

# Síndrome de intestino irritable: una perspectiva mundial

20 abril de 2009



## *Equipo de Revisión*

Prof. Eamonn Quigley (Presidente, Irlanda)

Prof. Michael Fried (Suiza)

Prof. K.A. Gwee (Singapur)

Prof. C. Olano (Uruguay)

Prof. F. Guarner (España)

Prof. I. Khalif (Rusia)

Prof. P. Hungin (Reino Unido)

Prof. G. Lindberg (Suecia)

Prof. Z. Abbas (Paquistán)

Prof. L. Bustos Fernandez (Argentina)

Prof. F. Mearin (España)

Prof. S.J. Bhatia (India)

Prof. P.J. Hu (China)

Prof. M. Schmulson (Mexico)

Dr. J.H. Krabshuis (Francia)

Dr. A.W. Le Mair (Países Bajos)

---

## Contenido

- 1 Introducción
- 2 Diagnóstico del SII
- 3 Evaluación del SII
- 4 Manejo del SII

## 1 Introducción

**Definición.** El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno intestinal funcional en el que la defecación se acompaña de dolor o molestia abdominal o alteraciones del hábito del movimiento intestinal. Es frecuente que se acompañe de hinchazón, distensión y alteraciones de la defecación.

El síndrome de intestino irritable es un trastorno intestinal funcional recidivante, definido por criterios diagnósticos basados en síntomas, en ausencia de causas orgánicas detectables. El cuadro sintomático no es específico de SII, ya que dichos síntomas pueden presentarse ocasionalmente en cualquier individuo. Para distinguir el SII de síntomas intestinales pasajeros, los expertos han subrayado la naturaleza crónica y recurrente del SII y han propuesto criterios diagnósticos con base en la frecuencia de aparición de dichos síntomas. (ver la sección sobre diagnóstico a continuación).

He aquí algunas características del SII:

- No se tiene conocimiento de que se acompañe de un aumento del riesgo de presentar cáncer o patología inflamatoria intestinal, o un aumento de la mortalidad.
- Genera importantes costos sanitarios directos e indirectos.
- No se ha demostrado ningún sustrato fisiopatológico que origine el SII.
- El SII puede evolucionar hacia otros trastornos gastrointestinales sintomáticos o superponerse con ellos (por ej., enfermedad por reflujo gastroesofágico, dispepsia y constipación funcional).
- Esta entidad habitualmente provoca síntomas que persisten en el largo plazo:
  - Puede aparecer en episodios.
  - Los síntomas varían y pueden estar vinculados a las ingestas.
  - En muchos pacientes los síntomas interfieren con la vida cotidiana y el funcionamiento social.
  - Algunas veces los síntomas pueden aparecer como consecuencia de una infección intestinal severa o precipitarse por eventos vitales mayores, o durante un período de mucha tensión

En general, esta entidad no es reconocida; muchos pacientes con síntomas de SII no consultan al médico y no se les hace un diagnóstico formal. El SII genera importantes costos sanitarios directos e indirectos.

### Subclasificación del SII

Siguiendo los criterios de Roma III, y según las características de las heces del paciente:

- SII con diarrea (SII-D):
  - Depositiones disminuidas de consistencia > 25% del tiempo y deposiciones duras < 25% del tiempo.
  - Hasta un tercio de los casos.
  - Más frecuente en hombres.

- SII con constipación (SII-C):
  - Deposiciones duras > 25% de las veces y deposiciones disminuidas de consistencia < 25% de las veces.
  - Hasta un tercio de los casos.
  - Más común en mujeres.
- SII con hábitos intestinales mixtos o patrones cíclicos (SII-M):
  - Deposiciones duras y blandas > 25% de las veces.
  - Un tercio a la mitad de los casos.

Sin embargo debe recordarse que:

- Los pacientes frecuentemente pasan de un subgrupo a otro.
- En los pacientes con SII es frecuente que se interpreten equivocadamente los síntomas de diarrea y constipación. Por ende, cuando muchos de estos pacientes se quejan de “diarrea”, de hecho se están refiriendo a la eliminación frecuente de materias formadas, y, en la misma población de pacientes, la “constipación” se puede referir a cualquiera de una serie de quejas vinculadas al intento de defecar y no simplemente a movimientos intestinales infrecuentes.

En el terreno clínico, se pueden utilizar otras subclasificaciones:

- En base a los síntomas:
  - SII en el que predomina la disfunción intestinal
  - SII en el que predomina el dolor
  - SII en el que predomina la hinchazón
- En base a los factores precipitantes:
  - Post-infeccioso (SII-PI)
  - Inducido por alimentos (inducido por las comidas)
  - Vinculado al estrés

Sin embargo, excepto por el SII-PI, que está bastante bien caracterizado, aún no se ha logrado definir la pertinencia de cualquiera de estas clasificaciones con respecto al pronóstico o la respuesta al tratamiento.

También hay que recordar que los criterios de Roma III no se usan comúnmente en la práctica clínica. Más aún, hay aspectos culturales que pueden incidir en la notificación de los síntomas. En India, por ejemplo, un paciente que declara tener que hacer fuerza para defecar o tránsito de deposiciones duras probablemente se queje de constipación aún cuando mueva el intestino más de una vez al día.

## Prevalencia e incidencia mundiales

El cuadro de la prevalencia mundial del SII dista de ser completo (Fig. 1), ya que son varias las regiones de las que no se dispone de datos. Además, a menudo es difícil comparar la información proveniente de las diferentes regiones debido al uso de diferentes criterios diagnósticos (en general, cuanto más “laxos” los criterios, mayor la prevalencia), además de la influencia de otros factores, como la selección de la población, inclusión o exclusión de trastornos comórbidos (por ejemplo ansiedad), acceso a servicios de salud e influencias culturales. En México, por ejemplo, la prevalencia de SII en la comunidad utilizando los criterios de Roma II fue 16%, pero la cifra aumentó a 35% entre los pacientes hospitalarios, utilizando los mismos criterios. Lo que es llamativo es que los datos disponibles sugieren que la prevalencia

es bastante similar en muchos países, a pesar de haber importantes diferencias en los estilos de vida.

- Se estima que la prevalencia de SII en Europa y América del Norte es de 10 a 15%. En Suecia, la cifra más comúnmente citada es 13.5%.
- La prevalencia de SII está aumentando en países de la región Asia–Pacífico, particularmente en países con economías en desarrollo. Las estimaciones de la prevalencia de SII (utilizando los criterios diagnósticos de Roma II) varían ampliamente en la región de Asia–Pacífico. Hay estudios en India que muestran que los criterios de Roma I para SII identifican más pacientes que los criterios de Roma II. Las prevalencias comunicadas incluyen 0.82% en Beijing, 5.7% en el sur de China, 6.6% en Hong Kong, 8.6% en Singapur, 14% en Pakistán, y 22.1% in Taiwán. Un estudio en China halló que la prevalencia de SII definido por los criterios de Roma III en pacientes ambulatorios era 15.9%.
- En general los datos de América del Sur son escasos; en Uruguay, por ejemplo, existe solo un estudio, indicando una prevalencia total de 10.9% (14.8% en mujeres y 5.4% en hombres); 58% con SII-C y 17% con SII-D. En 72% de los casos la instalación ocurrió antes de los 45 años.
- Los datos de África son aún más escasos. Un estudio en una población de estudiantes nigerianos basado en los criterios de Roma II halló una prevalencia de 26.1%. Un estudio de pacientes ambulatorios en el mismo país, basado en los mismos criterios, arrojó una prevalencia de 33%.

### Otras observaciones sobre la epidemiología del SII

- El SII se presenta fundamentalmente entre los 15 y 65 años de edad.
- Los pacientes suelen concurrir por primera vez al médico entre los 30 y 50 años.
- En algunos casos los síntomas pueden ser de larga data, habiendo aparecido en la infancia. La prevalencia es mayor en las mujeres, aunque este resultado no se reproduce en todos los países, como India, por ejemplo.
- Hay una disminución de la frecuencia de notificaciones entre individuos de más edad.
- La prevalencia estimada de SII en niños es similar a la de adultos.
- Los síntomas típicos del SII son comunes en las muestras de poblaciones “sanas”.

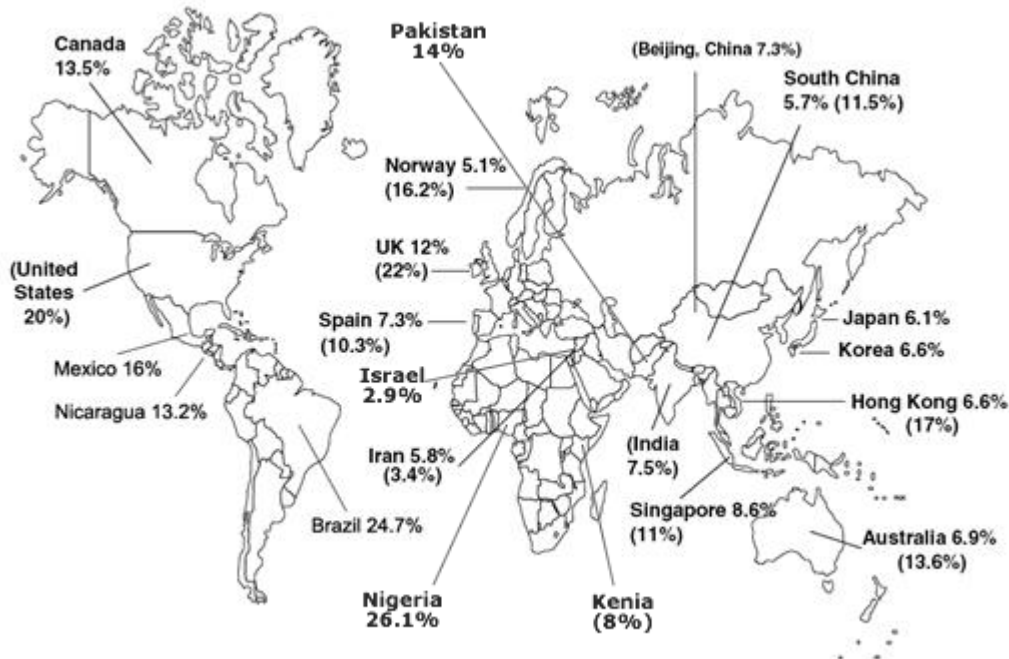


Fig. 1 Mapa mundial de la prevalencia de SII (2000–2004) basado en los criterios de Roma II y III, con cifras para los criterios de Manning en paréntesis donde estuvieran disponibles. Adaptado de: *Neurogastroenterol Motil* 2005;17:317–24.

### Datos demográficos de SII y características de presentación que difieren entre oriente y occidente

- Como sucede con los datos de prevalencia, la información sobre las características de presentación a nivel mundial también varían, y las comparaciones de los estudios basados en datos de la comunidad, datos de clínicas de pacientes ambulatorios y estadísticas hospitalarias están plagados de dificultades.
- Los síntomas del SII típicos son comunes en las muestras de poblaciones sanas, pero la mayoría de quienes padecen SII no tienen de hecho un diagnóstico médico. Esto puede explicar las aparentes diferencias de prevalencia entre los países. La mayoría de los estudios solo cuentan los SII diagnosticados y no la prevalencia en la comunidad.
- Un estudio en China mostró que la prevalencia del SII en el sur del país era más elevada que la comunicada en Beijing, pero más baja que la comunicada en países occidentales.
- Algunos estudios en países no occidentales indican:
  - Una falta de predominancia en mujeres (posiblemente debido a diferencias en el acceso a los servicios de salud – conductas de consulta). En el sur de China, por ejemplo, la relación hombre a mujer es solo 1: 1.25 (en comparación con 1: 2 en Europa occidental.).
  - Una clara asociación entre la molestia intensa y el SII en hombres, similar a la hallada en mujeres en los estudios occidentales.
  - Mayor frecuencia de dolor abdominal alto.
  - Menor impacto de los síntomas de defecación en la vida cotidiana del paciente (no evidente en China o México).

- Varios estudios sugieren que entre los afro americanos caribeños, en comparación con individuos blancos:
  - La frecuencia de las deposiciones es menor.
  - La prevalencia de la constipación es mayor.
- En América Latina, la predominancia de la constipación es más frecuente que la predominancia de la diarrea.
- La frecuencia de las deposiciones parece ser mayor en la comunidad de la India en su totalidad. 99% movían el intestino una o más veces al día.
- En México, 70% de los pacientes tenían ansiedad, 46% depresión y 40% ambos.
- En ese país, el SII tiene un elevado impacto económico porque lleva a un uso abundante de recursos médicos.
- En China es muy común ver una superposición clínica entre la dispepsia funcional y el SII, definido según los criterios de Roma III.
- Los trastornos psicológicos, eventos vitales y el estilo negativo de enfrentar la vida pueden jugar un importante papel en la patogenia del SII. Estos factores también pueden influir en el comportamiento de la enfermedad en el individuo y el resultado clínico.

---

## 2 Diagnóstico del SII

### Historia clínica

Al evaluar al paciente con SII, es importante no solo considerar los síntomas primarios de presentación, sino también identificar los factores precipitantes y otros síntomas gastrointestinales y extra gastrointestinales asociados. Es también vital buscar la presencia de síntomas de alarma, dirigiendo el interrogatorio directamente para descartarlos. La historia es fundamental y comprende tanto la identificación de estas características consideradas como típicas del SII, como el reconocimiento de “banderas rojas” que sugieran diagnósticos alternativos. En consecuencia, debería preguntársele al paciente sobre los siguientes elementos (las características marcadas con \* son compatibles con SII):

- El patrón de dolor o molestia abdominal:
  - Duración crónica\*
  - Tipo de dolor: intermitente\* o continuo
  - Episodios previos de dolor \*
  - Ubicación del dolor. En algunos individuos el dolor puede estar bien localizado (en el cuadrante inferior del abdomen, por ejemplo), mientras que en otros el dolor tiende a desplazarse.
  - Alivio con la defecación o con la eliminación de gases \*
  - El dolor nocturno es inhabitual y se lo considera una señal de alarma
- Otros síntomas abdominales:
  - Hinchazón
  - Distensión
  - Borborigmos
  - Flatulencia

(N.B. La distensión se puede medir; la hinchazón es una sensación subjetiva. Tal como se define en inglés la hinchazón y la distensión pueden no compartir la misma fisiopatología y no debería considerárselas como términos equivalentes e

intercambiables, si bien en otros idiomas pueden estar representadas por una única palabra. Tampoco necesariamente implica que esté aumentada la producción de gases intestinales).

- Naturaleza del trastorno intestinal asociado:
  - Constipación
  - Diarrea
  - Alternancia
- Anomalías de la defecación:
  - Diarrea durante >2 semanas (N.B. Siempre se recomienda hacer un esfuerzo por comprender exactamente lo que quiere decir el paciente cuando refiere “diarrea” y “constipación”)
  - Mucus en las heces
  - Urgencia en la defecación
  - Sensación de defecación incompleta (este síntoma ha sido relatado como de particular importancia en pacientes de las poblaciones asiáticas—51% en Singapur, 71% en India, 54% en Taiwán)

Otra información procedente de la historia del paciente y signos de advertencia importantes:

- Adelgazamiento no intencional
- Sangre en las deposiciones
- Antecedentes familiares de:
  - Neoplasia colorrectal
  - Enfermedad celíaca
  - Enfermedad intestinal inflamatoria
- Fiebre que acompaña al dolor abdominal bajo
- Relación con la menstruación
- Relación con:
  - Ingesta de medicamentos
  - Consumo de alimentos (especialmente leche), edulcorantes artificiales, productos dietéticos o alcohol
  - Viaje por regiones subtropicales
- Hábitos alimentarios anormales
  - Comidas irregulares o inadecuadas
  - Insuficiente ingesta de líquidos
  - Ingesta excesiva de fibras
  - Obsesión con la higiene en la dieta
- Antecedentes familiares de SII. El SII claramente se presenta con mayor frecuencia en determinadas familias, si bien no se comprende bien su genética
- Naturaleza de la aparición (una instalación súbita, vinculada a una exposición a gastroenteritis sugiere SII-PI)

### Valoración psicológica

No se ha demostrado que haya factores psicológicos que provoquen el SII o que influyan en su instalación. El SII no es un trastorno psiquiátrico o psicológico. Sin embargo, los factores psicológicos pueden:

- Incidir en la persistencia y percepción de la severidad de los síntomas abdominales

- Contribuir al deterioro de la calidad de vida y al uso excesivo de servicios de atención médica

Por estas razones, es común que el SII coexista con afecciones psicológicas, como:

- Ansiedad
- Depresión
- Somatización
- Hipocondría
- Miedos vinculados a los síntomas

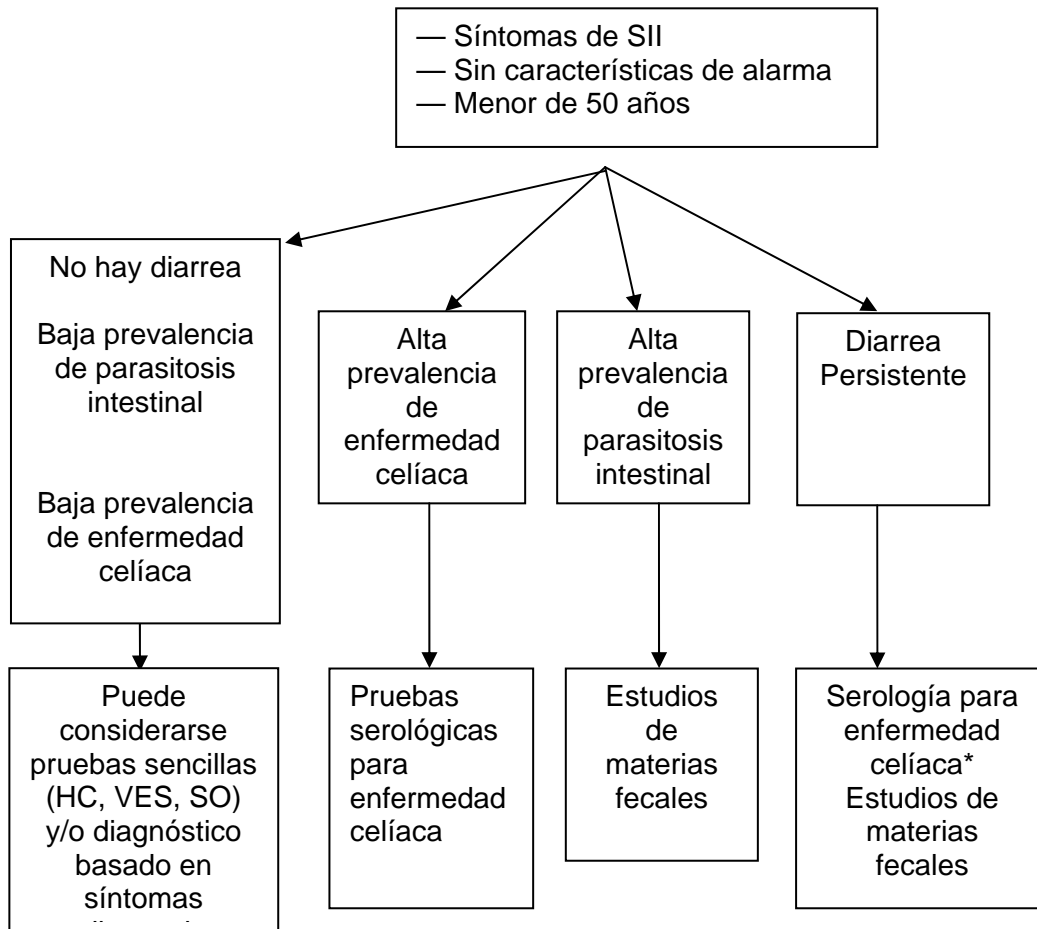
Los siguientes elementos pueden servir como una valoración objetiva de las características psicológicas:

- Escala (HADS) (Escala hospitalaria de ansiedad y depresión). Se trata de un cuestionario sencillo con 14 puntos que miden el nivel de ansiedad y depresión.
- La prueba SOC (sentido de la coherencia) puede utilizarse para identificar pacientes con un SOC bajo que respondan a la terapia cognitiva comportamental.
- El cuestionario PHQ-15 de salud del paciente contiene 15 puntos; ayuda a identificar la presencia de múltiples síntomas somáticos (somatización). Antes de utilizar este cuestionario en la práctica clínica, es preciso validarlo para el país en el que se pretenda usar.

### Examen físico

- El examen físico tranquiliza al paciente y ayuda a detectar posibles causas orgánicas.
- Se realiza un examen general buscando signos de enfermedad sistémica.
- Examen abdominal:
  - Inspección
  - Auscultación
  - Palpación
- Examen de la región perianal:
  - Tacto rectal

## Algoritmo diagnóstico de SII



HC, hemograma completo; SO, test de sangre oculta en materias fecales; VES, velocidad de eritro sedimentación.

\* Donde fuere relevante, es decir, cuando existe una alta prevalencia de enfermedades como enfermedad celíaca, parasitosis y enfermedad intestinal inflamatoria o colitis linfocítica, respectivamente.

## Cascada diagnóstica del SII

### Nivel 1

- Historia, examen físico, exclusión de síntomas de alarma, consideración de factores psicológicos
- Hemograma completo (HC), velocidad de eritrosedimentación (VES) o proteína C reactiva (PCR), estudios de materias fecales (leucocitos, huevos, parásitos, sangre oculta)
- Función tiroidea, anticuerpos contra transglutaminasa tisular (TTG)
- Colonoscopia y biopsia \*
- Marcadores de inflamación en materias fecales (por ejemplo, calprotectina)

## Nivel 2

- Historia, examen físico, exclusión de síntomas de alarma, consideración de factores psicológicos
- HC, VES o PCR, estudios de materias fecales, función tiroidea
- Sigmoidoscopia\*

## Nivel 3

- Historia, examen físico, exclusión de síntomas de alarma, consideración de factores psicológicos
- HC, VES, y examen de materias fecales

\* N.B. Aún en los países “ricos” no todos los pacientes necesitan colonoscopia; se limitaría su uso en particular en los individuos con síntomas y signos de alarma y sujetos mayores de 50 años. La necesidad de exámenes, sigmoidoscopia y colonoscopia, en particular, debería también depender de las características del paciente (modo de presentación, edad, etc.) y la ubicación geográfica (es decir, si se trata o no de un área de alta prevalencia de enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad celíaca, cáncer de colon o parasitosis). Se podría argumentar por ejemplo, que una mujer de 21 años con síntomas de SII-D y sin motivos de alarma, justificaría como mucho hacer serología celíaca (cuando correspondiere).

## 3 Evaluación del SII

Habitualmente se sospecha un diagnóstico de SII en base a los antecedentes y el examen físico del paciente, sin hacerse pruebas adicionales. La confirmación del diagnóstico de SII requiere excluir de manera confiable una enfermedad orgánica, considerando las características y formas de presentación de cada paciente individual. En muchos casos (por ejemplo en pacientes jóvenes sin características de alarma), se puede hacer un diagnóstico seguro simplemente en base a la clínica.

### Criterios diagnósticos (Roma III)

- Instalación de los síntomas por lo menos 6 meses antes del diagnóstico
- Dolor o molestia abdominal recurrente durante > 3 días por mes en los últimos 3 meses
- Por lo menos dos de las siguientes características:
  - Mejora con la defecación
  - Se acompaña de alteraciones de la frecuencia de las deposiciones
  - Se acompaña de variaciones de la forma de las deposiciones

En la práctica clínica, ya sea en atención primaria o en el consultorio de especialista, los clínicos habitualmente basan su diagnóstico de SII evaluando al paciente completo (a menudo con el paso del tiempo) y consideran una serie de características que apoyan su diagnóstico (aparte del dolor y la molestia que acompañan a la defecación o las modificaciones de la frecuencia o forma de las deposiciones).

Síntomas comunes del SII y que apoyan el diagnóstico:

- Hinchazón

- Forma anormal de las deposiciones (duras y/o disminuidas de consistencia)
- Frecuencia anormal de las deposiciones (menos de tres veces por semana o más de tres veces por día)
- Esfuerzo en la defecación
- Urgencia
- Sensación de evacuación incompleta
- Eliminación de mucus por el recto

Características del comportamiento que ayudan a reconocer el SII en la práctica general:

- Los síntomas se presentan durante más de 6 meses
- El estrés agrava los síntomas
- Consultas frecuentes por síntomas no gastrointestinales
- Antecedentes de síntomas médicos anteriores sin explicación
- Agravación después de las comidas
- Se acompaña de ansiedad y/o depresión

Molestias no colónicas que a menudo acompañan al SII:

- Dispepsia—descrita en 42–87% de los pacientes con SII
- Náuseas
- Pirosis

Síntomas no gastrointestinales asociados:

- Letargia
- Dolor de espaldas y otros dolores musculares y articulares
- Cefaleas
- Síntomas urinarios:
  - Nocturia
  - Frecuencia y urgencia de micción
  - Vaciamiento incompleto de la vejiga
- Dispareunia
- Insomnio
- Baja tolerancia a la medicación

### Otras pruebas o exámenes adicionales

En la mayoría de los casos de SII no se necesita ninguna prueba o examen adicional. En los casos sencillos de SII, y especialmente en los individuos más jóvenes, se recomienda hacer un esfuerzo por mantener los exámenes a un mínimo.

- Considerar pruebas o exámenes adicionales si se presentan señales de advertencia “banderas rojas” :
  - Aparición de los síntomas después de los 50 años de edad
  - Síntomas de aparición reciente
  - Pérdida de peso no intencional
  - Síntomas nocturnos
  - Antecedentes familiares de cáncer de colon, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal
  - Anemia

- Sangrado rectal
- Uso reciente de antibióticos
- Tumoraciones abdominales/rectales
- Elevación de marcadores inflamatorios
- Fiebre
- Si bien son exámenes que se realizan comúnmente, los hemogramas completos, las pruebas de bioquímica sérica, las pruebas de función tiroidea y los estudios de materias fecales en búsqueda de sangre oculta, huevos y parásitos están indicados solo si la historia clínica lo sugiere o donde fuere pertinente a nivel local.
- También se pueden considerar otras pruebas o exámenes si:
  - El paciente tiene síntomas persistentes o sigue ansioso a pesar del tratamiento.
  - Ha habido un cambio cualitativo importante en los síntomas crónicos. Debe considerarse una nueva condición coexistente.

## Diagnóstico diferencial

### *Esprue celíaco/ enteropatía por gluten*

Los principales síntomas y/o hallazgos:

- Diarrea crónica
- Crecimiento insuficiente (en niños)
- Fatiga
- Se estima que afecta  $\pm$  1% de todas las poblaciones indoeuropeas
- Considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial en regiones de alta prevalencia

N.B.: Muchos pacientes con enfermedad celíaca *no* tienen las características clásicas y pueden presentarse con síntomas tipo “tipo SII”, incluyendo constipación. Por lo tanto debe mantenerse un umbral bajo para decidir la investigación en las regiones de alta prevalencia (aquellas con una prevalencia  $>$  1% en la población general).

### *Intolerancia a la Lactosa*

Síntomas y/o hallazgos principales:

- Síntomas (hinchazón, flatulencia, diarrea) intensamente ligada al consumo de productos lácteos
- Se puede identificar con una prueba de hidrógeno espirado de lactosa después de una prueba positiva de ingesta de leche

### *Enteropatía inflamatoria (Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa)*

Síntomas y/o hallazgos principales:

- Variaciones importantes de la prevalencia a nivel mundial
- La diarrea ha persistido durante  $>$  2 semanas
- Sangrado rectal
- Tumoración inflamatoria, pérdida de peso, enfermedad perianal, fiebre

### *Carcinoma colorrectal*

Síntomas y/o hallazgos principales:

- Pacientes mayores que presentan síntomas sugestivos de SII por primera vez
- Eliminación de sangre en las heces
- Pérdida de peso no intencional
- El dolor puede ser de tipo obstructivo para las lesiones del lado izquierdo
- Anemia o ferropenia para las lesiones del lado derecho

### *Colitis linfocítica y colágena*

- Es responsable de 20% de la diarrea no explicada en pacientes mayores de 70 años
- Habitualmente indolora
- Es más común en mujeres de edad media (M : F = 1 : 15)
- Se diagnostica en biopsias de colon

### *Diarrea aguda debida a protozoarios o bacterias*

Síntomas y/o hallazgos principales:

- Instalación aguda de la diarrea
- Examen de materias fecales o biopsia duodenal

Una revisión reciente del papel de los protozoarios intestinales en el SII concluyó que “Es posible que los parásitos protozoarios, como *Blastocystis hominis* y *Dientamoeba fragilis*, intervengan en la etiología del SII. Se sabe que *Dientamoeba fragilis* provoca síntomas tipo SII y que tiende a provocar infecciones crónicas, pero su diagnóstico se basa en estudios microscópicos con tinción, que no se realizan en muchos laboratorios, llevando así al diagnóstico equivocado de dientamebiasis como SII. El papel de *B. hominis* como agente etiológico de SII no es concluyente, ya que los informes son contradictorios y la naturaleza de *B. hominis* como patógeno humano es controvertida. Si bien las infecciones por *Entamoeba histolytica* ocurren predominantemente en las regiones del mundo en desarrollo, el diagnóstico clínico de amebiasis a menudo es difícil porque los síntomas de los pacientes con SII pueden ser muy parecidos a los de los pacientes con colitis amebiana no disintérica. Las manifestaciones clínicas de la infección por *Giardia intestinalis* también varían, y pueden ir desde un portador asintomático, hasta la diarrea aguda y crónica con dolor abdominal.”

Si bien en India se recomienda hacer estudios coproparasitarios en búsqueda de *Giardia* y *Amoeba*, es común que la gente se automedique con imidazoles, lo que dificulta la interpretación de los resultados.

N.B.: Es esencial que todos los pacientes con SII en las áreas relevantes sean sometidos a estudios parasitológicos, para descartar la presencia de parásitos protozoarios como agentes causales de las características clínicas.

### *Sobreinfección bacteriana del intestino delgado (por sus siglas en inglés: SIBO)*

- Las características clásicas de la SIBO son las características de la mala digestión y la malabsorción.
- Algunos de los síntomas de la SIBO (hinchazón, diarrea) pueden superponerse con los del SII, lo que ha llevado a sugerir que SIBO sea común en el SII.
- La mayor parte de la evidencia sugiere que SIBO *no* es común en SII.

### *Diverticulitis*

La relación entre el SII y la denominada “patología diverticular dolorosa” no está clara; ¿Puede ser que la enfermedad diverticular dolorosa no sea más que un SII en un paciente portador de divertículos? En la diverticulitis, los síntomas y/o hallazgos clásicos son episódicos y pueden ser de agudos a subagudos durante un episodio, presentando:

- Dolor abdominal del lado izquierdo
- Fiebre
- Tumoración inflamatoria dolorosa en el cuadrante inferior izquierdo

Sin embargo, actualmente es evidente que los pacientes afectados pueden tener más síntomas crónicos entre los episodios/empujes bien definidos.

### *Endometriosis*

Principales síntomas y/o hallazgos:

- Dolor abdominal inferior cíclico
- Ovarios aumentados de tamaño o ganglios dorsales al cuello uterino (al tacto vaginal)

### *Enfermedad inflamatoria pélvica*

Principales síntomas y/o hallazgos:

- Dolor de abdomen inferior no agudo
- Fiebre
- Dolor a la presión ascendente o dolor de los anexos y anexos hinchados (al tacto vaginal)

### *Cáncer de ovario*

En las mujeres mayores de 40, debe considerarse el cáncer de ovario en el diagnóstico diferencial. En una encuesta realizada entre las mujeres con cáncer de ovario, los siguientes fueron los síntomas más comunes:

- Aumento del tamaño abdominal
- Hinchazón
- Urgencia urinaria
- Dolor pelviano

La combinación de hinchazón, aumento del tamaño abdominal, y síntomas urinarios se encontró en 43% de las mujeres con cáncer de ovario pero solo en 8% de una población de control.

### Comorbilidad con otras enfermedades

Los pacientes que presentan superposición de síndromes tienden a tener un SII más severo.

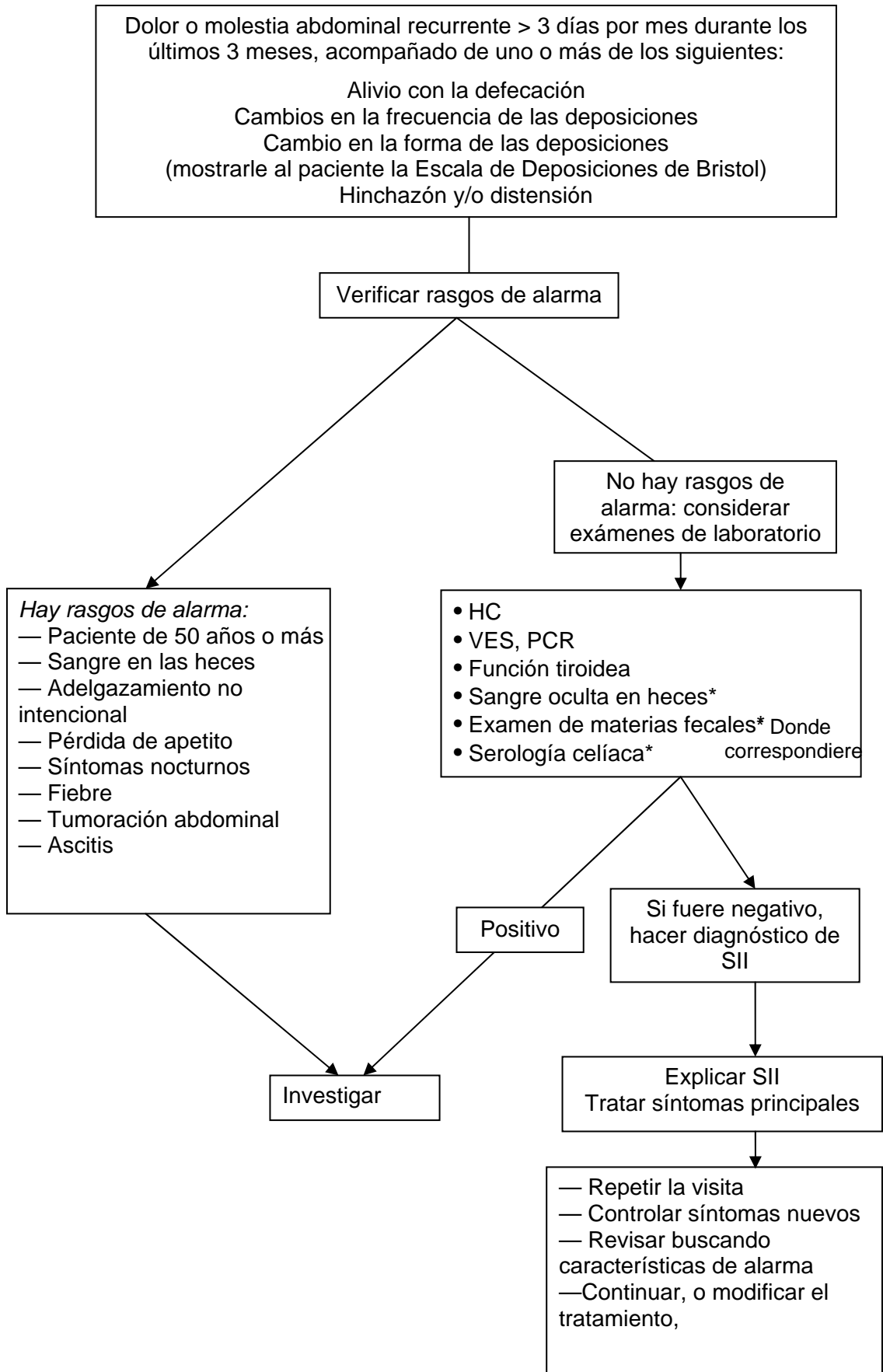
- Fibromialgia—en 20–50% de los pacientes con SII (a pesar de que no hay evidencia de esto en China, por ejemplo)
- El SII es común en varios otros trastornos que se presentan con dolor crónico:
  - Presente en 51% de los pacientes con síndrome de fatiga crónica
  - Trastornos de la articulación témporo-mandibular: 64%
  - Dolor pélvico crónico: 50%
  - Dispepsia no ulcerosa, disquinesia biliar

---

## 4 Manejo del SII

### Introducción

El siguiente diagrama brinda una reseña general de un esquema de manejo para el paciente que consulta con síntomas tipo SII:



N.B.: Como la ansiedad del paciente juega un papel importante, es fundamental tranquilizarlo, explicando la situación.

Dado que no hay un acuerdo general sobre la causa del SII, no es sorprendente que actualmente no se considere ningún tratamiento en particular en todo el mundo como universalmente aplicable al manejo de todos los pacientes que lo padecen.

Dada también la asociación común entre los síntomas del SII y factores tales como la dieta, el estrés, y factores psicológicos, debe prestarse atención a la adopción de medidas que puedan aliviar, si no eliminar, dichos precipitantes. Podría esperarse que las diferencias de dieta entre los diferentes países y grupos étnicos tuviera una influencia significativa sobre la prevalencia de los síntomas del SII, pero se dispone de poca información. Los beneficios de las dietas de eliminación, de existir, están todavía por confirmarse.

Los datos recientes sobre los trastornos de la flora intestinal (microbiota) en el SII, así como la sugerencia arriba mencionada (controvertida) de que SIBO pueda ser un factor, han despertado el interés en enfoques novedosos: probióticos, prebióticos y antibióticos. Los meta-análisis recientes confirman que los probióticos podrían tener un papel en manejo del SII, pero también dejan claro que los efectos de los probióticos en SII, como en todo lo demás, son altamente específicos de la cepa. La variabilidad y formulación de las cepas específicas varía drásticamente en el mundo. Por ejemplo, *Bifidobacterium infantis* 35624, que actualmente es el que dispone de mejor base de evidencia para su eficacia en SII, se encuentra sólo en Estados Unidos. Los temas de control de calidad también siguen complicando las recomendaciones en esta área.

Los pacientes con SII habitualmente recurren a una serie de terapias alternativas/complementarias en todo el mundo. En India (en la medicina Ayurvedic) y China, por ejemplo, existen remedios de hierbas que se usan frecuentemente para el SII. Sin embargo, es difícil valorar su eficacia, ya que la concentración de ingredientes activos varía considerablemente según cuál sea el proceso de extracción. Son pocas las terapias alternativas que han sido sometidas al rigor de ensayos aleatorizados en SII.

La información preliminar sobre antibióticos no absorbibles (por ejemplo,  $3 \times 400$  mg/día) es alentadora, pero los ensayos hasta la fecha han sido demasiado pequeños como para poder extraer conclusiones firmes.

Una revisión sistemática reciente, si bien destaca las limitaciones de los diseños de ensayo en muchas instancias, aporta evidencias para apoyar el uso de antidepresivos (tanto tricíclicos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (serotoninérgicos) en el SII. Es frecuente que se prescindiera de los factores no farmacológicos, pero son de fundamental importancia en el manejo del SII. La relación médico-paciente es esencial y debería incluir la atención a los siguientes elementos, tanto durante la evaluación inicial como en el seguimiento posterior:

- Identificación y exploración de las preocupaciones del paciente. Debería establecerse una relación positiva médico-paciente, aceptando que los síntomas y las molestias del paciente son reales.
- Apreciación de la repercusión de los síntomas.
- Análisis de las ansiedades del paciente en relación con los síntomas y los posibles diagnósticos, buscando eliminar preocupaciones innecesarias.
- Identificación y ayuda a resolver factores de estrés.

- Reducción de la conducta evitativa. Los pacientes pueden evitar actividades que temen les provoquen síntomas, pero la conducta evitativa tiene una influencia negativa sobre el pronóstico.
- Orientaciones generales sobre la dieta y en actividad: si bien una dieta rica en fibras (donde correspondiere), horarios de comidas regulares, ingesta de suficientes líquidos, y suficiente actividad física pueden tener (en general) efectos beneficiosos, no se dispone de ninguna prueba adecuada que muestre que esas medidas influyan directamente en los resultados de SII.

### Tratamiento medicamentoso

A nivel mundial, se utiliza una gran variedad de agentes para el tratamiento de los síntomas individuales de SII, a continuación:

- Antiespasmódicos para el dolor.
- Laxantes, fibra y agentes de volumen para la constipación. La lubiprostona ( $2 \times 24 \mu\text{g}/\text{día}$ ) un agonista de los canales de cloro ha sido aprobada recientemente por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para la constipación crónica y el SII, en el que predomina la constipación, pero todavía queda por establecerse el papel exacto de dichos agentes en el manejo general del SII.
- Fibra, agentes de volumen y antidiarreicos para la diarrea.
- Resinas de carbón, antiflatulentos, y otros agentes para la hinchazón, distensión, y flatulencia.

Es importante destacar que la variedad de agentes disponibles y sus formulaciones varían considerablemente entre los países, y es necesario que los médicos tratantes conozcan a fondo el perfil de eficacia y riesgo de cualquier agente que vayan a indicar, sin extrapolar evidencias que surgen de otros agentes de la misma clase o agentes que tienen modos de acción similares.

### Dolor

- De ser necesario un analgésico, se prefiere el paracetamol antes que los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). A toda costa deben evitarse los opiáceos, ya que la dependencia y la adicción constituyen un alto riesgo en una afección crónica como ésta. Además los AINEs y los opiáceos también tienen efectos colaterales indeseables sobre el tubo digestivo.
- La cepa probiótica *Bifidobacterium infantis* 35624 (una cápsula por día) ha demostrado reducir el dolor, la hinchazón, y la dificultad en la defecación, además de normalizar el hábito de tránsito intestinal en los pacientes con SII, independientemente del hábito predominante; sin embargo, a la fecha solo se encuentra disponible en Estados Unidos.
- Antiespasmódicos:
  - La disponibilidad de compuestos varía tremendamente en todo el mundo.
- Antidepresivos tricíclicos:
  - Amitriptilina, con una dosis inicial de 10 mg/día, dosis meta 10–75 mg/día, al acostarse.
  - Desipramina, dosis inicial 10 mg/día, dosis meta 10–75 mg/día, al acostarse. Esta medicación tiende a ser constipante y debe evitarse en los pacientes ya constipados.

- Serotoninérgicos (Inhibidores de la recaptación de la serotonina):
  - Paroxetina, 10–60 mg/día.
  - Citalopram, 5–20 mg/día.

### Constipación

- Una dieta rica en fibras y un formador de volumen (ejemplo, psilio) combinado con una ingesta suficiente de líquidos parecería ser una estrategia lógica en SII, pero la base de evidencia no es convincente y en algunos pacientes puede haber un agravamiento de la hinchazón y la distensión. Un estudio en India analizó el contenido de fibra de la dieta de los pacientes indios con SII y controles, y encontró que no era necesario suplementar con fibras, ya que el contenido de fibras de la dieta era igual a la ingesta recomendada para los pacientes con SII.
- La cepa probiótica *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 ha demostrado acelerar el tránsito gastrointestinal y aumentar la frecuencia de las deposiciones entre los pacientes con SII con constipación.
- Los laxantes osmóticos a menudo resultan útiles; son pocos los que han sido probados formalmente en SII.
- Lubiprostona:
  - Para el tratamiento de SII con constipación en mujeres de 18 años y más.
  - Administrarla dos veces por día en dosis de 8- $\mu$ g con alimentos y agua.

### Diarrea

- La loperamida (2 mg todas las mañanas o dos veces al día) no es más eficaz que un placebo para reducir el dolor, la hinchazón, y los síntomas generales de SII, pero es un agente eficaz para el tratamiento de la diarrea, reduciendo la frecuencia de las deposiciones y mejorando su consistencia.
- Alosetrón, un antagonista del receptor 5-hidroxitriptamina-3 (5-HT<sub>3</sub>):
  - Indicado sólo en mujeres con SII severo con predominancia de diarrea > 6 meses y que no responden a los agentes antidiarreicos.
  - Rara vez puede provocar colitis isquémica.

### Tratamiento de la hinchazón y la distensión

- Las dietas que producen menos gas pueden ser de ayuda en algunos pacientes.
- No existe evidencia que apoye el uso de productos que contienen carbón activado, “antiflatulentos,” simeticona, y otros agentes en SII.
- Probióticos: se han hecho ensayos clínicos que muestran la eficacia de algunas cepas específicas, como *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 y el cóctel probiótico VSL#3, para hinchazón, distensión, y flatulencia. Otros, tales como *Bifidobacterium infantis* 35624, reducen la hinchazón, así como otros síntomas importantes de SII.
- El tratamiento antibiótico con rifaximina 3  $\times$  400 mg/día ha demostrado reducir la hinchazón en algunos pacientes con SII.

### Fuerza de Tareas ACG para recomendaciones del manejo de SII

El grupo de tareas para SII del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) publicó una revisión sistemática basada en la evidencia sobre el manejo del SII en

enero de 2009 (*Am J Gastroenterol* 2009;104:S1–35). A continuación se resumen sus conclusiones.

*Agentes antiespasmódicos, incluyendo aceite de menta.* Ciertos antiespasmódicos (hioscina, cimetropion, pinaverio, y aceite de menta) pueden proporcionar alivio del dolor o la molestia abdominal del SII por períodos cortos. No se dispone de evidencia para la eficacia a largo plazo, y la evidencia para seguridad y tolerabilidad es limitada.

*Fibra en la dieta, agentes de volumen, y laxantes.* El muciloide hidrófilo de psilio (cáscara de ispaghula) es moderadamente eficaz. Un único estudio describió mejoras con el policarbofilo de calcio. El salvado de trigo o de maíz no son más eficaces que placebo para aliviar los síntomas generales de SII y no se los puede recomendar de rutina. El laxante polietilenglicol (PEG) demostró mejorar la frecuencia de las deposiciones, pero no el dolor abdominal, en un pequeño estudio secuencial con adolescentes con SII-C.

*Antidiarreicos.* El agente antidiarreico loperamida no es más eficaz que el placebo en la reducción del dolor, hinchazón, o síntomas generales de SII, pero es un agente eficaz para el tratamiento de la diarrea, reduciendo la frecuencia de las deposiciones y mejorando su consistencia. No se han realizado ensayos controlados aleatorizados que comparen la loperamida con otros agentes antidiarreicos. Falta información de seguridad y tolerabilidad de la loperamida.

*Antibióticos.* Un ciclo corto de antibiótico no absorbible es más eficaz que el placebo para una mejoría global del SII y para la hinchazón. No se dispone de datos que apoyen la seguridad y eficacia a largo plazo de los antibióticos no absorbibles para el manejo de los síntomas de SII.

*Probióticos.* En estudios con un único organismo, los lactobacilos no parecieron ser eficaces para los pacientes con SII. Las Bifidobacterias y ciertas combinaciones de probióticos demuestran algo de eficacia.

*Antagonistas de los receptores 5-HT<sub>3</sub>.* El antagonista del receptor 5-HT<sub>3</sub> alosetrón es más eficaz que placebo en el alivio de los síntomas generales de SII en los pacientes con SII con diarrea de ambos sexos. Los efectos colaterales potencialmente graves, incluyendo constipación e isquemia de colon, aparecen con mayor frecuencia en pacientes tratados con alosetrón comparado con placebo. El balance de daño y beneficio para alosetrón es más favorable en las mujeres con SII severo y diarrea que no han respondido a las terapias convencionales. La calidad de la evidencia para la eficacia de los antagonistas de 5-HT<sub>3</sub> en SII es alta.

*Activadores selectivos de los canales de cloro C-2.* La lubiprostona a una dosis de 8 µg dos veces al día es más eficaz que placebo para aliviar los síntomas generales de SII en las mujeres con SII-C.

*Agentes antidepresivos.* Los antidepresivos tricíclicos (TCAs) y los serotoninérgicos son más eficaces que el placebo para aliviar los síntomas generales del SII, y parecen reducir el dolor abdominal. Los datos sobre la seguridad y tolerabilidad de estos agentes en pacientes con SII son limitados.

N.B.: Mientras que para muchos tratamientos usados comúnmente en el manejo del SII la base de evidencia es débil, para otros es inexistente.

## Otros tratamientos (incluyendo los psicológicos)

Recomendaciones no farmacológicas generales:

- Hable con el paciente sobre sus ansiedades. Esto reduce las quejas; apunte a eliminar preocupaciones innecesarias.
- Busque reducir la conducta evitativa. Los pacientes pueden evitar actividades que temen les provoquen los síntomas, pero la conducta evitativa tiene una influencia negativa sobre el pronóstico.
- Hable sobre el miedo al cáncer.
- Analice y busque resolver los factores de estrés.
- Los horarios regulares de las comidas, la ingesta suficiente de líquidos, y una suficiente actividad física pueden tener efectos beneficiosos generales, pero no hay una prueba adecuada de que influyan sobre el SII.

Aparte de los enfoques generales arriba descritos para guiar la conducta de la relación médico-paciente en el SII, pueden contemplarse intervenciones psicológicas más formales en ciertas circunstancias y dependiendo de la disponibilidad de recursos y pericia apropiados. Dichos abordajes pueden incluir:

- Terapia cognitivo/conductual, en grupo, o sesiones individuales
- Técnicas comportamentales que buscan modificar las conductas disfuncionales a través de:
  - Técnicas de relajación
  - Manejo de contingencias (recompensando el comportamiento saludable)
  - Entrenamiento de reafirmación
- Hipnosis

La Fuerza de Tareas del ACG concluyó que las terapias psicológicas, incluyendo la terapia cognitiva, la psicoterapia dinámica, y la hipnoterapia, pero no así la terapia de relajación, son más eficaces que los cuidados habituales en el alivio general de los síntomas.

En relación con las terapias con hierbas y acupuntura, la Fuerza de Tareas del ACG estudió los ensayos controlados aleatorizados disponibles, fundamentalmente analizando mezclas de hierbas chinas específicas, concluyendo que los resultados parecían mostrar un beneficio. No se pudo combinar estos estudios en un metaanálisis con significado; sin embargo, y en términos generales, persiste la posibilidad de confusión con respecto a los beneficios de la terapia con hierbas chinas en SII, debido a la variabilidad de los componentes utilizados y de su pureza. Además, se plantean importantes preocupaciones sobre la toxicidad, especialmente la insuficiencia hepatocítica, por el uso de cualquier mezcla de hierbas chinas. Una revisión sistemática de los ensayos sobre la acupuntura no resultó concluyente debido a la heterogeneidad de los resultados. Antes de poder realizar cualquier recomendación sobre la acupuntura o la terapia con hierbas se necesita profundizar la investigación.

## Pronóstico

Para la mayoría de los pacientes con SII, es probable que los síntomas persistan, pero no que empeoren. Una pequeña proporción se deteriorará, y algunos se recuperarán

completamente. Por ejemplo, un estudio reciente encontró que mientras que 18% de una muestra aleatoria de 1.021 sujetos en la población general (EE.UU.) tenía SII, 38% no tenía quejas 12–20 meses después.

Entre los factores que pueden afectar negativamente el pronóstico se incluyen:

- Conducta evitativa vinculada a los síntomas de SII
- Ansiedad sobre ciertas patologías médicas
- Función alterada como resultado de los síntomas
- Síntomas de SII de larga data
- Persistencia de una vida crónicamente estresante
- Comorbilidad psiquiátrica

Las medidas que adopte el médico pueden afectar positivamente el resultado del tratamiento:

- Reconocimiento de la enfermedad
- Enseñarle al paciente sobre SII
- Tranquilizar al paciente

## Seguimiento

En los casos leves, generalmente no hay necesidad de hacer consultas de seguimiento en el largo plazo, a no ser que:

- Los síntomas persistan, con inconveniencia o disfunción considerables.
- El paciente esté seriamente preocupado sobre su afección.
- Diarrea > 2 semanas.
- La constipación persista y no responda al tratamiento.
- Aparezcan signos de advertencia de posible enfermedad gastrointestinal grave:
  - Sangrado rectal
  - Anemia
  - Pérdida de peso no intencional
  - Antecedentes familiares de cáncer de colon
  - Fiebre
  - Un cambio importante de los síntomas
- Cuidado con la aparición de trastornos de la alimentación:
  - La mayoría de los individuos con SII prueban alguna forma de manipulación dietética.
  - Esto puede llevar a dietas nutricionalmente inadecuadas o ingestión de cantidades anormales de fruta, cafeína, productos lácteos, y fibra dietética.
  - La tendencia a presentar un trastorno de la alimentación es más común en las pacientes con SII de sexo femenino.

## Cascada de manejo del SII

### Nivel 1

- Tranquilizar, realizar una revisión de la dieta y del estilo de vida y asesorar
- Probar un probiótico de calidad con eficacia probada
- Tratamiento sintomático del dolor con:
  - Dolor con un antiespasmódico disponible localmente; para los pacientes más

severamente afectados agregar un antidepresivo tricíclico o un serotoninérgico a baja dosis

— Constipación con medidas dietéticas y suplementación con fibras, progresando a laxantes osmóticos o lactulosa

— Diarrea con antidiarreicos simples

- Considerar abordajes psicológicos (hipnoterapia, psicoterapia, terapia de grupo) y consulta con un dietista, cuando estuviera indicado
- Agregar agentes farmacológicos específicos, donde estuvieren aprobados:
  - Lubiprostona para SII-C
  - Rifaximina para diarrea e hinchazón
  - Alosetrón para SII-D

## Nivel 2

- Tranquilizar, realizar una revisión de la dieta y del estilo de vida y asesorar
- Agregar un probiótico de calidad con eficacia probada
- Tratamiento sintomático de:
  - Dolor con un antiespasmódico disponible localmente; para los casos más severamente afectados agregar un antidepresivo tricíclico a dosis bajas
  - Constipación con medidas dietéticas y suplementación con fibras
  - Diarrea con agentes de volumen y antidiarreicos simples

## Nivel 3

- Tranquilizar, realizar una revisión de la dieta y del estilo de vida y asesorar
- Tratamiento sintomático de:
  - Dolor con antiespasmódicos disponibles localmente
  - Constipación con medidas dietéticas y suplementación con fibras
  - Diarrea con agentes de volumen y antidiarreicos simples