

Síndrome de intestino irritable, un padecimiento con enfoque integral

Edna Gabriela Delgado-Quiñones, Paulina Cervantes-Sánchez, Jessica Hernández-Calderón y Joana Kareli Ramírez-Ramos

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico Familiar y Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.

Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX.

Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485.

Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Palabras clave: Criterios Roma III, síndrome de intestino irritable, trastorno funcional digestivo.

Keywords: Functional gastrointestinal disorders, irritable bowel syndrome, Rome III criteria.



Síndrome de intestino irritable, un padecimiento con enfoque integral

Delgado-Quiñones EG, Cervantes-Sánchez P, Hernández-Calderón J, Ramírez-Ramos JK

Resumen

El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional digestivo, manifestado por dolor abdominal y disturbios de la defecación. Su prevalencia en la población general oscila entre un 5 y un 20%, alcanzando hasta un 35% dependiendo de la población estudiada. El dolor o molestia abdominal es el síntoma fundamental. En la actualidad no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos patogénicos por los que se produce, por ser éste un síndrome tan heterogéneo, se han propuesto varios factores responsables como alteraciones en la motilidad, alteraciones en la sensibilidad visceral y factores psicológicos. El diagnóstico es eminentemente clínico, se basa en los criterios Roma III y en la exclusión metódica de desórdenes que tienen manifestaciones similares. Se reconocen cuatro subtipos según el comportamiento del hábito intestinal predominante de acuerdo a las características de las evacuaciones según su forma y consistencia. El tratamiento debe ser multidisciplinario y personalizado en cada paciente, incluyendo recomendaciones dietéticas para atenuar la intensidad de los síntomas en periodos de exacerbación.

Palabras clave: *Criterios Roma III, síndrome de intestino irritable, trastorno funcional digestivo.*

Irritable Bowel Syndrome, a condition with an integrated approach

Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional gastrointestinal disorder (PDT), manifested by abdominal pain and bowel disturbances. Its prevalence in the general population ranges between 5 and 20%, reaching up to 35% depending on the population studied. The abdominal pain or discomfort is the primary symptom. At present it is not known precisely what the pathogenic mechanisms in which IBS occurs are because it is a heterogeneous syndrome. Various factors have been proposed as responsible such as motility disturbances, changes in visceral sensitivity and psychological factors. The diagnosis is prominently clinical, based on Rome III criteria and the careful exclusion of disorders that have similar manifestations. Four subtypes are recognized based on the predominant bowel habit behavior according to the characteristics of stools by shape and consistency. Treatment must be multidisciplinary and personalized for each patient, including dietary advice to reduce the intensity of symptoms in periods of exacerbation.

Key words: *Functional gastrointestinal disorders, irritable bowel syndrome, Rome III criteria.*

Servicio de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico Familiar y Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.

Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX.

Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485.

Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Introducción

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es uno de los desórdenes gastrointestinales más frecuentes en la consulta de primer nivel y representa de 20 a 50% de las remisiones al gastroenterólogo. Aunque afecta de 10 a 20% de la población general, solamente 20% de ésta busca atención médica; predomina en las clases bajas y la relación mujer:hombre es de 2:1, con mayor incidencia en la raza blanca.¹

La prevalencia del SII oscila entre un 5 y un 20%, alcanzando hasta un 35% dependiendo de la población estudiada. La prevalencia del SII en nuestro país es similar a lo reportado en la bibliografía mundial, lo que tiene una gran repercusión sanitaria, social y económica.^{2,3,4}

El número de consultas médicas, de pruebas diagnósticas y de prescripciones terapéuticas es muy grande, con el consiguiente gasto de recursos. Supone, además, una de las primeras causas de ausentismo laboral. Por otra parte, si bien el SII no pone en riesgo la vida del paciente, sí condiciona de forma considerable su calidad de vida.^{1,2,3,4,5} En Estados Unidos los costos directos e indirectos por tratamiento del síndrome de intestino irritable son cercanos a los 30 mil millones de dólares por año.⁶

En este trabajo se revisa la información más relevante acerca de los diferentes aspectos del SII. El objetivo de este trabajo es abordar el SII con un enfoque integral desde el punto de vista del médico familiar.

Definición

Basada en los criterios de Roma III el SII es un trastorno funcional intestinal en el que el dolor o malestar abdominal se asocia con cambios en el hábito intestinal o alteraciones en la defecación. La manifestación principal es dolor o malestar abdominal crónico, asociado con alteraciones en el hábito intestinal, como: estreñimiento o diarrea y a otros síntomas gastrointestinales como distensión abdominal y sensación de inflamación, evacuación incompleta, urgencia, pujo y tenesmo.⁷

Etiología

En la actualidad no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos patogénicos por los que se produce el SII. Sería ingenuo pensar que una sola causa puede ser el motivo de todas las molestias en un síndrome tan heterogéneo. Se han propuesto varios factores patogénicos responsables del SII, como alteraciones en la motilidad, alteraciones en la sensibilidad visceral y factores psicológicos. Recientemente se han añadido otros factores, como genéticos y post-infecciosos.^{5,8}

Desde hace pocos años se ha centrado la atención en la microbiota intestinal a partir del desarrollo de síntomas de SII en pacientes que sufrieron una infección del tubo digestivo, denominándose "SII post-infeccioso" (SII-PI). Este cuadro tiene una evolución más breve y de menor intensidad que el SII no infeccioso.³ En un metaanálisis realizado por *Thabane* y cols. se concluyó que el riesgo global de padecer síndrome de intestino irritable se incrementa seis veces más después de una gastroenteritis bacteriana en pacientes jóvenes.⁹ En una cohorte realizada en Canadá con 2,069 participantes con

gastroenteritis aguda por *E. coli* 0157:H7 y *Campylobacter jejuni* demostró que la prevalencia de síndrome de intestino irritable en sujetos con evidencia de gastroenteritis aguda fue de 36.2%, en sujetos con sospecha de gastroenteritis fue de 27.5% y en un grupo control sólo de 10.1% ($p=0.0001$). En este mismo estudio se identificaron en los individuos con SII-PI dos genes localizados en la región del TLR9 (que codifica proteínas que reconocen antígenos bacterianos), un gen en la región CDH1 (que codifica proteínas responsables de mantener las uniones estrechas intercelulares) y un gen más para IL-6.¹⁰

Se han identificado diversas anomalías mioeléctricas y motoras del colon e intestino delgado, que en algunos casos guardan una relación temporal con episodios de dolor abdominal o estrés emocional. Se discute si representan un trastorno primario de la motilidad o son secundarios a estrés psicossocial.^{1,8}

Estudios demuestran que los sujetos con SII tienen una percepción anormal de dolor ante un estímulo visceral que no es doloroso para un sujeto normal; este fenómeno se denomina hipersensibilidad visceral (HV). Esta percepción de las sensaciones viscerales la determinan fibras aferentes de pequeño diámetro que llevan la información a la médula espinal y el tallo cerebral, y de estos sitios de relevo se proyecta al hipotálamo y la amígdala, entre otros. A nivel central existe una compleja red de regulación influida por factores emocionales y cognitivos en el procesamiento de la información. En otras palabras, las sensaciones viscerales como dolor, náusea, saciedad y hambre son experiencias subjetivas y conscientes que resultan de sensaciones moduladas por diversos factores emocionales, cognitivos y motivacionales representadas a nivel de la corteza insular. Mediante estudios de resonancia magnética cerebral funcional (MRIf) se han determinado diversos patrones de actividad cerebral en pacientes con SII que difieren de los de sujetos normales y que involucran la corteza insular, la amígdala y el puente dorsal.^{11,12}

Más de la mitad de los pacientes con SII que buscan atención médica sufre depresión, ansiedad o somatización subyacentes. Las alteraciones psicológicas pueden influir en la forma en que los sujetos perciben o reaccionan a una enfermedad, y las sensaciones viscerales menores. Por otro lado el estrés crónico puede alterar la motilidad intestinal o modular aquellas vías que afectan el procesamiento central y medular de la sensación visceral aferente.^{8,13} Numerosos datos aportan evidencia adicional para la clara asociación entre el estrés psicológico y el SII en muestras comunitarias. Así la psicopatología que se observa en los desórdenes gastrointestinales funcionales es de dos tipos: una es característica de la enfermedad en si misma y la otra es la que lleva al paciente a consultar al médico.^{14,15}

En un estudio realizado en jóvenes universitarios, los cuales frecuentemente están sometidos a cargas excesivas de trabajo, la ansiedad, el estrés y la depresión, mostraron una asociación significativa con el SII. Los estudiantes con ansiedad presentaron 31 veces más posibilidades de tener sintomatología compatible con SII que aquellos sin ansiedad, mientras que la depresión y el estrés estuvieron asociados en 5 y 7 veces más, respectivamente, en comparación con quienes

no tuvieron depresión ni ansiedad. Otro estudio realizado en estudiantes universitarios que cumplen los criterios de Roma para SII muestra valores significativamente más elevados de tensión mental y estrés crónico, que los que no lo padecen.¹⁶

Cuadro clínico

En la mitad de los pacientes con SII, los síntomas inician entre los 30 y los 50 años de edad, aunque hay pacientes en quienes los síntomas comenzaron desde la infancia. Los registros en México señalan que este padecimiento se encuentra en un amplio rango de edad entre los pacientes afectados, ya que se presenta entre los 15 y los 40 años.^{2,7} Después que se diagnostica este problema, 75% de los sujetos permanece sintomático al menos por un promedio de cinco años.¹⁷

El síndrome de intestino irritable es un desorden funcional manifestado por dolor abdominal y disturbios de la defecación como: urgencia, dificultad a la evacuación, sensación de evacuación incompleta, alteración en la consistencia o frecuencia de las evacuaciones y/o distensión abdominal.¹⁸

El dolor abdominal es un síntoma fundamental y referido de múltiples maneras, tales como "inflamación", calambre, quemadura, profundo, en punzadas, cortante y permanente; puede ser leve, moderado o severo y localizado o difuso. Predomina en los cuadrantes inferiores y especialmente en el izquierdo. Es precipitado por diferentes alimentos, mejora con la defecación y raramente les despierta por la noche. La distensión abdominal es tan frecuente como el dolor, sin que pueda demostrarse un mayor volumen de gas intestinal. Los estudios revelan que en la mayoría de ellos es normal y probablemente debida a disminución de la tolerancia a la distensión.^{1,18}

Se ha comprobado en investigaciones recientes que los pacientes con SII presentan un aumento de la sensibilidad visceral en la región intestinal. La distensión, tanto del recto como del colon o del intestino delgado, les produce más molestias que a los voluntarios sanos; además, las áreas de referencia del dolor son más extensas que en los controles.¹⁹ Una condición particular de este síndrome es la inestabilidad de los síntomas, heterogeneidad y sobreposición con otros trastornos funcionales gastrointestinales como dispepsia funcional que se presenta 28-57%, pirosis funcional en alrededor del 56%, dolor torácico funcional de probable origen esofágico 27% y trastornos anorrectales 8-10%.^{20,21} La presencia de numerosos trastornos extraintestinales como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, dolor pélvico crónico, trastornos de la articulación temporomandibular y cistitis intersticial forma parte del cortejo de esta entidad que dificultan u opacan con frecuencia el diagnóstico.⁸

Diagnóstico

Se ha intentado establecer una serie de criterios para agrupar los diferentes síntomas y poder realizar un diagnóstico preciso del síndrome de intestino irritable. En 1992, se establecieron los criterios Roma I, sufriendo modificaciones en 1999 a Roma II y nuevamente en el 2006 con el fin de que fueran más precisos el Comité Internacional

Cuadro 1. Criterios diagnósticos ROMA III para el Síndrome de Intestino Irritable

- 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 en la frecuencia de las deposiciones
 - Se acompaña de variaciones en la forma de las deposiciones

González-Gamarra RG, et al. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Población Adulta de Chiclayo durante el año 2011. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2012; 32:4:381-386.

de Trastornos Funcionales Intestinales Roma III creó los criterios de Roma III que tienen un valor predictivo positivo del 100% y una sensibilidad de 65-75% (Cuadro 1).^{22,15}

El diagnóstico del SII es eminentemente clínico, se basa en los criterios Roma y en la exclusión metódica de desórdenes que tienen manifestaciones similares.^{23,24}

Clasificación

Para clasificar el SII se recomienda el uso de la escala de Bristol donde toma en cuenta las evacuaciones según su forma y consistencia.^{7,25}

SII con estreñimiento; si más del 25% de las deposiciones son duras y menos del 25% son sueltas o acuosas. SII con diarrea; si más del 25% de las evacuaciones son sueltas o acuosas, y menos del 25% son duras. SII mixta; si más del 25% de las evacuaciones son sueltas o acuosas, y más del 25% son duras. SII no tipificada; si un cuadro de SII diagnosticado no encaja en ninguno de los cuadros arriba descritos.^{7,25} En pacientes con SII-Roma III en México, el subtipo más frecuente es el SII-mixto y se asocia con síntomas dispépticos mientras que el SII-estreñimiento con síntomas del tracto de salida y el SII-Diarrea con síntomas de incontinencia.^{4,7,14}

Clínicamente, 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
- Vinculado al estrés¹

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.¹

Tratamiento

Medidas generales

Algunos estudios han comprobado que establecer una adecuada relación terapéutica con el paciente se asocia con una disminución del número de visitas, una mayor satisfacción de este paciente e incluso una reducción de su sintomatología.²⁶ Deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Explicar claramente y con un lenguaje inteligible la enfermedad.

- Escuchar atentamente al paciente y determinar la comprensión de su patología y sus dudas (respondiendo a ellas).
- Establecer unos límites realistas y consistentes del pronóstico.
- Implicar al paciente en el tratamiento.

En cuanto a los cambios de estilo de vida, la realización de ejercicio físico, llevar una dieta equilibrada y dedicar un tiempo suficiente y adecuado para la defecación, podrían mejorar la calidad de vida de determinados pacientes, aunque no se dispone de evidencia científica sólida sobre estas intervenciones. Además, algunos pacientes pueden atribuir sus síntomas a factores dietéticos, por lo que suelen pedir recomendaciones. No hay evidencias de que existan alergias o intolerancias alimentarias específicas en el SII, por lo que no deben recomendarse las dietas de exclusión.²⁷ Es cierto que el sorbitol (edulcorante), la caféina, el alcohol, las grasas o la leche pueden exacerbar los síntomas. Aunque tradicionalmente se han recomendado los alimentos ricos en fibra para los pacientes con SII, su uso en los casos con diarrea es controvertido y no alivia el dolor abdominal, e incluso lo empeora.²⁸

Tratamiento farmacológico

Fibra. Diversos estudios han evaluado los efectos de los diferentes tipos de fibra (solubles e insolubles) en la mejoría global y sintomática de los pacientes con SII; en general, mejora la sintomatología, a excepción del dolor abdominal. El efecto beneficioso sólo es evidente con la fibra soluble (*Ispaghula*, *Psyllium*) y no con la insoluble (salvado de trigo y fibra de maíz).²⁹

Laxantes. A pesar de que los laxantes estimulantes han demostrado su eficacia en el tratamiento del estreñimiento, no se dispone de ensayos clínicos aleatorizados que evalúen su eficacia en el SII (con estreñimiento). En un ensayo clínico realizado en adolescentes con SII, el polietilenglicol mejoró el estreñimiento pero no el dolor abdominal.^{28,29}

Antidiarreicos. Loperamida es un tratamiento efectivo para la diarrea, pero sin diferencias respecto a placebo en la sintomatología global del SII o en el dolor abdominal. No debe usarse en pacientes con SII y estreñimiento, y emplearse con precaución en pacientes con SII que tienen un hábito deposicional mixto o alternante.²⁹

En ocasiones se utilizan de manera empírica las resinas de intercambio aniónico (colestiramina, colestipol) o codeína para tratar la diarrea del SII, pero no existen evidencias científicas de su utilidad.

Espasmolíticos. Una revisión sistemática analizó la eficacia de 6 fármacos (bromuro de cimetropio, bromuro de butilescopolamina, mebeverina, bromuro de otilonio, bromuro de pinaverio y trimebutina) y demostró una mejoría global del 38% en el grupo placebo y del 56% en el grupo tratado con espasmolíticos (OR: 2.13; IC 95%: 1.77-2.58).³⁰ El porcentaje de pacientes con mejoría del dolor fue del 41% en el grupo placebo y del 53% en el grupo de tratamiento y no hubo diferencias significativas en relación con los efectos

adversos. No obstante, a dosis altas, los espasmolíticos con más acción anticolinérgica pueden provocar alteraciones visuales, retención urinaria, estreñimiento y/o sequedad de boca.³¹

Fármacos que actúan sobre los receptores de serotonina

Agonistas de los receptores 5-HT4. Los agonistas 5-HT4 estimulan el reflejo peristáltico, aumentan el tránsito intestinal y parecen reducir la sensibilidad visceral. Hace unos años se desarrolló y comercializó en diversos países tegaserod, un agonista parcial de los receptores 5-HT4.^{28,32} Diversos estudios confirmaron una mejoría de los síntomas globales gastrointestinales en mujeres con SII subtipo estreñimiento, pero la aparición de efectos adversos cardiovasculares (coronarios y cerebrales) motivó su retiro del mercado. Actualmente se están realizando estudios con otro agonista 5-HT4, prucaloprida, tanto en estreñimiento como en SII con estreñimiento.^{28,32}

Antagonistas de los receptores 5-HT3. Alosetrón es un fármaco antagonista 5-HT3 no comercializado en España que enlentece el tránsito cólico y aumenta el umbral de percepción durante la distensión del colon. Su eficacia fue demostrada, pero la aparición de efectos adversos graves, en especial de colitis isquémica, paralizó su comercialización en muchos países. Nunca estuvo disponible en España y lo está de forma restringida en EE.UU.³²

Antidepresivos

Antidepresivos tricíclicos. Se han utilizado por su efecto antinociceptivo más que por su acción antidepresiva. Se utilizan a dosis menores que para el tratamiento de la depresión, por lo que disminuyen sus efectos secundarios. Una revisión sistemática concluyó que los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, desipramina, doxepina, mianserina, trimipramina) son superiores al placebo en el tratamiento del SII (número de pacientes que es necesario tratar [NNT]: 4; IC 95%: 3-6). Están indicados especialmente en SII con diarrea.^{28,31,32}

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Fluoxetina no parece mejorar la hipersensibilidad visceral a la distensión rectal, ni el dolor abdominal en pacientes con SII. Con paroxetina el bienestar general mejoró en un 63% de los pacientes frente a un 26% en los tratados con placebo. Una revisión sistemática que incluía 5 ensayos clínicos concluyó que este tipo de fármacos son superiores al placebo (NNT: 3,5). Indicados especialmente en SII con estreñimiento.^{28,32}

Antibióticos. Basado en la existencia de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado en un cierto número de pacientes con SII, se ha ensayado su tratamiento con diversos antibióticos: neomicina, metronidazol, claritromicina, rifaximina. Los datos más concluyentes se han obtenido con rifaximina, un antibiótico de mínima absorción (inferior al 1%) y un buen perfil de eficacia/seguridad. Se ha comprobado que mejora los síntomas globales y la distensión abdominal, especialmente en pacientes con SII y diarrea. La dosis es de 1.200-1.600 mg/día durante 10-14 días, y el beneficio clínico parece persistir hasta 3 meses.^{19,28,32,33}

Probióticos. Los datos sobre la utilidad de los probióticos en el SII son controvertidos. Está claro que no todos los probióticos son eficaces ni en todos los casos. Parecen aliviar la hinchazón abdominal y mejorar la sintomatología global. Son necesarios más estudios, bien diseñados y con un número suficiente de pacientes, que confirmen su papel en el SII.^{19,32}

Tratamiento psicológico

Se han evaluado diversas intervenciones psicológicas en los síntomas somáticos del SII, tales como la terapia cognitivo-conductual, la conductual y la psicodinámica breve, demostrando una mejoría significativa en la sintomatología y en la capacidad de los pacientes de afrontar su enfermedad. No obstante, algunos de estos estudios son de baja calidad metodológica y no permiten obtener resultados concluyentes.²⁴ Por su parte, la hipnosis es capaz de modificar el umbral perceptivo visceral y conseguir una mejoría clínica a corto y largo plazo. Las evidencias disponibles sobre la utilidad de la hipnosis se apoyan en varias revisiones sistemáticas y metanálisis.^{24,27,28,29}

Fármacos en desarrollo

En la actualidad se están investigando diversos fármacos, unos de acción periférica y otros con acción tanto periférica como central. Entre los primeros se incluyen agentes que actúan sobre la secreción de cloro en el colon, bloqueadores de los canales del calcio, antagonistas opiáceos periféricos y moduladores de los receptores de motilina. Entre los segundos están nuevos agentes serotoninérgicos, antagonistas de la hormona de liberación de corticotropina y moduladores autonómicos.³³

Es probable que en un futuro no lejano se disponga en Europa de dos fármacos para el SII con estreñimiento: lubiprostona y linaclotida. El primero de ellos es un activador selectivo de los canales C-2 de cloro, mientras que el segundo actúa a través de los receptores de guanilato-ciclasa.³³

Otros tratamientos

Uno de los tratamientos más extendidos para el SII es el aceite de menta, fabricado a partir de extractos de esta planta medicinal (*Mentha x piperita L.*). Los estudios a este respecto son de baja calidad metodológica; no obstante, un estudio metaanalítico mostró una mejoría global al compararlo con

placebo. Entre los posibles efectos adversos (11-36% de los pacientes) se encuentran pirosis, quemazón perianal, visión borrosa, náuseas y vómitos.^{33,34}

Las hierbas medicinales chinas también se han utilizado en el tratamiento del SII. Hay algún ensayo clínico y un metaanálisis que sugieren su eficacia pero la multitud de componentes de las hierbas, la heterogeneidad de los estudios y su modesta calidad metodológica dificultan la interpretación de los resultados.³³

No se ha demostrado la utilidad de la acupuntura, mientras que el yoga parece mejorar la sintomatología autonómica, pero la respuesta sintomática en pacientes con SII y diarrea es semejante a la obtenida con loperamida.³⁴

Conclusiones

El SII representa el paradigma de los trastornos funcionales en el campo de la patología digestiva, los trastornos funcionales producen un deterioro de la calidad de vida, superior incluso, al observado en otras dolencias orgánicas, por consiguiente, se necesita transmitir una nueva filosofía al médico práctico y adecuar el nivel de nuestros conocimientos a las expectativas de nuestros pacientes. El SII es un trastorno tan frecuente que todos los médicos lo han enfrentado en alguna ocasión. El intestino irritable no puede conceptuarse como una enfermedad propiamente dicha, sino como un síndrome constituido por un conjunto de síntomas bien caracterizados. En las últimas décadas se han ido sumando evidencias a favor de una etiología multifactorial. El debate acerca de una estrategia diagnóstica basada en la presencia de síntomas (diagnóstico positivo) frente a la estrategia de un diagnóstico por exclusión, volverá a ser motivo de controversia en la próxima reunión del Comité de Expertos de la Fundación Roma. Una buena relación médico-paciente es fundamental para lograr éxito en la curación, con un enfoque holístico que trate tanto el cuerpo como la mente del individuo. El tratamiento es multidisciplinario e incluye una buena relación médico-paciente, dieta, fármacos para controlar los síntomas y terapias asociadas, como psicoterapia, hipnoterapia, psicofármacos y, en fechas más recientes, probióticos y antibióticos. En este sentido estaría justificado iniciar un tratamiento médico donde la relación médico-paciente habrá de prevalecer sobre cualquier otra consideración.

Referencias bibliográficas

1. Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología. Síndrome de intestino irritable: una perspectiva mundial. 20 abril de 2009.
2. Córdova-Pluma VH, et al. Frecuencia de síndrome de intestino irritable en la consulta de medicina interna y cirugía general en tres centros de atención médica de la Ciudad de México. *Med Int Mex* 2008; 24(2):120-4.
3. Remes-Troche JM. Actualidades en la fisiopatología del síndrome de intestino irritable: el papel de las infecciones. *Med Int Mex* 2012; 28(5):461-472.
4. Schmulson M, Vargas JA, López-Colombo A, Remes-Troche JM, López-Alvarenga JC. Prevalencia y caracterización de los subtipos de SII según los criterios de Roma III, en un estudio clínico, metacéntrico. Reporte del grupo mexicano de estudio para el SII. *Revista de Gastroenterología de México* 2010; 4(75):427-438.
5. González-Gamarra RG, et al. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Población Adulta de Chiclayo durante el año 2011. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2012; 32-4: 381-386.
6. American Gastroenterological Association. The burden of gastrointestinal diseases. Bethesda, MD: American Gastroenterological Association, 2001.
7. Mearin F. Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios de Roma III. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(9):335-43.
8. Castañeda-Sepúlveda R. Síndrome de intestino irritable. *Medicina Universitaria* 2010; 12(46):39-46.
9. Thabane M, Kottachchi DT, Marshall JK. Systematic review and meta-analysis: the incidence and prognosis of post-infectious irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Therp* 2007; 26:535-544.
10. Marshall JK, Thabane M, Garg AX, Clark WF, Salvadori M, Collins SM; Walkerton Health Study Investigators. Incidence and epidemiology of irritable bowel syndrome after a large waterborne outbreak of bacterial dysentery. *Gastroenterology* 2006 ;131(2):445-450.
11. Mayer EA, Naliboff BD, Craig ADB. Neuroimaging of the braingut axis: From basic understanding to treatment of functional GI disorders. *Gastroenterology* 2006;131:1925-1942.
12. Ritchie J. Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the Irritable Bowel Syndrome. *Gut* 1973;14:125-132.
13. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2005.

14. Vargas-Mendoza, J.E., Manuel-Martínez, A. E. y Elizarraras-Rivas, J. Síndrome del intestino irritable y factores socio-emocionales: ansiedad, depresión y calidad de vida. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 2012; 6(1): 57-64.
15. Bautista-Cerecedo R, Ortiz-Espinosa RM, Muñoz-Juárez S, Síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 2011; 54(3):4-11
16. Gulewitsch MD, Mental Strain and Chronic Stress among University Students with Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterol Res Pract*. 2013;20-64.
17. Harvey RF, Mauad EC, Brown AM. Prognosis in the irritable bowel syndrome: a five-year prospective study. *Lancet* 1987;1:963-965.
18. Pozos ME, González FA, Lara D MY, García E S, Cabrales T C, Sánchez R, Aptitud clínica sobre síndrome de intestino irritable en médicos de primer nivel de atención. *Revista Medicina, Salud y Sociedad*. 2011;1(2):1-10.
19. Ruedert L, Quartero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JWM. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 8. Art.
20. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications. *Gastroenterology* 2002, 122:1140-56.
21. Mudipalli RS, Remes-Troche JM, Andersen L, Rao SC. Functional chest pain, esophageal or overlapping functional disorder. *J Clin Gastroenterol* 2007;41:264.
22. J Schmulson M, El escrutinio diagnóstico limitado puede disminuir el impacto económico directo del síndrome de intestino irritable (SII). *Rev Méd Chile* 2008; 136: 1398-1405
23. Guía de Práctica clínica Para el Diagnóstico, Tratamiento del Síndrome de Colón Irritable. México: *Secretaría de Salud*; 2008.
24. Zijdenbos IL, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Quartero AO. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art.
25. Zolezzi-Francis A, Las Enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III. *Rev. Gastroenterol Perú* 2007; 27: 177-184.
26. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipram versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2003;125:19-31.
27. Ford A, Talley N, Schoenfeld P, et al. Efficacy of psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(suppl 1):S477 (1219).
28. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EA, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2009;58:367-78.
29. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Guía de Práctica Clínica. Síndrome del Intestino Irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2005.
30. Lesbros-Pantoflickova D, Michetti P, Fried M, et al. Meta-analysis: The treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20:1253-69.
31. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1480-91.
32. Pimentel M, Park S, Mirocha J. Effect of a nonabsorbed oral antibiotic (rifaximin) on the symptoms of the irritable bowel syndrome: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006;145:557-63.
33. Tack J, Fried M, Houghton LA, et al. Systematic review: the efficacy of treatments for irritable bowel syndrome: a European perspective. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:183-205.
34. Webb AN, Kukuruzovic RH, Catto-Smith AG, et al. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4) CD005110.