

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

DRA. FABIOLA ARGUELLO MELO

CLÍNICAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Considerado antes como un trastorno funcional, forma actualmente parte del grupo de los trastornos de la interacción del eje intestino-cerebro.

Enfermedad orgánica que se identifica clínicamente por la presencia de dolor abdominal recurrente y alteración en la frecuencia o consistencia de las heces. Es una patología multifactorial con impacto negativo en la calidad de vida y hasta el momento, incurable.

EPIDEMIOLOGÍA

- ❑ México: Incidencia desconocida.
 - ❑ Predominio en mujeres < 50 años.
 - ❑ Representa entre el 30 y 50 % de las consultas de gastroenterología.
 - ❑ Afecta negativamente la calidad de vida.
- ❑ Los adultos jóvenes tienen peor calidad de vida que los adultos mayores con este trastorno funcional.
 - ❑ En México han encontrado que el subtipo más frecuente de este trastorno es en el que predomina el estreñimiento (SII-E), seguido del tipo alternante o mixto (SII-M).

FISIOPATOLOGÍA

Multifactorial; varía entre los individuos afectados. Hasta la fecha no se ha establecido un factor universal.

Intervienen múltiples y diferentes mecanismos.

Trastornos motores, hipersensibilidad visceral, alteraciones de la microbiota intestinal, disfunción intestinal postinfecciosa, sobrepoblación bacteriana.

Alteraciones en la regulación inmune, intolerancia e hipersensibilidad a alimentos, mala absorción de ácido biliares, factores psicosociales.

Principales alteraciones orgánicas en SII

Alteración de la motilidad gastrointestinal

Hipersensibilidad visceral

Inflamación intestinal de bajo grado

Infecciones gastrointestinales previas

Alteraciones genéticas y epigenéticas

Alteración de la absorción de sales biliares

Disbiosis (alteración del microbioma)

Sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado

Respuesta inmunológica anormal a componentes de la dieta

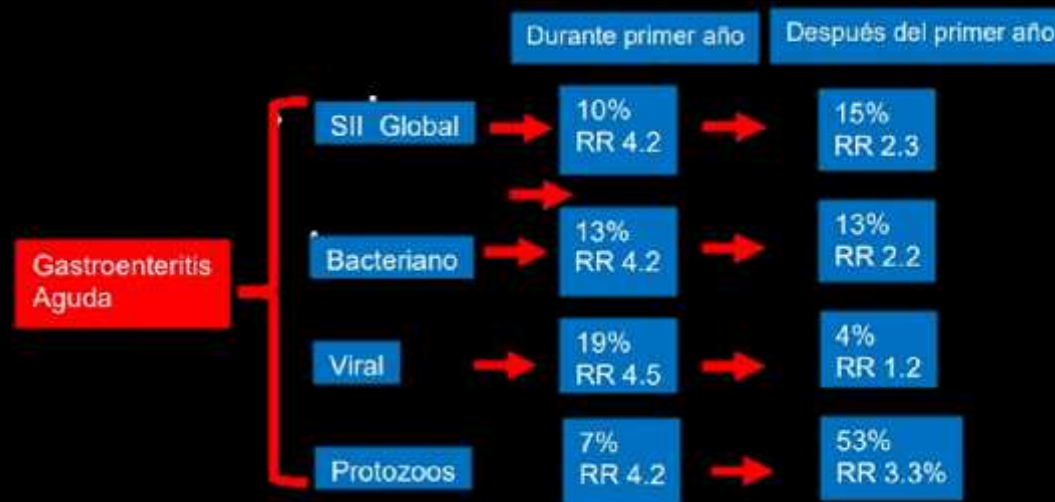
Alteración de la interacción del eje intestino cerebro

Activación del sistema inmune

Autoinmunidad (anticuerpos antivinculina)

SII POST INFECCIOSO

- Aparece después de gastroenteritis infecciosa aguda, independientemente de la causa.
- Considerado uno de los más importantes factores de riesgo para el SII.
- La probabilidad de tener SII después de una gastroenteritis infecciosa aguda es de 10 % y varía dependiendo del microorganismo etiológico.



SX PSICOSOCIAL



Las alteraciones psicológicas son más frecuentes en pacientes con SII *versus* la población general, con un riesgo de tres veces mayor de tener ansiedad o depresión.



Los factores psicosociales pueden participar en la aparición de los síntomas en pacientes con SII.

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO: Los criterios diagnósticos basados en síntomas permiten establecer el diagnóstico positivo del SII en aquellos enfermos sin datos de alarma y sin factores de riesgo. No obstante, su sensibilidad y especificidad es variable y algunos pacientes con enfermedad orgánica tienen criterios diagnósticos de SII, por lo que requieren ser modificados para que tengan mayor exactitud diagnóstica.

Signos de alarma o "Bandera Roja"

Edad 50 años

Anorexia

Pérdida involuntaria de peso: $\geq 5\%$ en tres meses

Estreñimiento reciente en ancianos

Síntomas nocturnos

Sangrado rectal

Anemia, leucocitosis

Masa abdominal

Masa Rectal

Ascitis, fiebre

Historia familiar de primer grado: Cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad celíaca.

Tabla 2 – Criterios* de Roma IV para el diagnóstico de estreñimiento funcional³.

1. Presencia de dos o más de los siguientes criterios:
 - Esfuerzo excesivo al menos en el 25% de las deposiciones.
 - Heces duras al menos en el 25% de las deposiciones (tipo 1-2 de Bristol)
 - Sensación de evacuación incompleta al menos en el 25% de las deposiciones.
 - Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal al menos en el 25% de las deposiciones.
 - Maniobras manuales para facilitar la defecación al menos en el 25% de las deposiciones.
 - Menos de tres deposiciones espontáneas completas a la semana.
2. La presencia de heces líquidas es rara sin el uso de laxantes.
3. No deben existir criterios suficientes para el diagnóstico de SII.

**Los criterios deben cumplirse al menos durante los últimos tres meses y los síntomas deben haberse iniciado como mínimo seis meses antes del diagnóstico.*

Anamnesis en el paciente que cumple criterios de Roma IV

	Anamnesis/examen físico	Comentario
Signos y síntomas de alarma	Tabla 3	Indicación de colonoscopia y otros exámenes de acuerdo con cada situación
Diarrea	Colecistectomía previa Hemicolectomía derecha Gastroenteritis previa Inhibidores selectivos recaptación de serotonina AINES o IBP	Sugiere mala absorción de sales biliares Disparador de SII Diarrea secundaria Pueden causar colitis microscópica
Estreñimiento	Uso de antidepresivos y otros medicamentos	Causa de estreñimiento
Estreñimiento severo o refractario	Considerar síntomas de defecación obstructiva. Examen digital rectal puede revelar contracción paradójica del piso pélvico.	Se requieren pruebas fisiológicas para descartar defecación obstructiva: Manometría ano rectal y test de expulsión del balón. Si una de esas es positiva y la otra negativa, solicitar pruebas adicionales como: Defecografía por resonancia o electromiografía de superficie

SII-Diarrea

Más de 25 % de las deposiciones
Heces Bristol 6 o 7
Menos del 25 % de las deposiciones
Bristol 1 o 2

SII- Estreñimiento

Más de 25 % de las deposiciones
Heces Bristol 1 o 2
Menos del 25 % de las
Deposiciones
Bristol 6 o 7

SII-Alternante

Más de 25 % de las deposiciones
Heces Bristol 1 o 2
Más del 25 % de las deposiciones
Bristol 6 o 7

SII-Inclasificable

Tienen criterios para SII, pero sus hábitos evacuatorios no se pueden categorizar en los grupos previos

Los pacientes no deben estar tomando medicamentos para estreñimiento o diarrea al momento de la clasificación

TRATAMIENTO

- ❑ La relación médico-paciente es el mejor tratamiento no farmacológico . Incluye una correcta explicación sobre el origen de la enfermedad, enfatizando que no es psicológica, que no predispone a cáncer o enfermedad inflamatoria, y tampoco disminuye la sobrevida, etc.
- ❑ Explicar los objetivos del tratamiento, tales como aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Durante la consulta, se debe escuchar al paciente y resolverle inquietudes.
- ❑ El tratamiento en SII debe ser dirigido al síntoma más molesto o a los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad.

- El ejercicio (20-60 min, 3-5 veces por semana).
- La ingestión de fibra soluble es benéfica en el SII.
- Una dieta baja en FODMAP puede mejorar en algunos pacientes con SII los síntomas globales, la percepción de distensión, el dolor abdominal y el hábito intestinal.
- El uso de agentes fijadores de sales biliares, (colestiramina), produce una mejoría de los síntomas de SII con diarrea.

- Los antiespasmódicos son eficaces para mejoría del dolor abdominal, mejoría global y puntajes de síntomas.
- La combinación de simeticona/dimeticona con antiespasmódicos parece mejorar el dolor y la distensión abdominal.
- Los antagonistas de los receptores 5-HT₃ (ondansetrón) mejoran consistencia, frecuencia y urgencia de las evacuaciones en el SII diarrea.
- Los antidepresivos, (tricíclicos y los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina), han mostrado ser efectivos en la mejoría global de síntomas.

- No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de prebióticos y simbióticos en el SII.
- No hay suficiente evidencia para concluir si la homeopatía tiene algún efecto benéfico en el tratamiento del SII

Medicamentos utilizados en SII

Bromuro de pinaverio	Bloquea receptores muscarínicos y canales de Ca intestinal.	100 mg c/12 hrs. Alivio a partir de la 2da semana.
Neuromoduladores viscerales/ISRS	Tratan síntomas centrales-periféricos ; 2da línea terapéutica.	Amitriptilina: 10 mg c/24 hrs. Sertralina: 50 mg c/24 hrs. Alivio a partir del 7º día.
Mebeverina	Reduce espasmos de músculo liso.	135 mg c/8 hrs. 20 min antes e los alimentos.
Butilioscina	Reduce espasmos de la musculatura lisa y bloquea receptores de acetilcolina.	10-20 mg c/8 hrs.