

Síndrome de intestino irritable

Dr. Max Schmulson,* Dra. Ana Guadalupe Siu M.**

* Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Departamento de Medicina Experimental, Facultad de Medicina-UNAM. ** Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México.

En el primer estudio epidemiológico de TFD, basado en la comunidad en México, realizado en Tlaxcala, mediante el Cuestionario Modular de Roma II, se encuestó al 0.05% de la población encontrando una frecuencia de SII de 16% (IC 95 13-19), SII-D: 2.4%, SII-C: 6.6% y Mixtos: 7.0%. La relación F:M fue de 3.4:1.0. La depresión en estos pacientes fue de 17% en comparación con 3% de controles.¹

En un estudio basado en familiares de SII y controles, los pacientes reportaron que 20% de sus familiares tenían SII en comparación con 4% de los familiares de los controles, y al entrevistar a esos familiares, el autorreporte fue de 46 y 25%, respectivamente, lo que sugiere que los pacientes y controles subestiman al SII en sus familiares y de que el SII presenta una fuerte agregación familiar.² Los mismos investigadores no encontraron diferencias en la agregación de TFD entre los familiares de pacientes con SII y de los controles, excepto para estreñimiento crónico (EC), sugiriendo que el SII y el EC son entidades que se separan de los demás TFD.³ En cuanto a estudios de polimorfismos del SERT-P, se reportó que, contrario a lo esperado, el alelo corto (s) fue más frecuente entre los pacientes con SII-E, se asoció a menores niveles de serotonina en sangre, lo que se correlacionó con menor pujo y evacuaciones más sueltas.⁴ En un estudio nuestro, realizado en México, analizamos los polimorfismos de IL-10 (citocina antiinflamatoria) y de TNF-alfa entre sujetos con SII y controles; encontramos que las SII-Mujeres tienen menor frecuencia del alto productor de IL-10 en comparación con los SII-Hombres. Tanto los sujetos con SII como los controles tienen alta frecuencia de alto productor de TNF-alfa, de lo que se deduce un estado proinflamatorio en la población.⁵ En la búsqueda de un marcador fisiopatológico, el grupo francés evaluó la actividad de la serinproteasa fecal reportando niveles tres veces más altos en pacientes con SII-D en comparación con aquellos con SII-E y SII-A, sugiriendo que puede participar en los cambios de la estimulación inmune de la mucosa de estos pacientes.⁶

La distensión sigue siendo un síntoma enigmático en el SII. Utilizando pletismografía de inductancia abdominal se reportó que los pacientes con SII-E con tránsito lento (48%) presentaron mayor distensión abdominal que aquellos con tránsito normal. Además, el tránsito se correlacionó con el grado de distensión, lo cual sugiere que los procinéticos pueden ser efectivos.⁷

En cuanto a las conductas hacia el diagnóstico del SII, a médicos y enfermeras se les presentó dos casos clínicos, uno con SII-E y otro con SII-D encontrando que 72% lo considera un “diagnóstico de exclusión” en comparación con 8% de los expertos en SII que hicieron un diagnóstico “positivo”. Así mismo, los primeros ordenaron 1.6 más exámenes diagnósticos y gastaron 364 dólares más que los expertos, a pesar de los lineamientos.⁸ Los expertos consideraron sólo de importancia a la biometría hemática y pruebas para sprue celíaco mientras que los no expertos sobreestimaron significativamente el valor diagnóstico de todas las pruebas.⁹

Se sabe que la relación médico-pacientes es un factor fundamental en el tratamiento. En este sentido, 495 pacientes fueron encuestados; reportaron en su mayoría que desearían que sus médicos les den información profunda sobre el SII y les digan dónde pueden encontrar más, les permitan hacer preguntas, los escuchen, los informen sobre estudios de investigación y nuevos medicamentos y les den soporte.¹⁰ Y en un estudio controlado, utilizando cuestionarios, un kit educativo en multimedia e información por correo, se demostró, a los tres meses, una mejoría global de 56% en comparación con 15% de los controles y una mejoría en la calidad de vida seis veces mayor, lo que supera la respuesta encontrada con tratamientos farmacológicos.¹¹

Varios estudios evaluaron la mejoría en la productividad laboral en pacientes tratados con Tegaserod. Se destaca un estudio canadiense en SII-E y A que demostró una reducción significativa en ausentismo, presentismo, limitación en la productividad y en la incapacidad diaria.¹² Así mismo, el tegaserod mostró efectividad en pacientes con SII mixtos 52 vs. 36% tratados con pla-

cebo, incluyendo mejoría en la frecuencia y consistencia de las evacuaciones.¹³ Por su parte, un curso de 10 días de rifaximina mostró a las 10 semanas de seguimiento mejoría significativa en distensión, diarrea, dolor abdominal y estreñimiento.¹⁴ En cuanto a los antidepresivos tricíclicos, se evaluaron los predictores de la interrupción del tratamiento, reportando que un alto índice de somatización predice una pobre respuesta, severidad en los efectos adversos y la prematura suspensión del tratamiento.¹⁵

En cuanto a nuevos tratamientos, el lubiprostone, un activador de los canales de cloro, a 12 semanas en SII-E mostró superioridad al placebo en dolor/malestar abdominal y en evacuaciones espontáneas completas.¹⁶ El MD-1100 o linaclotide en el primer estudio en voluntarios sanos mostró buena tolerancia, ausencia de exposición sistémica, mejoría en la consistencia, frecuencia, peso de las evacuaciones y facilidad para las mismas. Habrá que esperar los resultados en SII.¹⁷ Finalmente, en cuanto a las terapias alternativas, se evaluó de manera aleatorizada la respuesta a la hipnoterapia en un grupo de pacientes de nivel terciario y un grupo de nivel primario de atención. La mejoría de los síntomas gastrointestinales fue de 52 vs. 32% con placebo al año de seguimiento. Además, hubo mejoría en calidad de vida, ansiedad y depresión.¹⁸

No podemos dejar de mencionar los nuevos criterios de Roma III para SII presentados este año: "Dolor o malestar abdominal recurrentes en por lo menos tres días al mes durante los últimos tres meses asociados con dos o más de los siguientes: Mejoría con la evacuación, asociados con cambios en la frecuencia y/o con cambios en la consistencia de las evacuaciones (los síntomas deben haber iniciado por lo menos seis meses antes del diagnóstico). Roma III clasifica a los pacientes en SII con estreñimiento, SII con diarrea, SII mixtos y SII no clasificables. Éstos dependen de la presencia de evacuaciones duras o en escálalos y sueltas o líquidas con un umbral de 25%.

REFERENCIAS

1. Lopez-Colombo A, Bravo-Gonzales D, Corona-Lopez A, Perez-Lopez M, Cervantes-Ocampo M, Romero-Ogawa T, Morgan D, Schmulson M. First

- Community-Based Study of Functional Gastrointestinal Disorders (FGID) in Mexico, using the Rome II modular questionnaire. T1254.
2. Saito Y, Kalantar JS, Locke GR, Zinsmeister AR, Talley NJ. Familial aggregation of IBS is specific to IBS. T1259.
3. Saito Y, Talley NJ, Zimmerman JM, Harmsen WS, de Andrade M, Camilleri M, Locke G, Petersen GM. Irritable bowel syndrome aggregates strongly in families: A Family-Based Case-Control Study. T1272.
4. Whitehead WE, Palsson OS, Thiwan S, Keku TO, Kanazawa M, Fukudo S, van Tilburg M, Peacock J, Barnes J, Turner MJ. Short-allele serotonin transporter gene polymorphism is associated with elevated serotonin and is less common in IBS with constipation compared to healthy controls. T1274.
5. Gutierrez-Reyes G, Martinez-Garcia R, Morales-Rochlin N, Gonzalez M, Corona de Lau C, Schmulson M. Interleukin 10 genotypes in IBS-Rome II subjects in Mexico. T1273.
6. Roka R, Rosztochy A, Leveque M, Nagy F, Lonovics J, Garcia-Villar R, Fioramonti J, Wittmann T, I. Bueno. Fecal serine-protease activity: A pathophysiological marker and possible therapeutic target in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. 457.
7. Agrawal A, Whorwell PJ, Houghton LA. Is abdominal distension related to delayed small and large bowel transit in patients with constipation predominant irritable bowel syndrome (IBS-C)? 632.
8. Spiegel BM, Farid M, Esrailian E, Talley J, Chang L. Is irritable bowel syndrome (IBS) a diagnosis of exclusion? a survey of primary care providers, gastroenterologists, and IBS experts. 770.
9. Spiegel BM, Farid M, Esrailian E, Talley J, Chang L. Provider beliefs regarding diagnostic testing in IBS exhibit extreme variation and diverge from guidelines. S1134.
10. Halpert A, Dalton C, Palsson O, Hu Y, Morris C, Bangdiwala S, Norton N, Drossman D. What patients with irritable bowel syndrome (IBS) expect from their health care providers. National Survey on IBS educational needs and expectations. T1240.
11. Spiegel BM, Naliboff B, Mayer E, Bolus R, Gralnek I, Shekelle P. The effectiveness of a model physician-patient relationship versus usual care in irritable bowel syndrome (IBS). 773.
12. Pare P, Balshaw R, Khorasheh S, Barbeau M, Kelly S, McBurney CR. A randomized controlled trial tegaserod significantly reduces work productivity loss and daily activity impairment in patients with IBS versus non-tegaserod-treated patients.
13. Chey WD, Pare P, Viegas A, Ligozio G, Shetzline MA. Tegaserod improves multiple symptoms in women with mixed/alternating bowel habits as well as those with IBS-C.
14. Pimentel M, Park S, Kong Y, Low K, Chatterjee S, Lee H. A 10-day course of rifaximin, a non-absorbable antibiotic, produces a durable improvement in all symptoms of irritable bowel syndrome: A double-blind randomized controlled Study.
15. Sayuk GS, Elwing JE, Lustman P. J, Clouse RE. Predictors of premature antidepressant discontinuation in functional gastrointestinal disorders (FGIDs): a survival analysis approach.
16. Johanson JF, Panas R, Holland P, Ueno R. A dose-ranging, double-blind, placebo-controlled study of lubiprostone in subjects with irritable bowel syndrome and constipation (c-IBS).
17. Kurtz C, Fitch D, Busby RW, Fretzen A, Geis G, Currie MG. Effects of multidose administration of MD-1100 on safety, tolerability, exposure, and pharmacodynamics in healthy subjects.
18. Lindfors P, Unge P, Bjornsson ES, Stenman A, Arvidsson P, Abrahamsson H, Simren M. Effects of hypnotherapy on IBS in different clinical settings—results from two randomized, controlled trials. 630.