

Programa Integral de Formación Continuada en Atención Primaria

TEMA 5

Síndrome del intestino irritable

Anna Accarino

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos del aprendizaje

- ▶ ¿Cómo se establece el diagnóstico del síndrome del intestino irritable?
- ▶ ¿Qué indican los síntomas de alarma en el síndrome del intestino irritable?
- ▶ ¿Cuáles son las pautas del tratamiento en el síndrome del intestino irritable?

Definición

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo caracterizado por dolor o malestar abdominal que se alivia con la defecación y que se asocia a alteraciones en el hábito intestinal.

Epidemiología

El SII es un trastorno muy frecuente, con una prevalencia del 10-20% de la población general. Aunque puede afectar a cualquier persona independientemente de su edad, sexo, raza y estado social, existe una mayor predisposición en las mujeres que en los hombres (con una proporción 2:1) en los países occidentales, y su incidencia es menor en el anciano. Sólo el 15% de quienes tienen un SII requieren atención médica en algún momento de la evolución de la enfermedad. Sin embargo, los pacientes con SII representan al 25-50% de todos los pacientes derivados al gastroenterólogo y además suponen aproximadamente el 25% de los pacientes atendidos en atención primaria. El SII es la segunda causa de absentismo laboral tras el resfriado común.

El coste global del SII, es decir, la suma de costes directos e indirectos que implica este trastorno, es considerable. Los costes directos incluyen: a) múltiples visitas médicas, debido a la naturaleza crónica y fluctuante de la enfermedad y al hecho de que el diagnóstico se basa en criterios clínicos, dada la ausencia de marcadores biológicos; b) duplicidad de exploraciones en el intento de descartar patologías orgánicas; c) posibles ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas (los pacientes con SII presentan un porcentaje tres veces mayor de colecistectomía y dos veces mayor de apendicectomía, histerectomía e intervenciones de la espalda que la población sin SII), y d) gasto en medicación, ya que normalmente se trata de pacientes polimedcados para intentar mejorar los síntomas, que por otro lado son fluctuantes en intensidad y duración. Los costes indirectos proceden de: a) el absentismo laboral, debido a las visitas médicas, las exploraciones, etc. (un paciente con SII pierde 6-13 días de trabajo al año, frente a los 3-4 días anuales de la población control) y



Temas disponibles en:
www.sietediasmedicos.com

Evaluación y diplomas en:
www.aulamayo.com

Cada tema está acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
5,5 créditos



Patología funcional digestiva

Coordinador: **Jordi Serra**

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital
Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona)

1. Actualización terapéutica en la patología funcional digestiva

SÓLO DISPONIBLES EN

www.sietediasmedicos.com

2. Reflujo gastroesofágico y trastornos motores del esófago
3. Dispepsia funcional
4. Distensión abdominal y flatulencias
5. Síndrome del intestino irritable
6. Patología funcional anorrectal

b) el rendimiento bajo en el trabajo, dados los síntomas crónicos que caracterizan el proceso. En Estados Unidos, los pacientes con SII representan 10 billones de dólares en costes directos y 20 billones en costes indirectos.

Clínica

La clínica del SII es muy diversa e incluye síntomas digestivos y extradigestivos, así como la asociación a otros trastornos funcionales.

Síntomas digestivos

Consisten, por definición, en dolor abdominal y alteración del hábito deposicional.

El *dolor o malestar abdominal* tiene características variables. Puede ser de tipo cólico o continuo y afectar a cualquier localización, aunque suele predominar en el hemiabdomen inferior o el hemiabdomen izquierdo. En general tiende a desencadenarse tras las comidas y a aliviarse, al menos parcialmente, con las deposiciones.

El dolor puede acompañarse de *distensión abdominal*, que acostumbra a aparecer tras las comidas y a empeorar progresivamente a lo largo del día, hasta alcanzar su peor momento a última hora de la tarde. Suele desaparecer con el descanso nocturno.

Los pacientes con SII presentan por definición *alteraciones en el hábito deposicional*, que pueden concretarse en diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos.

La diarrea consiste en deposiciones frecuentes, de consistencia disminuida, de volumen pequeño o moderado. Las deposiciones habitualmente se producen durante el día, por la mañana o después de las comidas. Pueden ir precedidas por un ligero dolor abdominal de tipo cólico y acompañarse de urgencia defecatoria (que puede ocasionar una discreta incontinencia), y suelen seguirse de sensación de evacuación incompleta. En aproximadamente la mitad de los casos puede aparecer moco en las deposiciones.

Tabla 1. Criterios de Roma III para el diagnóstico del síndrome del intestino irritable (SII) y subtipos de SII

Diagnóstico del SII
Dolor o molestia abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses, asociado a 2 o más de las siguientes características: 1. Mejora con la defecación 2. Inicio relacionado con un cambio en la frecuencia de las heces 3. Inicio relacionado con un cambio en la forma de las heces Estos criterios deben cumplirse en los últimos 3 meses, con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico
Subtipos de SII
1. SII con estreñimiento (SII-E): deposiciones de tipo 1 o 2 de la escala de Bristol en más del 25% de las deposiciones 2. SII con diarrea (SII-D): deposiciones de tipo 6 o 7 de la escala de Bristol en más del 25% de las deposiciones 3. SII mixto (SII-M): deposiciones de tipo 1-2 o bien de tipo 6-7 de la escala de Bristol en más del 25% de las deposiciones 4. SII sin subtipo (SS-I): deposiciones de tipo 1-2 o bien de tipo 6-7 de la escala de Bristol en menos del 25% de las deposiciones

El estreñimiento puede ser continuo o alternar con temporadas de deposiciones normales o de diarrea. Cuando hay estreñimiento, las deposiciones son duras y la deposición se acompaña de esfuerzo defecatorio y sensación de evacuación incompleta.

Síntomas extradigestivos

Los pacientes con SII pueden presentar un amplio espectro de síntomas extradigestivos, entre los cuales figuran la cefalea tensional, síntomas urinarios como la urgencia urinaria y la polaquiuria debidos a una cistitis intersticial, el dolor de espalda, las alteraciones en el sueño, la dismenorrea y la dispareunia. Se asocia, además, a fibromialgia y al síndrome de fatiga crónica.

Asociación a otros trastornos funcionales

Los pacientes con SII a menudo presentan síntomas propios de otros trastornos digestivos funcionales, como la dispepsia funcional, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el dolor torácico no cardíaco.

Características psicológicas

Existe una gran prevalencia de trastornos psicológicos asociados al SII, entre los cuales cabe citar la depresión ma-

Tabla 2. Signos de alarma

- Inicio de los síntomas a una edad superior a los 50 años
- Sangre en las deposiciones
- Síntomas nocturnos
- Pérdida de peso importante e involuntaria
- Diarrea importante
- Historia familiar de cáncer de colon o de enfermedad inflamatoria intestinal
- Anemia

yor, los trastornos somatomorfos, la ansiedad y los trastornos distímicos.

Diagnóstico

En ausencia de un marcador biológico o estructural, el diagnóstico de SII se realiza utilizando criterios clínicos. Los primeros criterios clínicos para el diagnóstico de SII (criterios de Manning) se establecieron en 1978. Desde entonces se han modificado en varias ocasiones, siendo los más recientes los criterios de Roma III (tabla 1). Además, hay síntomas que apoyan el diagnóstico de SII: el esfuerzo defecatorio, la sensación de urgencia defecatoria, la evacuación incompleta, la presencia de moco en las heces y la presencia de distensión abdominal. El temor a que una patología orgánica pase desapercibida utilizando exclusivamente criterios clínicos se ve

contrarrestado, en el caso del diagnóstico del SII, por la existencia de síntomas de alarma (tabla 2). La presencia de dichos síntomas sugiere la presencia de una patología orgánica. Por otro lado, dada la alta prevalencia del SII, no es infrecuente que se produzca un cierto solapamiento con otro trastorno digestivo o que coexista una enfermedad orgánica. Por tanto, se deja a criterio de cada médico la necesidad de descartar patología orgánica; no existe un algoritmo estricto para descartar las patologías con síntomas similares al SII, de modo que las exploraciones complementarias deberán indicarse de acuerdo con el grado de sospecha y las características clínicas de cada paciente.

Sin embargo, no se recomienda llevar a cabo un estudio sistemático en los pacientes que cumplan los criterios diagnósticos de SII y no presenten signos de alarma. Se realizará una colonoscopia a los pacientes mayores de 50 años para el cribado de neoplasia de colon y se efectuará un cribado de enfermedad celíaca mediante serología en los países donde, como sucede en España, tiene una elevada prevalencia.

Subtipos de síndrome del intestino irritable

La clínica del SII es muy heterogénea, existiendo pacientes tanto con diarrea como con estreñimiento. Actualmente, el SII se subdivide en varios subtipos (tabla 1) dependiendo de la consistencia de las deposiciones, establecida mediante la escala de Bristol (figura 1). Los subtipos de ritmo intestinal son bastante inestables. La prevalencia del SII con diarrea (SII-D), el SII con estreñimiento (SII-E) y el SII mixto (SII-M) es similar, con un tercio de los pacientes cada uno de ellos; de todos modos, un tipo de SII se puede transformar en otro en un periodo inferior al año.

Tratamiento

Consideraciones generales

En la actualidad el SII no tiene tratamiento definitivo, y además es un trastorno crónico y fluctuante, cuyos síntomas pueden variar a lo largo del tiempo.



Figura 1. Escala de Bristol: clasificación de las deposiciones según su consistencia

El tratamiento, por tanto, va encaminado a mejorar los síntomas que predominan en cada momento, por lo que ha de ser individualizado.

El tratamiento del SII se basa en diferentes puntos:

Buena relación médico-paciente

Cuando se ha establecido el diagnóstico de SII, se ha de explicar al paciente que su enfermedad tiene una naturaleza benigna, que es un proceso crónico de características oscilantes y que durante algunas temporadas necesitará tratamiento farmacológico. Hay que tranquilizarle respecto a la naturaleza benigna del SII y a su escasa morbilidad. Es conveniente identificar la posible psicopatología asociada, para iniciar su tratamiento, y aconsejar al paciente un ritmo de vida saludable y que evite aquellos factores que reconoce como un desencadenante de las crisis (comidas copiosas, estrés, café, te y alcohol, entre otros).

Modificaciones dietéticas

Habitualmente el tratamiento del SII se inicia con modificaciones dietéticas, ya que muchos de los síntomas aparecen después de las comidas. Sin embargo, no existen datos que apoyen su uso, y

se desaconsejan las dietas demasiado restrictivas.

- **Lactosa.** Si la lactosa se asocia a diarrea, puede ser razonable probar su restricción. Sin embargo, la mala correlación entre la intolerancia a la lactosa, la restricción de lactosa y los síntomas, así como la exclusión de una valiosa fuente de calcio aconsejan la cautela ante dicha restricción.

- **Alimentos flatulentos** (legumbres, col, coliflor). Su restricción puede proporcionar alivio a los pacientes con distensión.

- **Edulcorantes.** Algunos edulcorantes como el sorbitol o el manitol han de utilizarse con moderación, dado que pueden producir diarrea.

- **Fructosa.** Algunos datos sugieren que la restricción de fructosa puede beneficiar a los pacientes con SII.

- **Alergia alimentaria.** El papel de la alergia alimentaria en el SII no está claro. Es posible que en algunos casos la alergia a algunos alimentos sea la responsable de los síntomas, pero la identificación de estos pacientes puede ser compleja. La utilidad de las pruebas cutáneas o las inmunoglobulinas frente a determinados alimentos han de ser evaluadas en los pacientes con SII.

- **Fibra.** Se recomienda un aumento en el consumo de fibra alimentaria, así como los laxantes formadores de bolo. Sin embargo, algunas veces el exceso de fibra, sobre todo de fibra insoluble, puede exacerbar los síntomas de distensión abdominal y estreñimiento. Considerando los escasos efectos secundarios, es aconsejable iniciar el aporte de fibra soluble (metilcelulosa o fibra alimentaria) en los pacientes con SII y estreñimiento, evitando el *psyllium* y los alimentos integrales.

- **Malabsorción de carbohidratos.** En los últimos años se ha sugerido que los síntomas en SII podrían, al menos en parte, ser debidos a la malabsorción de carbohidratos. La teoría es que los oligo-mono-disacáridos fer-

mentables y polioles (FODMAPS) al no absorberse llegarían al intestino delgado distal y al colon, donde fermentarían dando lugar a los síntomas. Los FODMAPS incluyen lactosa, fructosa, sorbitol, manitol, fructanos (en cebollas y alcachofas) y galactanos (legumbres y coles). Algunos estudios que han valorado la restricción de FODMAPS sugieren ciertos beneficios clínicos y actualmente la restricción de estos azúcares debe plantearse en aquellos pacientes con malabsorción a la fructosa en un corto periodo de tiempo para comprobar la eficacia individual.

- Sensibilidad al gluten. La sensibilidad al gluten, sin enfermedad celíaca, se ha postulado como una posible causa de los síntomas en SII, ya que en algún estudio la eliminación del gluten de la dieta en pacientes con SII y no celíacos reportó alguna mejoría clínica. Sin embargo, actualmente no existen datos suficientes para retirar el gluten de la dieta en los pacientes con SII y en los que se ha descartado la enfermedad celíaca.

Actividad física

- Se ha demostrado que la actividad física puede disminuir la severidad de los síntomas en los pacientes con SII, por lo que una actividad física moderada es segura y puede ser recomendada en estos pacientes.

Tratamiento farmacológico

- Antidiarreicos. El fármaco más utilizado en los pacientes con diarrea es la loperamida. Diversos estudios demuestran su superioridad frente al placebo. Se utiliza a demanda, y se toma una dosis de 2-4 mg antes de comer o de iniciar una actividad que se sabe que puede producir diarrea. La resincolesteramina también puede ser de utilidad, pero hay muchos menos datos que apoyan su uso.

- Laxantes. Cuando el tratamiento del estreñimiento del SII no responde a los suplementos de fibra, han de utilizarse laxantes suaves osmóticos o salinos (lactulosa, polietilenglicol o cre-

ma de magnesio). Se deben evitar los laxantes estimulantes.

- Antiespasmódicos. Son fundamentalmente cinco fármacos: mebeverina, bromuro de otilonio, trimebutina, bromuro de pinaverio y bromuro de cimetropio. Los metaanálisis demuestran que el efecto de estos fármacos es superior al de placebo (65 frente a 45%), tanto si se considera la mejoría global como la del dolor abdominal. Se administran antes de las comidas, 3-4 veces al día. Estudios más recientes realizados con Otilonio de bromuro confirman una disminución de la frecuencia e intensidad del dolor abdominal a largo plazo comparado con placebo.

- Antidepresivos. Un metaanálisis de 2009 demostró que los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina eran superiores a placebo en el tratamiento del dolor abdominal.

- Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina, desimipramina y norepinefrina) han sido los más utilizados en el tratamiento del dolor abdominal. Se utilizan en dosis de 25-75 mg por la noche, unas dosis inferiores a las empleadas en el tratamiento de la depresión. Los efectos secundarios más habituales son xerostomía y estreñimiento, por lo que están indicados en el SII con diarrea. El efecto suele iniciarse al cabo de 3-4 semanas de empezar el tratamiento.

- Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, como la paroxetina, la fluoxetina y la sertralina, se utilizan en dosis terapéuticas, y son

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- Ante un paciente con criterios de SII y sin síntomas de alarma, el diagnóstico debe establecerse con las mínimas exploraciones complementarias posibles.
- Considerando la heterogeneidad de los síntomas del SII, el tratamiento ha de ser individualizado, dependiendo de los síntomas principales de cada paciente.
- Los síntomas del SII suelen ser variables en el tiempo, por lo que el tratamiento también deberá modificarse según los síntomas.

más útiles para mejorar la sensación de bienestar que para mejorar el dolor abdominal.

- Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (duloxetina y venlafaxina) también se utilizan en dosis terapéuticas; aunque están poco valorados en el tratamiento del SII, pueden ser útiles en el tratamiento del dolor abdominal.

- Otros fármacos:

- Prebióticos. Existen datos esperanzadores sobre la utilidad de las bifidobacterias y algunas combinaciones de probióticos en el tratamiento del SII.

- Antibióticos. Los datos que ofrece la bibliografía son controvertidos; en cualquier caso, no existen evidencias que apoyen su uso en el SII.

- Fármacos que actúan a nivel de los receptores HT. Los fármacos agonistas de 5-HT₃ (tegaserod) o antagonistas de los receptores HT₄ (alosetrón) no están disponibles en España, o bien se han retirado del mercado por sus efectos secundarios. Actúan sobre la sensibilidad visceral y la motilidad y están indicados en el SII-D y el SII-E.

- Lubiprostone actúa activando localmente los canales del calcio por lo que aumenta la secreción intestinal de fluidos. Está aprobada y disponible en Estados Unidos para SII con estreñimiento, pero no en Europa.

- Linaclotide es un agonista de la guanilato ciclasa que estimula la secreción de fluidos. Ha sido recientemente aprobada en España para los pacien-

tes de SII con estreñimiento, ya que mejora tanto el número de deposiciones como el dolor abdominal.

Tratamiento no farmacológico

- Terapias psicológicas. La psicoterapia y la hipnoterapia pueden resultar útiles en los pacientes con resistencia al tratamiento convencional.

- Acupuntura. Se dispone de datos que sugieren que la acupuntura podría ser de utilidad en el SII. ■

Bibliografía

Grundmann O, Yoon SL. Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment. An update for health-care practitioners. *J Gastroenterol Hepatol*. 2010; 25(4): 691-699. [Epub 2010 Jan 13]
Halland M, Talley NJ. New treatments for IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013; 10: 13-23

Kellow JE, Azpiroz F, Delvaux M, Gebhart GF, Mertz HR, Quigley EM, et al. Applied principles of neurogastroenterology: physiology/motility sensation. *Gastroenterology*. 2006; 130(5): 1.412-1.420.
Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Trastornos funcionales del intestino. En: Drossman DA. Trastornos gastrointestinales funcionales; 487-451.
Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130(5): 1.480-1.491.