéutico, pero es importante dejar que la prueba del tiempo los valide para evitar utilizar por moda productos que a la larga son dañinos para el ser humano.

Finalmente, debemos tomar en cuenta que el individuo posee una patología biopsicosocial, por lo que resulta esencial incidir en lo posible en mejorar su calidad de vida, ayudarlo a reconocer los factores de estrés y eliminarlos, y mantenerlo informado acerca de su enfermedad, los medicamentos empleados y la necesidad de seguimiento clínico.

La medicina alternativa ha crecido en forma importante en relación con los trastornos funcionales digestivos. Debemos estar preparados para reconocer cuál de las opciones propuestas pueden ayudar a nuestro paciente siempre y cuando estemos seguros de que hemos descartado una enfermedad orgánica y evitar caer en terreno de los charlatanes. La hipnosis, la aromaterapia y el yoga han proporcionado los mayores beneficios a quienes padecen SII. **DOLOR**