

Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable

Cuadro clínico y criterios diagnósticos

Coordinadores: Dr. José María Remes Troche, Dr. Raúl Bernal Reyes.

Participantes: Dr. Marco Antonio Valladares Lepine, Dr. Octavio Alonso Lárraga, Dr. Octavio Gómez Escudero, Dr. Daniel Meléndez Mena.

¿Cuáles son las principales manifestaciones clínicas del SII?

La manifestación principal es dolor y/o malestar abdominal crónico, asociado a alteraciones en el hábito intestinal tales como estreñimiento y/o diarrea y a otros síntomas gastrointestinales como distensión abdominal y sensación de inflamación (96%), evacuación incompleta, urgencia, pujo y tenesmo.^{1,2}

Además, existen síntomas extraintestinales que pueden asociarse al SII como: cefalea (23-45%), dolor de espalda (27-81%), fatiga (36-63%), mialgias (29-36%), dispareunia (9-42%), frecuencia urinaria (21-61%), y mareo (11-27%).^{2,3}

Nivel de evidencia IV, recomendación grado C

¿Qué otros trastornos funcionales se asocian al SII?

El SII se sobrepone frecuentemente con otros trastornos funcionales gastrointestinales como por ejemplo: dispepsia funcional (28-57%),³ pirosis funcional (56%),⁴ dolor torácico funcional de probable origen esofágico (27%)⁵ y trastornos anorrectales (8-10%).^{3,5}

También se puede asociar a otros trastornos funcionales no gastrointestinales, como: fibromialgia (28-65%), síndrome de fatiga crónico (14%), dolor pélvico crónico (35%), trastornos de la articulación temporo-mandibular (16%) y cistitis intersticial (21-61%).^{3,6}

Nivel de evidencia IV, recomendación grado C

Cuadro 1. Criterios de Roma III

Dolor o malestar abdominal recurrente durante por lo menos 3 días al mes y en los últimos 3 meses asociado a 2 o más de lo siguiente:

1. Mejoría de síntomas al evacuar intestino.
2. Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones.
3. Inicia asociado con un cambio en la forma (aparición) de las evacuaciones.

* Estos criterios deben cumplirse en los últimos tres meses, con síntomas que iniciaron al menos ≥ 6 meses previos al diagnóstico.

NOTA: En la práctica clínica estos criterios son un referente, pero su mayor utilidad es para la realización de estudios epidemiológicos, ensayos clínicos y estudios de mecanismos fisiopatológicos.

¿Cuál es la mejor manera de diagnosticar el SII?

El diagnóstico de SII se considera un diagnóstico “positivo” y no de exclusión. Diagnóstico positivo significa que se basa en la presencia de síntomas característicos o criterios.

Dado que no existen biomarcadores en el SII, se han diseñado a través de los años, criterios clínicos basados en estos síntomas. Hoy en día los más utilizados son los criterios de Roma II, los cuales están ya validados en nuestra población.⁷ Los nuevos criterios de Roma III han mostrado tener una sensibilidad de 70.7%, una especificidad de 87.8%, y un valor predictivo positivo cercano al 100%, y se encuentran en proceso de traducción y validación en nuestra población (**Cuadro 1**).⁸ Se

Cuadro 2.

Subtipos de SII de acuerdo al patrón de las evacuaciones

1. SII con estreñimiento (SII-E): heces sólidas o en escíbalos en $\geq 25\%$ y heces líquidas o semiformadas en $< 25\%$ de los movimientos intestinales.
2. SII con diarrea (SII-D): heces líquidas o semiformadas en $\geq 25\%$ y heces sólidas o en escíbalos en $< 25\%$ de los movimientos intestinales.
3. SII mixto (SII-M): heces sólidas o en escíbalos $\geq 25\%$ y líquidas o semiformadas en $\geq 25\%$ de los movimientos intestinales.
4. SII no clasificable: anormalidad insuficiente de la consistencia de las heces para cumplir criterios con SII-E, SII-D o SII-M.

* El término "SII alternante" (SII-A) se reserva para esos individuos cuyo hábito intestinal varía en el tiempo, por ejemplo, en algunos momentos se clasifican como SII-E y en evaluaciones subsecuentes se clasifican como SII-D y viceversa.

han definido subtipos de SII de acuerdo al patrón de las evacuaciones (**Cuadro 2**).

Actualmente aunque el diagnóstico se basa en los criterios diagnósticos de Roma III, se recomienda la exclusión de datos de alarma como:

- Edad de inicio de síntomas o cambios en el hábito intestinal en pacientes mayores de 50 años de edad.
- Pérdida ponderal involuntaria más de 10% en 6 meses.
- Historia familiar de malignidad gastrointestinal.
- Fiebre.
- Hematoquezia.
- Diarrea asociada a deshidratación grave.
- Asociación con artritis, lesiones cutáneas, linfadenopatía, masa abdominal, síntomas nocturnos, anemia, leucocitosis o velocidad de sedimentación globular prolongada, o sangre oculta en heces positiva.^{1,9}

Nivel de evidencia IV, recomendación grado C

¿Cómo se evalúa la gravedad de los síntomas en el SII?

No existe un patrón de referencia para evaluar la gravedad de los síntomas en el SII. Sin embargo, el dolor abdominal es el síntoma más utilizado para medir la gravedad del SII porque es un fuerte predictor

del estatus del paciente y de la necesidad de atención médica.¹⁰⁻¹² Sin embargo, la investigación actual recomienda una evaluación multidimensional que considere los siguientes factores: afección en la calidad de vida, comorbilidad psicológica (ansiedad, depresión, somatización), demanda de atención médica, discapacidad (ausentismo laboral y aislamiento social) y la afección global en la vida del paciente.

Existen instrumentos de medición que ayudan a evaluar la intensidad como: escalas análogas visuales, escalas categóricas (Likert), y cuestionarios de calidad de vida como el IBS-QOL (validado en México), SF-36, HAD.^{11,13-15}

Roma III recomienda la escala de gravedad de síntomas del SII (SII-SSS) o el índice de gravedad de enfermedad funcional digestiva (FBD-SI), con los cuales aún no se tiene experiencia en nuestro país.^{16,17}

NOTA: En la práctica clínica estos instrumentos pueden ser útiles, pero su mayor utilidad es para la realización de ensayos clínicos.

Nivel de evidencia IIa-IIb, recomendación grado B

¿Qué repercusión tiene el SII en la calidad de vida de los pacientes?

El SII impacta considerablemente de forma negativa la calidad de vida de los pacientes, ya que interfiere con las actividades cotidianas, la dieta, el sueño, el trabajo, las distracciones y el funcionamiento sexual, desencadenando una preocupación constante en el estado de salud.^{11,18} De todos los síntomas el que más afecta la calidad de vida es el dolor/malestar abdominal.^{1,12}

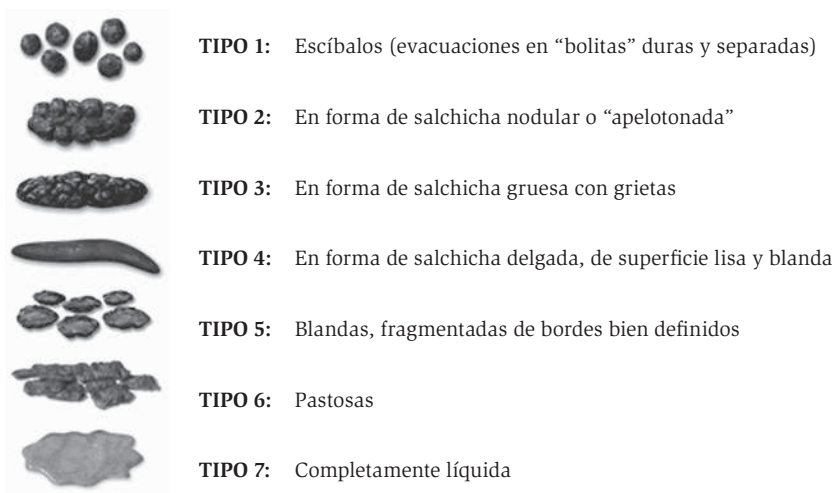
De acuerdo a los cuestionarios estandarizados la calidad de las personas con SII es menor que en enfermedades crónicas como ERGE, hepatitis C, diabetes, migraña y pancreatitis crónica.¹⁹

Además, los pacientes con SII tienen mayor ansiedad, depresión, somatización, y menor vitalidad y autoestima, la cual experimenta e inhibe sus emociones negativas y evita contactos sociales.

NOTA: Cabe destacar que además de la afección en la calidad de vida, diversos estudios, incluyendo algunos realizados en nuestro país, revelan que esta enfermedad tiene implicaciones socioeconómicas importantes. En promedio, los sujetos con SII se ausentan de su trabajo anualmente entre 8.5

Cuadro 3.

Escala de forma de las evacuaciones de Bristol.



y 21.6 días. Se ha informado que para establecer el diagnóstico de SII, el número de consultas promedio es de 3.6, con un promedio de 5 estudios previos por paciente.^{11,14,18,20-22}

Nivel de evidencia IV, recomendación grado C

¿Cuál es la mejor forma de evaluar el patrón de las evacuaciones en el SII?

Con la finalidad de darle mayor objetividad a la evaluación de la consistencia de las heces, se ha propuesto utilizar la escala de forma de las evacuaciones de Bristol. Esta escala permite que exista un acuerdo entre el paciente y el médico (**Cuadro 3**).²³

De acuerdo a esta escala las formas 1 y 2 sugieren estreñimiento y las formas 6 y 7 diarrea.^{1,2,3}

En un estudio recientemente realizado en nuestro país, se ha considerado que la población normalmente tiene evacuaciones que tienen las formas 3, 4 y 5.²⁴

Nivel de evidencia IVc

¿Qué estudios diagnósticos se deben realizar en la evaluación inicial del paciente con SII?

No es necesario realizar estudios en pacientes que cumplen con los criterios clínicos del SII

y que no tienen signos o síntomas de alarma, ya que la prevalencia de enfermedad orgánica en pacientes con SII no es mayor que en la población general.⁹ Sin embargo, hay algunos escenarios clínicos en los cuales se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

1. En pacientes mayores de 50 años se recomienda la realización de biometría completa, velocidad de sedimentación globular y sangre oculta en heces, y la realización de estudios para escrutinio de neoplasias colorectales como por ejemplo colon por enema, rectosigmoidoscopia flexible y/o colonoscopia. La elección del estudio dependerá de los recursos disponibles.
2. Independientemente de la edad en presencia de datos de alarma se recomienda la realización de biometría completa, velocidad de sedimentación globular y sangre oculta en heces y la realización de estudios para escrutinio de neoplasias colorectales como por ejemplo colon por enema, rectosigmoidoscopia flexible y/o colonoscopia. La elección del estudio dependerá de los recursos disponibles.
3. En pacientes con SII-D existe evidencia nacional que justifica una evaluación más detallada para excluir parasitosis. Carmona y cols.,^{25,26} demostraron que el riesgo de presentar enfermedades orgánicas es mayor

en los pacientes con SII-D o SII-A que en los pacientes con SII-E (RM 3.55, IC 95% 2.96-6.03), en ellos se recomienda la realización de coproparasitoscópicos seriados.³

4. En los pacientes que tienen persistencia de síntomas, se sugiere excluir otras enfermedades orgánicas. La realización de estudios adicionales como ultrasonido abdominal, pruebas tiroideas, panel celíaco, pruebas de aliento y químicas sanguíneas no está recomendada de manera rutinaria, sin embargo, estas pruebas pueden ser útiles ante la persistencia de síntomas para excluir otras enfermedades.

Nivel de evidencia IV, recomendación grado D

¿Con qué entidades se deberá realizar un diagnóstico diferencial?

Debido a que los síntomas predominantes del SII son dolor abdominal y alteración en las evacuaciones, todas aquellas enfermedades que se presenten con síntomas similares se deben excluir razonablemente.^{1,9}

Algunas de las más frecuentes a considerar, de acuerdo a los síntomas predominantes son:

- Dolor abdominal y diarrea
 - Enfermedades parasitarias como giardiasis y amibiasis
 - Intolerancia a carbohidratos como lactosa y fructosa
 - Alergias alimentarias
 - Colitis microscópicas
 - Endocrinopatías
 - Enfermedad celíaca
 - Sobrepoblación bacteriana
 - Enfermedad Inflamatoria Intestinal
 - Neoplasias colorrectales
- Estreñimiento
 - Neoplasias colorrectales
 - Neoplasias extraintestinales (ginecológicas)
 - Endocrinopatías (hipotiroidismo, neuropatía diabética, Addison, etc.)
 - Efectos secundarios de medicamentos como calcioantagonistas, antidepresivos tricíclicos, antiácidos, hierro,

antidiarréicos, anticonvulsivantes, entre otros.

- Enfermedades neuromusculares como Parkinson, Esclerosis, Miopatías, etc.

Nivel de evidencia IV, recomendación grado D

¿Cuál es su evolución y pronóstico?

El SII es una enfermedad que tiene alta morbilidad y no se relaciona con mortalidad. Además, al ser crónica cursa con periodos de exacerbación y remisión.

En presencia de los criterios diagnósticos para SII y ausencia de signos de alarma, la probabilidad de tener una enfermedad orgánica es menor del 5%.²⁷ y para cáncer es menor de 1%.²⁸

Se estima que entre 2 y 18% de los pacientes pueden tener empeoramiento de los síntomas, 30 a 50% permanecen estables y el resto podría mejorar con relación a sus síntomas globales.^{1,9}

Cabe destacar que la frecuencia de las evacuaciones es el componente más inestable. Evaluaciones prospectivas demuestran que 29% de los sujetos con SII-E cambian a SII-D antes de un año y hasta 50% de los sujetos con el patrón SII-M pueden pasar a diarrea o estreñimiento, de tal manera que se considera que los sujetos con SII-E son más estables y los SII-M los más inestables.^{29,30}

Nivel de evidencia IV, recomendación grado C

Bibliografía

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
2. 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.
3. Frissora CL, Koch KL. Symptom overlap and comorbidity of irritable bowel syndrome with other conditions. *Curr Gastroenterol Reports* 2005;7:264-71.
4. Neumann H, Monkemuller K, Kandulski A, Malferteiner P. Dyspepsia and IBS symptoms in patients with NERD, ERD and Barrett's esophagus. *Dig Dis* 2008;26:243-7.
5. Mudipalli RS, Remes-Troche JM, Andersen L, Rao SC. Functional chest pain, esophageal or overlapping functional disorder. *J Clin Gastroenterol* 2007;41:264-9.
6. Whitehead WE, Palsson OS, Feld AD et al. Utility of red flag symptom exclusions in the diagnosis of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:137-46.
7. Huerta I, Valdovinos MA, Schmulson M. Irritable bowel syndrome in Mexico. *Dig Dis* 2001;19:251-57.
8. Schmulson WM, Morgan D, Cortés L y cols. Traducción y validación multinacional del cuestionario diagnóstico de Roma III en español. *Rev Gastroenterol Mex* 2008;73(Suppl 2):79.
9. Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty MB et al. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol* 2002;97(11):S8-S26.
10. Lembo A, Ameen V, Drossman D. Irritable bowel syndrome toward an understanding of severity. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3:717-25.
11. Schmulson M, Ortiz O, Mejía-Arangure JM et al. Further validation of the IBS-QOL: Female Mexican IBS patients have poorer quality of life than females from North Carolina. *Dig Dis Sci* 2007;52:2950-55.

12. Chang L, Toner BB, Fukudo S *et al.* Gender, age, society, culture and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1435-1446.
13. Stewart AL, Hays RD, Ware JE Jr. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Med Care* 1988;26(7):724-35.
14. Lopez-Alvarenga JC, Vazquez-Velazquez V, Arcila-Martinez D *et al.* Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese mexican patients. *Rev Invest Clin* 2002;54:403.
15. Zigmond A, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
16. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:395-402.
17. Drossman DA, Whitehead WE, Toner BB *et al.* What determines severity among patients with painful functional bowel disorders? *Am J Gastroenterol* 2000;95:974-80.
18. Schmulson M, 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.
19. ten Berg MJ, Goettsch WG, van den Boom G *et al.* Quality of life of patients with irritable bowel syndrome is low compared to others with chronic diseases. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006;18:475-81.
20. Maxion-Bergemann S, Thielecke F, Abel F *et al.* Costs of IBS in the UK and US. *Pharmacoeconomics* 2006;24:21-37.
21. Schmulson M, Remes JM, Olivás T, Valdovinos MA, Hinojosa C, Chang L *et al.* Clinical characteristics and QOL in IBS patients from Mexico and the USA: are they different? *Gastroenterology* 2003;124(Suppl 1):A395.
22. Remes JM, Valdovinos MA, Hinojosa C, Schmulson MJ. IBS patients differ according to age: self-reported symptom severity is related. *Am J Gastroenterol* 2003;98:5268.
23. O'Donnell LJ, Virjee J, Heaton KW. Detection of pseudodiarrhoea by simple clinical assessment of intestinal transit rate. *Br Med J* 1990;300:439-40.
24. Remes-Troche JM, Carmona-Sánchez R, González-Gutiérrez M y cols. Qué se entiende por estreñimiento: Un estudio epidemiológico en México. *Rev Gastroenterol Méx* 2009;74 (en prensa).
25. Carmona-Sánchez R, Navarro-Cano G. El valor diagnóstico de la investigación limitada en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Méx* 2004;69:18-23.
26. Carmona-Sánchez R. Detection and treatment of subclinical hypothyroidism in patients with IBS. Does it modify the use of health resources? *Rev Gastroenterol Méx* 2007;72:222-6.
27. Hamm LR, Sorrells SC, Harding JP, Northcutt AR, Heath AT, Kapke GF *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.
28. Nogueira JR, Huerta IF, López CA y cols. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento del carcinoma de colon y recto. Generalidades. *Rev Gastroenterol Méx* 2008;73:114-117.
29. Mearin F, Balboa A, Badía X, Baro E, Caldwell E, Cucala M, Diaz-Rubio M, Fueyo A, Ponce J, Roset M, Talley NJ. Irritable bowel syndrome subtypes according to bowel habit: revisiting the alternating subtype. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003;15:165-72.
30. Guilera M, Balboa A, Mearin F. Bowel habit subtypes and temporal patterns in irritable bowel syndrome: systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1174-84.