

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Definición

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional gastrointestinal que se define como dolor o malestar abdominal recurrente, asociado a cambios en la frecuencia y/o consistencia de las deposiciones, en ausencia de parámetros de organicidad.

Epidemiología

Tiene una prevalencia del 5 a 20% en la población general, representa el motivo de consulta más frecuente en gastroenterología y es más común en mujeres, con relación 2:1. Los pacientes adultos jóvenes son los más comúnmente diagnosticados con este síndrome, con un pico de presentación entre los 30 y 50 años de edad. A pesar de ser uno de los motivos de consulta más frecuente muchos pacientes se encuentran subdiagnosticados. Existen diferentes variables que llevan a los pacientes a la consulta, entre ellas se encuentran los síntomas severos (principalmente dolor), trastornos psicológicos asociados (ansiedad, depresión, somatización, abuso). Los pacientes tienen menor puntuación de calidad de vida relacionada a la salud, en comparación con población sana, ERGE, diabetes e insuficiencia renal terminal. Esto se relaciona al dolor abdominal, las exacerbaciones, los síntomas extraintestinales y las preocupaciones relacionadas a la enfermedad. También representan una gran carga económica debido a los costos directos en salud e indirectos relacionados a la disminución en la productividad laboral (20% de deterioro en la productividad laboral, mayor tasa de ausentismo).

Fisiopatología

Es compleja, multifactorial, en parte aún desconocida, debido a que carece de un sustrato orgánico y además tiene expresiones clínicas opuestas como diarrea y constipación. Los mecanismos propuestos son (modelo bio-psico-social):

- Alteración de la motilidad intestinal
- Hipersensibilidad

visceral

- Factores
psicosociales
- Inflamación local
 - Disfunción del eje cerebro-intestinal
 - Flora colónica anormal
- Componente genético
 - SII post infeccioso

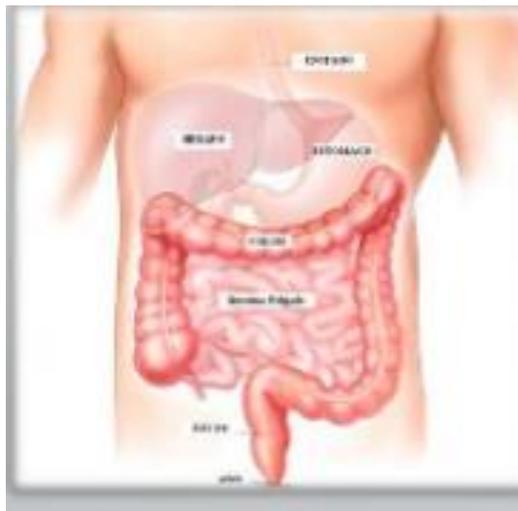
Anatomía y fisiología

Anatomía del órgano afectado

El colon o intestino grueso es el último tramo del tubo digestivo.

Tiene una longitud aproximada de 1,5 metros y se extiende desde el final del intestino delgado hasta el ano.

La función específica del colon ascendente y transversal consiste en absorber agua y electrolitos (sodio, potasio, etc.) mientras que la función del colon descendente y recto consiste en almacenar la materia fecal hasta su expulsión por el ano.



Diagnóstico

Clínico El síntoma guía es el dolor abdominal. El diagnóstico se basa en la asociación de éste con alteraciones del hábito intestinal, ya sea diarrea y/o constipación. Típicamente el dolor empeora con las comidas, se asocia a cambios en la consistencia de la materia fecal y mejora con las deposiciones. La presencia de diarrea o estreñimiento crónico sin una causa orgánica identificable no puede atribuirse a SII si no existe además dolor abdominal. Aquellos entran en la categoría de diarrea o estreñimiento crónico funcional.

Inversamente, la presencia de dolor abdominal crónico sin alteraciones concomitantes en la frecuencia o aspecto de las deposiciones no puede ser categorizado como SII, sino como dolor abdominal crónico funcional. Un paciente con dolor abdominal centrado en el hemiabdomen superior, a menudo definido como plenitud o pesadez postprandial, no puede ser incluido tampoco en el término SII. Estos pacientes probablemente padecen una dispepsia funcional (si logra excluirse una dolencia orgánica). No obstante, en algunos enfermos coexisten ambos trastornos (dispepsia funcional y SII).

Síntomas digestivos asociados • Urgencia defecatoria, la misma aparece al levantarse, postprandial o con el estrés • Sensación de evacuación incompleta, deposiciones con moco • Bloating, distensión abdominal, meteorismo principalmente en pacientes en que predomina la constipación (96% de los pacientes) • Dispepsia funcional (40-85%) Conductas en Gastroenterología 172 • Náusea, enfermedad por reflujo gastroesofágico

Síntomas extradigestivos frecuentemente asociados: más frecuentes en los pacientes con síntomas severos: • Cefalea, dolor de espalda, fibromialgia (20-50%), síndrome de fatiga crónica, dispareunia, dismenorrea, poliaquiuria, tenesmo vesical.

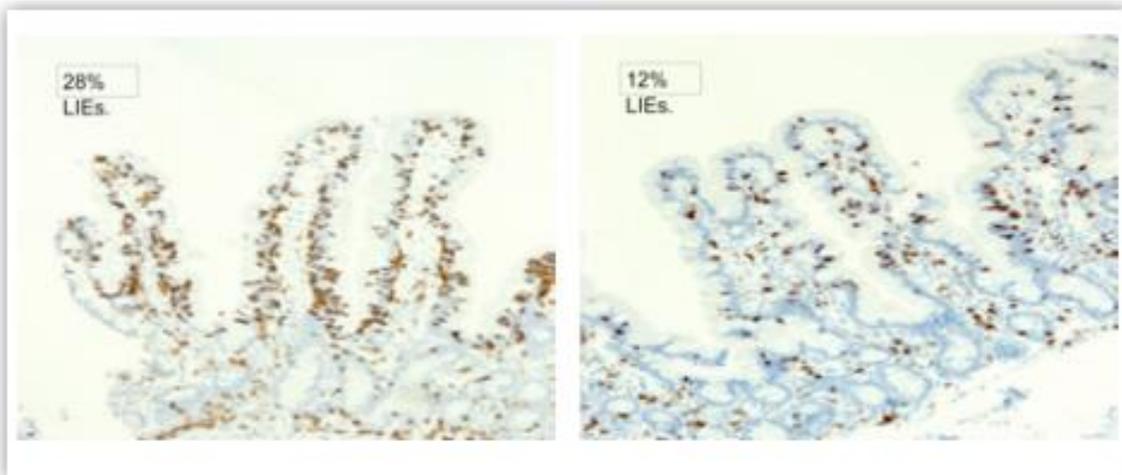
Criterios diagnósticos

• Criterios de Roma III: se utilizan para investigación clínica y en menor medida para la práctica clínica. La combinación de los criterios (Roma II), junto con la ausencia de síntomas de alarma tienen una sensibilidad

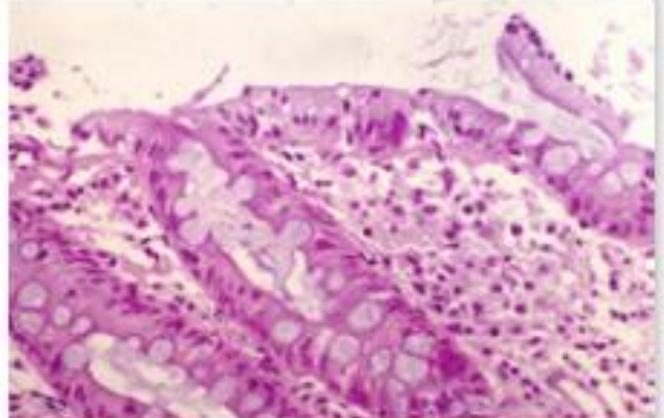
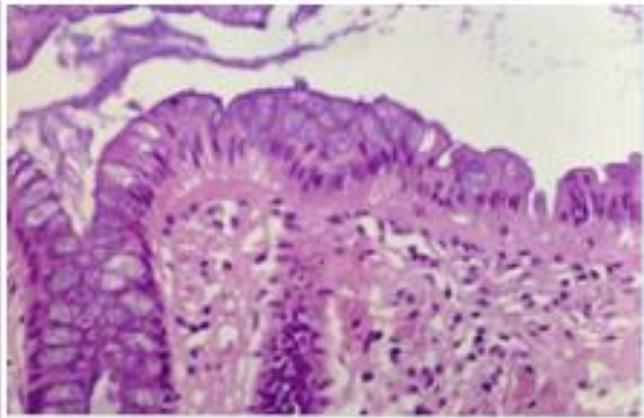
del 65%, especificidad del 100%, valor predictivo positivo 100% y valor predictivo negativo de 76%. Dolor o malestar abdominal recurrente, al menos 3 días al mes en los últimos 3 meses, asociado a 2 o más de: 1. Mejora con la defecación 2. Inicio asociado a cambios en la frecuencia evacuatoria 3. Inicio asociado a cambios en la consistencia de las heces Estos criterios se cumplen en los últimos 3 meses y los síntomas se inician al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Signos de alarma • Hemorragia digestiva, pérdida de peso, anemia, síntomas nocturnos, fiebre, inicio después de los 50 años, antecedentes familiares de cáncer colorrectal o enfermedad celíaca, eritrosedimentación elevada, test de sangre oculta en materia fecal (+).

Histología.



Mucosa intestinal observada tras aplicar inmunotinciones para linfocitos CD3 antes y después de iniciar una dieta sin gluten en una paciente que fue inicialmente catalogada de SII-D.



La colitis microscópica (colágena o linfocítica) debe ser incluida en el diagnóstico diferencial del paciente con SII y diarrea refractaria al tratamiento.

- A) Imagen histológica de una colitis colágena;
- B) colitis linfocítica.

Estudios complementarios

Laboratorio: que incluya hemograma completo, eritrosedimentación, proteína C- reactiva, química básica, función tiroidea, coproparasitológico. Sólo se recomienda en pacientes con síntomas de alarma

- Serología para enfermedad celíaca: recomendado para pacientes con subtipos SII-M y SII-D
- Estudios imagenológicos de abdomen: sólo recomendado para pacientes con síntomas de alarma
 - Videocolonoscopia (VCC): recomendado para pacientes con síntomas de alarma para descartar patología orgánica, como screening de carcinoma colorectal para pacientes >50 años. En caso de que un paciente con SII-D se realice una VCC, se recomienda tomar biopsias de marco colónico para descartar colitis microscópica
 - Test de aliento para intolerancia a la lactosa: sólo recomendado en caso de alta sospecha clínica y falla en las dietas de exclusión
 - Test de aliento para sobrecrecimiento bacteriano: no recomendado de rutina. En nuestro hospital lo recomendamos para aquellos pacientes con diarreas crónicas y en aquellos pacientes con bloating.

Cuando los síntomas son leves y hay ausencia de signos orgánicos, algunos recomiendan iniciar tratamiento, si el paciente no mejora entonces solicitan serología para enfermedad celíaca, TSH y coproparasitológico; mientras que cuando el paciente presenta síntomas de intensidad moderada a severa o acude a la consulta habiendo realizado tratamientos previos, sin mejoría, se recomienda solicitar desde el principio los estudios.

Tratamiento

El primer paso importante en el tratamiento es lograr una buena relación médico/paciente, explicarle de qué se trata su padecimiento, brindarle contención. En cuanto a la dieta no se recomienda realizar restricciones excesivas, sino aconsejar que evite aquellos alimentos o bebidas que exacerban los síntomas; en particular si presenta intolerancia a los carbohidratos (lactosa, fructosa, sorbitol) o a las grasas. Por el momento sólo existen tratamientos síntoma-dirigidos y no una terapia que modifique la enfermedad.

Dieta

Alrededor del 60-70% de los pacientes cree que la dieta juega un papel importante en las exacerbaciones de la enfermedad. En una encuesta se observó que los pacientes mejoraban sus síntomas con algunos cambios en el estilo de vida, como comer porciones pequeñas, evitar

Comidas grasas, aumentar el consumo de fibra, evitando productos lácteos, cafeína, alcohol y alimentos hiperproteicos (carnes). Al haber escasa evidencia sobre esto, no están recomendadas las dietas de exclusión rutinariamente, aunque existen algunos pacientes que se beneficiarían.

Opciones terapéuticas para el SII-C

Fibras y agentes formadores de masa El consumo de fibra no disminuye el dolor pero sí mejora la constipación y puede dar consistencia a las heces blandas. Se debe iniciar a dosis bajas e ir incrementando lentamente, ya que puede producir aumento de dolor y distensión. El objetivo es alcanzar 10-15 g al día. Los suplementos, en particular el psyllium, son mejor tolerados que la fibra dietética. Se demostró una mejoría significativa de los síntomas comparado a placebo, aunque en estudios de mayor calidad la mejoría fue marginal.

Laxantes Su utilidad en el tratamiento del SII-C no está bien estudiada. Los laxantes de tipo osmótico son los de elección, algunas sales inorgánicas como magnesio o polietilenglicol. Los derivados de los alcoholes y azúcares (lactulosa) pueden generar mayor distensión y un exceso de flatulencia.

Activadores de los canales de cloruro El Lubiprostone es un activador de los canales de cloro en el epitelio intestinal, aumentando la secreción y motilidad intestinal; ha sido recientemente aprobado por la FDA para el tratamiento del SII-C en mujeres, a una dosis de 8 mcg cada 12 horas. Un tratamiento menor a 12 semanas demostró un beneficio significativo contra placebo. Está contraindicado en caso de obstrucción intestinal o embarazo.

Tegaserod Agonista 5-HT₄ de la serotonina. Si bien demostró ser eficaz en el tratamiento del SII con predominio de constipación, fue

retirado del mercado por su asociación con colitisquémica, isquemia miocárdica y eventos cerebrovascular.

Opciones terapéuticas para el SII-D 1. Antidiarreicos Análogos opiodes, tales como loperamida y difenoxilato, estimulan los receptores inhibitorios presinápticos, inhibiendo la peristalsis y la secreción intestinal. El subsalicilato de bismuto ha demostrado utilidad pero debe utilizarse intermitentemente. No son más efectivos que el placebo para mejorar el dolor abdominal o los síntomas globales de SII.

Alosetron Antagonista de los receptores 5-HT₃ de serotonina, muy efectivo en pacientes con diarrea. Demostró alivio sostenido del dolor abdominal, malestar y la urgencia en pacientes con SII-D por un máximo de 48 semanas. Presenta como eventos adversos la colitis isquémica y constipación severa, que aparecen tempranamente en el tratamiento y resuelven al discontinuarlo. Sólo está disponible para mujeres con síntomas severos de SII-D y que no responden al tratamiento convencional

Antibióticos no-absorbibles El tratamiento de pacientes con SII-D con rifaximina se asoció a mejoría en los síntomas globales y bloating, que se mantuvieron mas alla de 12 semanas de suspendido el mismo. La mayor eficacia se observó en pacientes Conductas en Gastroenterología 174 con síntomas leves a moderados y aquellos con diarrea. Faltan estudios que demuestren su seguridad a largo plazo y la eficacia. Recomendamos el uso en pacientes con SII no constipación, con síntomas leves a moderados y asociados a bloating. Rifaximina – 400mg tres veces al día, por 14 días.

Tratamiento del dolor abdominal 1. Antiespasmódicos Deben utilizarse para el alivio a corto plazo del dolor o malestar abdominal, ya que no existen datos sobre eficacia a largo plazo y seguridad. Son particularmente útiles para el alivio de los síntomas posprandiales, por lo que se recomienda administrarlos una hora antes de las comidas principales:

- Bromuro de octilonio 40 mg
- Bromuro de pinaverio 100 mg
- Trimebutina 200 mg
- Hioscina 10-20 mg
- Meveberina 135 mg

Antidepresivo tricíclicos (TCA)

- Amitriptilina, se inicia a dosis bajas 10-25 mg/día a la noche, y se puede aumentar la dosis en caso de requerirlo, hasta un máximo de 150 mg/día. Tiende a producir constipación, por lo que se indica en SII-D.

Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) Aceleran el tránsito intestinal, por lo que se indican en SII-C. Ambos antidepresivos (TCA y SSRIs) son más efectivos que el placebo para el alivio de los síntomas globales de SII, principalmente mejorando el dolor abdominal. Los SSRI serían mejor tolerados que los TCA.

- Fluoxetina 20 mg/día
- Paroxetina 20 mg/día

DISCUSIÓN

El intestino irritable no puede conceptuarse como una enfermedad propiamente dicha, sino como un síndrome constituido por un conjunto de síntomas bien caracterizados que, hoy en día, pueden ser estratificados según el patrón dominante (SII-E; SII-D; SII-M). En las últimas décadas se han ido sumando evidencias a favor de una etiología multifactorial que podría abocar a un estado de inflamación de bajo grado, responsable, en gran medida, de las alteraciones motoras y de la sensibilidad visceral que caracterizan a este síndrome. Determinados estados psicológicos podrían modular al alza la magnitud y percepción de los síntomas, configurando un paradigma de modelo biopsicosocial de la enfermedad. Recientes investigaciones, sugieren que al igual que ocurre en la enfermedad inflamatoria, el sistema inmune del huésped podría responder de forma anormal (en individuos genéticamente susceptibles), a un conjunto de factores incluyendo determinados componentes de la dieta, infecciones entéricas o el propio estrés. Alteraciones en la microbiota intestinal

podrían desempeñar un papel determinante al interactuar con todos estos mecanismos . En este punto, valdría la pena insistir en que los síntomas de alarma no deben ir exclusivamente orientados a la exclusión de malignidad, sino a cualquier rasgo que pueda suscitar una razonable sospecha de otras entidades altamente prevalentes en la población general, incluida la enteropatía sensible al gluten.

Bibliografía

(Aguilera Karina, 2013)

