

ARTÍCULO ORIGINAL

La detección y tratamiento del hipotiroidismo subclínico en pacientes con síndrome de intestino irritable. ¿Modifica el uso de recursos de salud?

Dr. Ramón Carmona-Sánchez*

* Departamento de Medicina Interna, Servicio de Gastroenterología. Hospital Ángeles-Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, S.L.P.

Correspondencia: Dr. Ramón Carmona-Sánchez. Centro Médico del Potosí-Hospital Ángeles, Antonio Aguilar 155, int. 510, Col. Burócratas, C.P. 78200, San Luis Potosí, S.L.P. Tel. y fax: 444-8340-552. Correo electrónico: rcarmonas1@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 18 de mayo de 2007.

Aceptado para publicación: 7 de agosto de 2007.

RESUMEN Antecedentes: se desconoce si el tratamiento y control de enfermedades coexistentes con el síndrome de intestino irritable (SII) modifica el empleo de recursos de salud en este padecimiento. **Objetivos:** determinar si el tratamiento del hipotiroidismo subclínico en pacientes con SII disminuyó el uso de recursos de salud y ausentismo laboral. **Material y métodos:** pacientes con SII con hipotiroidismo subclínico (casos) y enfermos con SII sin hipotiroidismo (controles) fueron diagnosticados en un periodo de tres años. Otras enfermedades fueron descartadas mediante un mismo grupo de exámenes. Cuatro años después se les aplicó una encuesta referente a los eventos médicos asociados, al uso de servicios de salud y ausentismo laboral durante el año previo. Los controles fueron pareados por edad y género a razón de dos por cada caso. **Resultados:** se estudiaron 14 casos y 28 controles, todas mujeres, con edad promedio de 46 años. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con respecto a la proporción de enfermos que habían recibido tratamiento médico para SII (79 casos vs. 82% controles), la prescripción de psicotrópicos (36 vs. 36% respectivamente), la proporción que había acudido a urgencias por malestares digestivos (21 vs. 18% respectivamente), el ausentismo laboral (7 vs. 11% respectivamente) y la proporción de pacientes sometidas a cirugía abdominal (14 vs. 11%, respectivamente). El número promedio de visitas al médico por malestares digestivos durante el año previo a la entrevista fue similar en ambos grupos (3.1 casos vs. 3.4 controles). **Conclusiones:** la detección y el tratamiento de hipotiroidismo subclínico no modifica el uso de recursos de salud en el SII.

Palabras clave: síndrome de intestino irritable, hipotiroidismo, tratamiento, Roma II, diagnóstico.

SUMMARY Background: It is still unknown whether the treatment and control of conditions that coexist with irritable bowel syndrome (IBS) change the utilization of healthcare resources for this disease. **Objectives:** To determine whether the treatment of subclinical hypothyroidism in patients with IBS decreased the use of healthcare resources and work absenteeism. **Material and methods:** Patients with IBS and subclinical hypothyroidism (cases) and patients with IBS and no hypothyroidism (controls) were diagnosed during a three-year period. Other conditions were ruled out by means of a group of tests. Four years later, a survey on the associated medical events, the use of healthcare resources, and work absenteeism during the previous year was applied. Controls were age- and gender-matched at a 2:1 control: case ratio. **Results:** Fourteen cases and 28 controls were studied, all of them females, with a mean age of 46 years. The survey was conducted 4 years after the initial diagnosis in both groups. No significant differences were found between both groups in the following: the proportion of the patients who had received medical treatment for IBS (79% of cases vs 82% of controls), the prescription of psychotropics (36% vs. 36%, respectively), the proportion seen in the emergency room due to gastrointestinal complaints (21% vs. 18%, respectively), job absenteeism (7% vs 11%, respectively), and the proportion of patients who underwent abdominal surgery (14% vs. 11%, respectively). The mean number of visits to the doctor due to gastrointestinal complaints within the year prior to the interview was similar in both groups (3.1 for cases vs. 3.4 for controls). **Conclusions:** The detection and treatment of subclinical hypothyroidism do not modify the utilization of healthcare resources in IBS.

Key words: Irritable bowel syndrome, hypothyroidism, treatment, Roma II, diagnosis.

ANTECEDENTES

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo caracterizado por malestar abdominal y alteraciones en los hábitos de la defecación en ausencia de enfermedad orgánica.¹ El SII es una enfermedad frecuente en la población general cuya evaluación diagnóstica genera elevados costos de atención,^{2,3} ya que el SII se presenta como un conjunto de síntomas inespecíficos, crónicos y recurrentes es frecuente que tanto el médico como el paciente teman no detectar a tiempo la presencia de una enfermedad orgánica potencialmente grave. Por otro lado, un padecimiento de alta prevalencia como el SII puede coexistir con enfermedades orgánicas gastrointestinales o sistémicas que influyen o no en la presencia de síntomas digestivos. Para evitar el uso excesivo de recursos en una entidad tan frecuente, el Consenso Latinoamericano sobre el SII recomienda la realización de un escrutinio diagnóstico limitado que incluya hemograma completo con velocidad de sedimentación globular, determinación de la hormona tiroestimulante, muestras fecales para detección de parásitos y sigmoidoscopia flexible, colon por enema o colonoscopia si el paciente es mayor de 50 años.^{4,5} A pesar de ser una recomendación de expertos, la utilidad de la aplicación de exámenes de laboratorio en pacientes con SII no ha sido claramente establecida. Existe una alta frecuencia de exámenes anormales en esta población y aun cuando estos permiten detectar enfermedades orgánicas, en uno de cada tres enfermos se desconoce si el tratamiento de tales enfermedades modifica los síntomas digestivos, la evolución clínica del padecimiento o la utilización de recursos de salud.⁶ La realización de estudios innecesarios suele ser costosa e incluso peligrosa y debe tratar de evitarse en este grupo de pacientes.⁷

El objetivo del presente estudio fue seguir a un grupo de pacientes con SII en quienes se detectó hipotiroidismo subclínico en su evaluación inicial y determinar si el tratamiento del trastorno hormonal disminuyó el uso de recursos de salud y ausentismo laboral relacionados con sus síntomas digestivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se consideraron todos los pacientes con criterios de Roma II para SII atendidos por primera vez en la consulta particular de gastroenterología del investigador que se desarrolla en un hospital privado de especialidades entre enero del 2000 y enero del 2003. Todos los enfermos fueron evaluados mediante una estrategia de investiga-

ción limitada y los resultados fueron informados previamente.⁶ Esta estrategia de evaluación diagnóstica incluyó:

1. La realización de biometría hemática completa (BHC), velocidad de sedimentación globular (VSG), sangre oculta en heces (SOH), análisis coproparascópico en serie de tres muestras de heces (CPS III) y hormona estimulante del tiroides (TSH) en todos los casos.
2. La realización de colon por enema, rectosigmoidoscopia o colonoscopia en aquellos pacientes mayores de 45 años.
3. La realización de colonoscopia con toma de biopsias de colon transverso, descendente y recto en aquellos pacientes con predominio de diarrea sin importar la edad.

De este grupo de 310 pacientes se conformaron el grupo de casos (pacientes con SII e hipotiroidismo) y el grupo de controles (pacientes con SII sin hipotiroidismo).

El grupo de casos se integró con 17 enfermos con hipotiroidismo subclínico definido como TSH elevada (> 4.0 UI en dos ocasiones) con T3 y T4 normales.⁸ Este grupo de enfermos fue referido al endocrinólogo para la confirmación del padecimiento, tratamiento sustitutivo hormonal, seguimiento y control por el mismo especialista en todos ellos. El grupo control se integró con pacientes con SII, sin hipotiroidismo ni otra enfermedad orgánica detectada, del mismo género y edad (\pm dos años) a razón de dos controles por cada caso.

Durante el periodo de junio a diciembre del 2006 se buscó a estos enfermos y a través de una entrevista personal o telefónica se estableció la evolución de sus malestares digestivos, desde el inicio del tratamiento sustitutivo hormonal. Se aplicó la misma encuesta que en el estudio inicial,⁶ en la que se les preguntó si el último año habían recibido tratamiento por síntomas digestivos, si habían recibido tratamiento con fármacos psicotrópicos (benzodiacepinas o antidepresivos), si habían tenido algún día de ausentismo laboral o escolar por malestar digestivo, si habían acudido a algún servicio de urgencias o habían sido internados por malestares digestivos y si habían sufrido alguna cirugía abdominal.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron capturados y analizados mediante el programa Statview (BrainPower Inc. Calabazas, CA). Los datos descriptivos fueron expresados mediante porcen-

tajes, promedios y rangos. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas de χ^2 y exacta de Fisher. Se consideró significativo todo valor de p menor de 0.05.

RESULTADOS

De los 310 pacientes incluidos en el estudio inicial,⁶ se identificaron 17 pacientes con SII e hipotiroidismo (casos). Fue posible localizar y entrevistar a 14 pacientes de este grupo, todas mujeres, con edad promedio de 46 años (16-68 años). El grupo control se integró con 28 mujeres con SII sin hipotiroidismo, de la misma edad promedio, sin enfermedad orgánica detectada en su evolución inicial. El seguimiento desde el diagnóstico de SII fue similar en ambos grupos (4.3 vs. 4.1 años, casos y controles respectivamente). El seguimiento en meses de cada caso individual consecutivo se muestra en la *figura 1*. Todos los enfermos con hipotiroidismo se encontraban en control médico y con sustitución hormonal con levotiroxina hasta la normalización de la TSH. Doce de los 14 enfermos contaban con una determinación de TSH normal en los últimos seis meses y dos más contaban con TSH normal en los 12 meses precedentes.

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en referencia a la utilización de recursos de salud y ausentismo laboral en los 12 meses previos a la entrevista.

Once pacientes del grupo con hipotiroidismo y 23 pacientes del grupo control habían recibido tratamiento para sus malestares digestivos en el último año (79 vs.

82% respectivamente, $p = 0.89$). La administración de benzodiacepinas o antidepresivos por prescripción médica se registró en cinco pacientes del grupo con hipotiroidismo y 10 del grupo control (36 vs. 36% respectivamente, $p = 0.73$). Tres pacientes del grupo con hipotiroidismo y cinco pacientes del grupo control habían acudido a un servicio de urgencias por malestares digestivos en el último año (21 vs. 18% respectivamente, $p = 0.89$) y el mismo número de enfermos se había ausentado al menos un día de sus actividades escolares o laborales. Un paciente con hipotiroidismo y tres del grupo control habían estado internados al menos un día por malestares digestivos (7 vs. 11% respectivamente, $p = 0.85$). La causa del internamiento fue diarrea aguda y deshidratación en dos de estos enfermos y dolor abdominal no específico en dos más. Dos pacientes del grupo con hipotiroidismo y tres del grupo control fueron sometidas a cirugía abdominal durante el año previo a la entrevista (14 vs. 11% respectivamente, $p = 0.86$). Los procedimientos realizados fueron colecistectomía en tres casos, apendicectomía en dos e histerectomía en una.

El número promedio de visitas al médico durante el año previo a la entrevista por causa de malestares digestivos fue similar en ambos grupos (3.1 vs. 3.4 visitas casos-controles, respectivamente).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio demuestra que la detección y el tratamiento de hipotiroidismo subclínico no modifican el uso

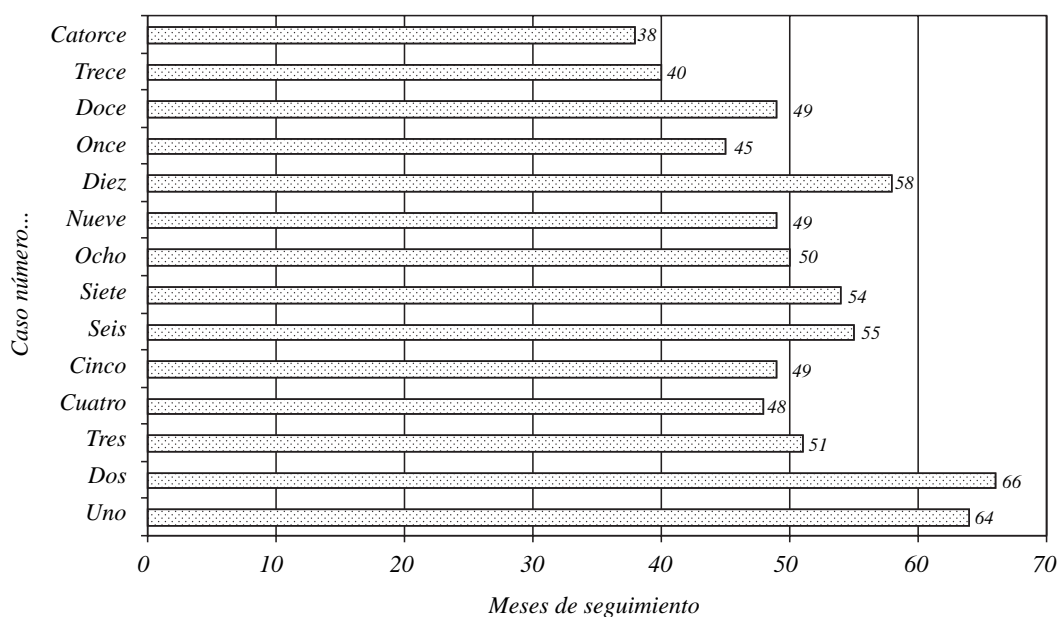


Figura 1. Tiempo de seguimiento de cada uno de los casos consecutivos expresado en meses.

de recursos de salud y el ausentismo laboral en pacientes con SII, que padecen este trastorno metabólico.

En el contexto de una enfermedad que carece de marcadores biológicos, muchos médicos y pacientes consideran importante excluir enfermedades orgánicas, susceptibles de tratamiento específico, que puedan causar síntomas compatibles con SII. Sin embargo, el empleo de pruebas diagnósticas debe ser prudente para evitar gastos y molestias innecesarias en estos enfermos, por lo que en los últimos años se ha intentado estandarizar el diagnóstico del SII utilizando criterios clínicos basados en síntomas. La evidencia disponible hasta ahora indica que la presencia de síntomas típicos en ausencia de datos de alarma identifica con certeza la presencia de SII.⁷ A pesar de esto se ha recomendado realizar algunas pruebas diagnósticas con la finalidad de detectar enfermedades orgánicas en los pacientes con SII incluyendo trastornos tiroideos, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de colon y recto, diarrea infecciosa, enfermedad celiaca o intolerancia a la lactosa.^{1,4,5,9-12} Los estudios han demostrado la presencia de enfermedades orgánicas hasta en el 26% de los enfermos con SII,¹² pero estos resultados son difíciles de interpretar debido a que la metodología y los criterios de selección de los pacientes han sido muy diferentes en los distintos estudios. Mediante la aplicación de sigmoidoscopia flexible, colonoscopia y colon por enema se han identificado enfermedades orgánicas en 0 a 1.3% de los pacientes con SII¹³⁻¹⁵ y la misma proporción se ha detectado utilizando biometría hemática, química sanguínea y sangre oculta en heces.¹⁵ La realización de análisis de heces permitió encontrar parásitos en 0-1.6% de los enfermos en algunos estudios.^{14,15} La enfermedad celiaca se ha encontrado hasta en 5% de los pacientes con criterios de SII en poblaciones con alta prevalencia de la enfermedad.^{16,17} En un estudio previo en el que empleamos un panel de pruebas muy semejante al recomendado en el Consenso Latinoamericano a enfermos con SII nosotros encontramos exámenes anormales en 64% y enfermedad orgánica en 28%.⁶

En opinión de algunos expertos la función tiroidea debe evaluarse como parte de las pruebas iniciales en algunos pacientes con síntomas de SII debido a que el funcionamiento anormal de la tiroides puede manifestarse con alteraciones en los hábitos de evacuación.¹⁸ Incluso el hipotiroidismo subclínico que se considera el grado más leve de disfunción tiroidea puede asociarse a estreñimiento.¹⁹ Hamm midió la TSH en 1,200 pacientes con SII (Roma I) e identificó 67 pacientes (6%) con anomalías de la función tiroidea.¹⁴ Nosotros encontra-

mos 17 pacientes con hipotiroidismo de entre 310 pacientes con SII (5%).⁶ Estos resultados han sido similares a la prevalencia esperada de pruebas tiroideas anormales en la población general estimada en 5-9%.²⁰ Por el contrario, Tolliver encontró sólo un paciente con TSH anormal de entre 171 enfermos con sospecha de SII (0.6%).¹⁵

En todo caso, la mejor prueba de que las anomalías de la función tiroidea pudieran ser causantes de síntomas de SII, sería la resolución de las manifestaciones digestivas después de tratar y controlar la enfermedad tiroidea.²¹ El presente estudio sólo puede evaluar el impacto de la detección y tratamiento del hipotiroidismo subclínico sobre el uso de recursos de salud y ausentismo laboral, pero no permite conocer la evolución clínica de la enfermedad en términos de alivio sintomático. El seguimiento a largo plazo de la serie de casos que aquí presentamos, demuestra que el tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas no disminuye la necesidad de tratamiento médico contra los malestares digestivos, no reduce el empleo de agentes psicotrópicos, no disminuye las visitas a urgencias por malestares digestivos ni los días de ausentismo laboral. Tampoco reduce el número de intervenciones quirúrgicas abdominales ni el promedio de visitas al médico por malestares digestivos.

El concepto actual es que la presencia de síntomas típicos de SII en ausencia de datos de alarma detecta con exactitud la presencia de la enfermedad, que no existe un panel de pruebas diagnósticas que se pueda recomendar para aplicación general en estos pacientes, y que las investigaciones innecesarias puede ser costosas e incluso peligrosas por lo que deben evitarse.⁷

Nuestro estudio incluye un grupo de pacientes homogéneo, bien definido por criterios clínicos y que han sido estudiados en forma completa de acuerdo a su sintomatología digestiva. Al ser un grupo compacto fue posible establecer un contacto directo luego de un tiempo prolongado en la mayoría de los enfermos. Tiene la desventaja de ser una grupo muy pequeño de enfermos en la que no evaluamos otros aspectos de salud, por lo que nuestros resultados sólo muestran que el tratamiento de este trastorno no modifica el empleo de recursos de salud y el ausentismo laboral en el SII, pero no descarta la utilidad del tratamiento en el alivio sintomático, la salud global o en la mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Para evaluar en uso de recursos de salud en el SII se empleó la misma encuesta aplicada en el estudio inicial,⁶ con la finalidad de hacer una comparación más fiel. No utilizamos ningún otro instrumento de evaluación como escalas de calidad de vida o gravedad de los

síntomas, pues éstos no habían sido empleados en el estudio inicial y por lo tanto carecíamos de elementos de comparación.

En conclusión, la detección y el tratamiento de hipotiroidismo subclínico no modifica el uso de recursos de salud en el SII.

REFERENCIAS

1. Camilleri M, Prather CM. The irritable bowel syndrome: mechanisms and a practical approach to management. *Ann Intern Med* 1992; 116: 1001-8.
2. Schmulson M. Colon irritable. En: Villalobos JJ, Valdovinos MA, Olivera MA, editores. Principios de gastroenterología. 1a. Ed. México: Méndez Editores; 2001, p. 501-10.
3. Schmulson-Wasserman MJ, Valdovinos-Díaz MA. Utilización de recursos médicos por los pacientes con síndrome de intestino irritable en un hospital de tercer nivel. *Rev Gastroenterol Méx* 1998; 63: 6-10.
4. Valenzuela J, Alvarado J, Cohen H, et al. Un consenso Latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27: 325-43.
5. Schmulson M, Valenzuela J, Alvarado J y cols. Consenso Latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable: algoritmo de diagnóstico y tratamiento. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27: 335-6.
6. Carmona-Sánchez R, Navarro-Cano G. El valor diagnóstico de la investigación limitada en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Méx* 2004; 69: 24-29.
7. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1480-91.
8. Cuevas-Ramos D, Pérez-Enríquez B. Disfunción tiroidea subclínica. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. *Rev Invest Clin* 2006; 58: 608-16.
9. American Gastroenterological Association Patient Care Committee. Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 1997; 112: 2120-37.
10. Camilleri M. Management of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2001; 120: 652-8.
11. Schmulson MW, Chang L. Diagnostic approach to the patient with irritable bowel syndrome. *Am J Med* 1999; 107: 20S-26S.
12. Brandt LJ, Bjorkman D, Fannerty MB, et al. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(Suppl.): S7.
13. Brandt LJ, Locke GR, Olden K, et al. An evidence-based approach to the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol* 2002; 97 (Suppl.): S13-S15.
14. Hamm LR, Sorrells SC, Harding JO, et al. Additional investigations fail to alter the diagnosis of irritable bowel syndrome in subjects fulfilling the Rome criteria. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1279-82.
15. Tolliver BA, Herrera JL, DiPlama JA. Evaluation of patients who meet clinical criteria for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 176-8.
16. Sanders DS, Carter MJ, Hulstone DP, et al. Association of adult celiac disease with irritable bowel syndrome: a case-control study in patients fulfilling the ROME II criteria referred to secondary care. *Lancet* 2001; 358: 1504-8.
17. Locke GR 3rd, Murray JA, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd, Talley NJ. Celiac disease serology in irritable bowel syndrome and dyspepsia: a population-based case-control study. *Mayo Clin Proc* 2004; 79: 476-82.
18. Collins SM, Ismail M. Irritable bowel syndrome. In: Irvine EJ, Hunt RH (eds.). Evidence-based gastroenterology. 1st. Ed. Hamilton, Ontario: BD Decker Inc; 2001, p. 194-206.
19. Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, et al. American Thyroid Association guidelines for detection of thyroid dysfunction. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1573-5.
20. Helfand M, Redfern CC. Screening for thyroid disease: An update. *Ann Intern Med* 1998; 129: 144-58.
21. Cash BD, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic test in irritable bowel syndrome patients: A systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2812-19.