

GASTROENTEROLOGIA

SÍNDROME DE DIGESTIVO IRRITABLE

Tatiana Duarte Tencio*

SUMMARY

Irritable bowel syndrome is the most common functional disorder of the gastrointestinal tract. The diagnosis should be made using standard criteria after red flags that may signify organic disease. Episodes of constipation are best managed with fiber, while diarrhea is best managed with loperamide, antispasmodic agents may help relieve the abdominal pain of irritable bowel syndrome. Co morbid condition such as depression or anxiety should be treated.

Key words: irritable bowel, constipation, treatment.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de digestivo ó intestino irritable constituye una de las patologías crónicas gastrointestinales más comunes. Tradicionalmente el diagnóstico de esta patología se ha realizado por exclusión, basado en la historia, examen físico y el resultado negativo de exámenes de laboratorio y gabinete.(3). Es definido como un dolor abdominal y disconfort con alteración de los hábitos intestinales, que no son explicados por causas mecánicas, bioquímicas o inflamatorias. (2)

EPIDEMIOLOGÍA

Estudios realizados han demos-

trado que la patología afecta de un 3 a un 22 por ciento de los individuos alrededor del mundo. Cerca de la mitad de los pacientes desarrollan los síntomas antes de los 35 años de edad y un 40 por ciento de los pacientes los desarrollan entre los 35 y los 50 años de edad. (3). La mayoría de los pacientes con síndrome de digestivo irritable son mujeres, en ocasiones la predisposición a padecerlo aumenta cuando hay historial de dismenorrea, dolor pélvico crónico y dispareunia. (3,7)

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología del síndrome de digestivo irritable no se tiene

* Médica asistente general Área de Salud Paraíso – Cervantes, CCSS.

clara aún, sin embargo se sabe que factores como alteración en la motilidad intestinal, aumento en la sensibilidad intestinal y en las contracciones intestinales se encuentran relacionados. (8)

Algunos mecanismos propuestos son los siguientes:

1. el estrés como un factor agravante, porque altera el vaciamiento gástrico y acelera el tránsito colónico.
2. aumento en la hipersensibilidad visceral.
3. anormal activación cerebral.
4. alteración en la motilidad colónica y trastornos en la función motora.
5. alteración en la producción, propulsión y expulsión de gas.
6. intolerancias dietéticas (lácteos, trigo)
7. inflamación, con producción de prostaglandinas, bradiquininas, adenosina y 5 hidroxitriptamina. (2)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Incluyen cambio en la apariencia de las heces, alteración en el patrón defecatorio, dolor abdominal que alivia con la defecación, distensión abdominal, meteorismo, expulsión de moco en las heces, urgencia y sensación de evacuación incompleta (6). Se han descrito tres subgrupos de síndrome de digestivo irritable, basándose en la alteración del patrón defecatorio: síndrome de digestivo irritable

predominantemente diarreico, predominantemente constipación, ó con alteración de los hábitos intestinales conocido también como predominantemente doloroso(3). Signos y síntomas como anemia asociada, diarrea crónica, historia familiar de cáncer de colon, signos de sangrado intestinal como melena, fiebre recurrente y pérdida de peso deben de tenerse presente puesto que constituyen un perfil de malignidad. (3, 6, 7)

DIAGNÓSTICO

Hasta la fecha no se cuenta con

algún marcador específico para síndrome de digestivo irritable, por lo tanto lo más importante es una historia clínica completa acompañada de un examen físico acucioso. Algunas herramientas que pueden eventualmente facilitar el diagnóstico:

Guías diagnósticas: se fundamentan en la presentación clínica de la patología (Manning, Kruis, Roma I y Roma II). Clasificación por subgrupos (predominantemente constipación, predominantemente diarrea, predominantemente dolor).

Rome II Criterios diagnósticos

Al menos 12 semanas no necesariamente consecutivas de al menos 2 de los siguientes tres síntomas:

Dolor abdominal ó desconfort que es:

Aliviado con la defecación

Asociado con cambios en la frecuencia de las heces

Asociado con cambios en la apariencia de las heces

Menos de tres movimientos intestinales por semana

Más de tres movimientos intestinales por día

Heces duras ó secas

Heces acuosas

Sonidos durante los movimientos intestinales

Urgencia defecatoria

Sensación de evacuación incompleta

Paso de moco durante la evacuación

Llenura abdominal

Tabla 1. Criterios ROMA II . Holten, K. Diagnosis the patient with abdominal pain and altered bowel habits: is it irritable bowel syndrome?. American Family Physician.2003; 67: 2160.

Estudios de laboratorio: velocidad de eritrosedimentación, niveles de TSH, niveles de electrolitos, sangre oculta en heces y examen de heces para descartar parasitos.

Estudios de Gabinete: la recto sigmoidoscopia flexible es adecuada para estudiar aquellos pacientes que se presentan con alteración de los hábitos defecatorios asociados a dolor abdominal. La colonoscopia completa debe ser considerada para uso en pacientes mayores de 50 años y en aquellos con signos de alarma. (3,7)

TRATAMIENTO

Dieta

En aquellas condiciones en las que se trate de una presentación predominantemente constipación, se recomienda un aumento de fibra en la dieta. Los suplementos de fibra deben de iniciarse a bajas dosis para favorecer la tolerancia y disminuir la posibilidad de distensión abdominal. La fibra sintética es más soluble que la fibra natural, pero puede generar mayor cantidad de gas. Pacientes con historia de motilidad intestinal disminuida pueden beneficiarse con laxantes osmóticos como sales de magnesio y sales de fosfato. En aquellos pacientes en los que se requiera favorecer la lubricación de las heces las semillas de psyllium son una buena opción. (1,8)

Agentes antiespasmódicos

Actúan como relajantes del músculo liso intestinal y disminuyen las contracciones, con efectos anticolinérgicos o antimuscarínicos. Estos efectos son los causantes de que a largo plazo se disminuya su uso: hioscina, dicyclomina. (7,8)

Agentes antidiarreicos

Disminuyen el tránsito intestinal, favorecen la absorción de agua en el intestino y aumentan el tono esfinteriano, algunos como la loperamida con la ventaja de no cruzar la barrera hematoencefalica favorecen su uso al disminuir los efectos adversos. (7,8)

Antidepresivos

A bajas dosis su uso ha demostrado que alivian el dolor, actúan disminuyendo la velocidad de tránsito intestinal. Dos meta análisis recientes demostraron que el uso de antidepresivos tricíclicos a bajas dosis amitriptilina, clomipramina, trimipramina, mejoran síntomas como dolor abdominal y diarrea. (4,5,7)

Antagonistas del receptor 5-HT3

Reducen la percepción del estímulo doloroso, aumentan la compliance colónica y disminuyen el reflejo gástrico. (1)

RESUMEN

El síndrome de digestivo irritable es el desorden funcional más común del tracto gastrointestinal.

El diagnóstico debe de hacerse utilizando criterios estándar y tomando en cuenta los signos de alarma ó banderas rojas. Episodios de constipación son manejados con fibra, episodios diarreicos tienen buena respuesta a la loperamida, el uso de antiespasmódico en caso de presentaciones clínicas con dolor. Es importante que el médico (a) tratante tenga en mente otras patologías asociadas que pueden intervenir en el tratamiento como la ansiedad y la depresión.

Palabras clave: digestivo irritable, constipación, tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Camilleri M. Treating irritable bowel syndrome: overview, perspective and future therapies. British Journal of Pharmacology. 2004; 141: 1237-1248.
2. Hadley S, Gaarder S. Treatment of irritable bowel syndrome. American Family Physician. 2005; 72: 2501-2506.
3. Holten K, Wetherington A, Bankston L. Diagnosis the patient with abdominal pain and altered bowel habits: is it irritable bowel syndrome? American Family Physician. 2003; 67: 2157-62.
4. Jackson JL, O' Malley PG, Tomkins G et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a metaanalysis. Am J Med 2000; 108: 65-72.
5. Jailwala J, Imperiale T, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. Ann Intern Med 2000; 133: 136-47.
6. Mertz HR. Irritable bowel syndrome. N Eng J Med 2003 ; 349 : 2136-46.
7. Olden KW. Irritable bowel syndrome: an overview of diagnosis and pharmacologic treatment. Clin J Med 2003; 70 (suppl 2): 3-7.
8. Talley N. Irritable bowel syndrome. Intern Med J. 2006; 36: 724-728.