

# Tratamiento del colon irritable con lidamidina y psicoterapia de apoyo

Dr. Alfredo Rodríguez Magallán,\* Lic. Ps. Teresa Valadéz Velázquez,\*\* Dr. Fabián Llorens Torres,\*\*\* Dra. María Isabel Sánchez Torres\*\*\*\*

\* Servicio de Gastroenterología, Hospital Juárez de México, S.S. \*\* Depto. de Psicología, Hospital Juárez de México, S.S. \*\*\* Prof. de asignatura del Depto. Clínico Esc. Superior de Medicina. I.P.N. \*\*\*\* Miembro de la Facultad de Medicina Farmacéutica de «The Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom»

Correspondencia: Calle Agustín Romero No. 24 Col. Presidentes Ejidales Deleg. Coyoacán México, D.F C.P. 04470

**RESUMEN** A fin de evaluar la utilidad del tratamiento con lidamidina en pacientes de colon irritable, se realizó un estudio controlado doble a ciegas.

Se incluyeron 40 pacientes con criterios de Manning, coproparasitoscópico, rectosigmoidoscopia y colon por enema normales. Aleatoriamente se integraron cuatro grupos de tratamiento: lidamidina con y sin psicoterapia de grupo y placebo con y sin psicoterapia de grupo, durante seis semanas. Después de un receso, se cruzó el tratamiento.

Fueron evaluados 38 pacientes con un total de 76 observaciones. Mostraron respuesta favorable 94.7% y 68.4% de los que recibieron sólo lidamidina y placebo, respectivamente, y en quienes se adicionó psicoterapia, 84.3% y 63.2%. La diferencia con y sin psicoterapia no fue significativa. En forma global, hubo mejor respuesta con lidamidina que con placebo (89.5% vs 65.8%,  $p = 0.02$ ). Las reacciones adversas fueron mínimas.

La lidamidina puede ser un medicamento de utilidad en el tratamiento del colon irritable.

**Palabras clave:** Colon irritable, lidamidina, psicoterapia de grupo.

## INTRODUCCION

Las alteraciones funcionales del aparato digestivo, son atendidas con gran frecuencia en la consulta de Gastroenterología. La mayoría de dichas alteraciones corresponden al síndrome de colon irritable, que se caracteriza por la presencia de síntomas colónicos en ausencia de lesiones orgánicas.

Los factores emocionales y psicológicos, son los mecanismos que más se han invocado en la patogenia de este síndrome.<sup>1-4</sup> Estos pueden modificar la funcionalidad

**SUMMARY** To evaluate the usefulness of lidamidine treatment in patients with irritable colon syndrome, a controlled double blind study was carried out.

Forty patients with Manning symptom criteria and negative screening to stool examination, rectosigmoidoscopy and barium enema were included. Four groups of treatment were randomly integrated: Lidamidine with and without group psychotherapy and placebo with and without group psychotherapy, for six weeks. After a washout period, treatment was switched. Thirty-eight patients with a total of 76 observations were evaluated. Favorable response was shown by 94.7% and 68.4% of those who received only lidamidine and placebo, respectively, and by 84.3% and 63.2% of those who additionally received psychotherapy. Difference with or without psychotherapy was not significant. Globally, response was better with lidamidine than with placebo (89.5% vs 65.8%,  $p = 0.02$ ). Adverse reactions were minimum.

Lidamidine can be a useful drug in the treatment of irritable colon syndrome.

**Key words:** Irritable colon syndrome, lidamidine, group psychotherapy.

del colon, alterando el control neurohumoral y la actividad motora del músculo liso.<sup>5</sup> Un porcentaje de estos pacientes presentan cambios de la personalidad y/o rasgos neuróticos,<sup>6-9</sup> los que pueden influir en la aparición y persistencia de los síntomas.

Basado en lo anterior, se han utilizado en el tratamiento del colon irritable varios fármacos encaminados a modificar dichas alteraciones motoras y sus consecuencias, tales como anticolinérgicos, antiflatulentos y reguladores de la motilidad intestinal.<sup>10</sup> En algunos casos, el tratamiento médico se ha complementado con apoyo psi-

cológico<sup>11</sup> principalmente mediante el uso de tranquilizantes y antidepresivos,<sup>12-14</sup> psicoterapia individual,<sup>15,16</sup> hipnoterapia individual o de grupo<sup>17-19</sup> y otros procedimientos, como los ejercicios físicos, la meditación, etc.<sup>11</sup>, que tienen como base la relajación muscular.

La lidamidina (clorhidrato de lidamidina), es un producto que inicialmente se utilizó como antidiarreico,<sup>20-22</sup> debido a su acción antisecretora intestinal. Posteriormente se encontró que además de su acción antisecretora, inhibe la actividad mioeléctrica con relajación del músculo liso, regulando la motilidad intestinal. Por tal razón se comenzó a utilizar en trastornos motores digestivos.<sup>23,24</sup>

La lidamidina actúa como un agonista de los receptores alfa 2 adrenérgicos de la pared intestinal,<sup>25,26</sup> cuya estimulación inhibe la adenilciclase de las células intestinales, bloquea los canales lentos de calcio e impide la liberación intracelular de los depósitos del mismo. Estos efectos se traducen en un control de la secreción de agua y electrolitos y un efecto modulador de la contractilidad intestinal, sin bloquear la vía colinérgica fisiológica.

La lidamidina se absorbe bien en el intestino y es eliminada por la orina en un 80%, sólo el 2% se elimina por heces. Al parecer su toxicidad es nula, ya que a dosis elevadas no modifica la tensión arterial ni eleva las cifras de glicemia como lo hacen otros agonistas alfa adrenérgicos. Por otra parte los efectos colaterales son de poca relevancia, siendo los principales: sequedad de mucosa oral, mareo, dolor abdominal e hipotensión arterial mínima a dosis elevadas.<sup>24,27</sup>

En relación al tratamiento psicológico, es un procedimiento que se ha utilizado en el manejo de estos enfermos, casi siempre como complemento del tratamiento farmacológico.<sup>11,15-19</sup> Sin embargo, hasta el momento, no se han informado estudios con psicoterapia de grupo.

El objetivo de este estudio fue corroborar la eficacia y seguridad de la lidamidina en el tratamiento del colon irritable, comparada con placebo, y valorar la utilidad de la psicoterapia de apoyo.

## MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio experimental, longitudinal, prospectivo de causa a efecto, de doble a ciegas comparado con placebo, cruzado, en el cual se incluyeron 40 pacientes (con dos observaciones cada uno), procedentes de la consulta externa de Gastroenterología, con diagnóstico de colon irritable y seleccionados conforme fueron acudiendo a consulta.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes masculinos o femeninos entre 21 y 60 años, con dolor abdominal y dos o más de los siguientes signos o síntomas, en forma continua o intermitente durante un período de seis o más meses:

- Dolor aliviado por la defecación.
- Mayor frecuencia de defecación cuando se presenta el dolor.
- Heces disminuidas de consistencia cuando hay dolor.
- Distensión abdominal.
- Moco en las heces.
- Tenesmo.
- Alteraciones de constipación y/o diarrea.

Se incluyeron únicamente los pacientes que presentaron coproparasitoscópico negativo, rectosigmoidoscopia y colon por enema normales, sin pérdida de peso en los dos meses anteriores, que aceptaron asistir a las sesiones de psicoterapia semanales y firmaron la carta de información y consentimiento.

Fueron excluidas las embarazadas, pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria, alteraciones inflamatorias o estructurales en colon, enfermedades metabólicas, principalmente diabetes, hipo o hipertiroidismo.

También se excluyeron pacientes con enfermedades neuropsiquiátricas que comprometen la afectividad, emotividad o coeficiente intelectual (ej. epilepsia, debilidad mental, psicosis, esquizofrenia, alcoholismo, farmacodependencia) y quienes hubieran recibido medicamentos que alteraran la motilidad intestinal en los últimos 15 días previos al inicio del estudio.

Los 40 pacientes fueron divididos en dos grupos: uno sin psicoterapia (20 pacientes) y otro con psicoterapia (20 pacientes).

Estos dos grupos se subdividieron a su vez en dos: en la primera etapa de tratamiento 10 pacientes de cada grupo recibieron lidamidina y 10 placebo y en la segunda etapa se cruzaron los tratamientos, después de un período de lavado de dos semanas (*Figura 1*).

De esta manera y mediante asignación aleatoria, los pacientes fueron distribuidos en cuatro grupos de tratamiento:

*Grupo A:*

10 pacientes que recibieron lidamidina en la primera etapa y placebo en la segunda.

*Grupo B:*

10 pacientes que recibieron placebo en la primera etapa y lidamidina en la segunda.

*Grupo C:*

10 pacientes que recibieron lidamidina con psicoterapia en la primera etapa y placebo con psicoterapia en la segunda.

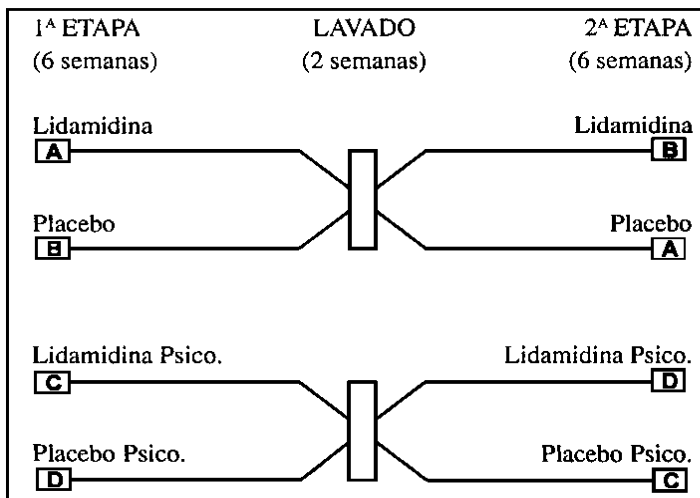


Figura 1.

**Grupo D:**

10 pacientes que recibieron placebo con psicoterapia en la primera etapa y lidamidina con psicoterapia en la segunda.

El medicamento (tanto activo como placebo), fue administrado por vía oral a dosis de tres tabletas por día, una después de cada alimento, durante las seis semanas de cada etapa. La concentración de lidamidina en el medicamento activo fue de 4 mg por tableta. Entre las dos etapas se dejaron dos semanas de lavado, sin medicamento ni psicoterapia. A todos los pacientes se les indicó dieta blanda rica en fibra sin lactosa.

La psicoterapia de apoyo fue proporcionada por una sola psicóloga y consistió en sesiones grupales (seis a ocho pacientes por grupo), de 90 minutos una vez por semana, durante las 14 semanas que duró el estudio.

En la evaluación inicial se registró la sintomatología presente, mediante escala categórica ordinal del 0 al 6, en cuanto a: dolor abdominal (frecuencia, intensidad y duración), distensión abdominal (intensidad), frecuencia de la defecación y consistencia de las heces, y mediante escala categórica nominal del 0 al 1, en cuanto a la presencia o ausencia de: evacuaciones líquidas con el comienzo del dolor, aumento en la frecuencia de la evacuación con el comienzo del dolor, moco en las evacuaciones y tenesmo.

Además se aplicó en forma individual el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), y la prueba de Hamilton, para definir el perfil de personalidad y grado de ansiedad en estos pacientes.

Las evaluaciones subsecuentes se efectuaron semanalmente durante las 14 semanas del estudio con el registro de la sintomatología, la presencia de efectos colaterales, y el inventario del medicamento para ve-

rificar el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

Para la evaluación de la eficacia terapéutica, en base a la calificación inicial y final de la sintomatología en cada caso se consideró:

- Respuesta total, la desaparición entre 80 y 100% de la sintomatología clínica.
- Respuesta parcial, la desaparición entre 50 y 79% de la sintomatología clínica.
- Ausencia de respuesta, la desaparición de menos del 50% de la sintomatología clínica.

Para la evaluación de la eficacia terapéutica entre los diferentes grupos de tratamiento, se consideraron las respuestas parciales y totales como respuesta positiva.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para demostrar la homogeneidad de la muestra en la valoración basal, el análisis estadístico se hizo mediante la prueba t de Student (variables continuas) y la prueba de Fisher (variables categóricas).

Para comparar la eficacia terapéutica y la seguridad de los distintos esquemas de tratamiento se utilizaron las pruebas de  $\chi^2$  y exacta de Fisher.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 40 pacientes adultos, entre 28 y 58 años de edad, 39 del sexo femenino y uno del sexo masculino.

No hubo diferencias significativas entre el grupo sin psicoterapia y el grupo con psicoterapia, en cuanto a edad, sexo, sintomatología inicial y grado de ansiedad (*Cuadro 1*).

Presentaron tres criterios de Manning, 10 pacientes (26%); cuatro criterios, 16 pacientes (42%); cinco criterios, ocho pacientes (21%) y seis criterios, cuatro pacientes (11%).

Los síntomas presentes en todos los casos, fueron dolor y distensión abdominal. El 63% de los pacientes presentaron tenesmo y el 55% alteraciones de constipación y/o diarrea. Con menor frecuencia (39%), se presentó dolor aliviado por la defecación y moco en las heces (29%), sólo el 8% de los casos reportaron mayor frecuencia de defecación y heces de menor consistencia cuando se presentaba el dolor.

En relación a la constipación y diarrea, de los 21 pacientes que presentaron estas alteraciones, 13 (62%) correspondieron a constipación, siete (33%) a diarrea y uno (5%) a constipación y diarrea alternadas.

**CUADRO 1**  
**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES**

Características	Total (n = 38)	Sin Psicoterapia n = 19	Con Psicoterapia n = 19
EDAD <sup>1</sup>	42.1 (± 9.3)	43.1 (± 9.8)	41.1 (± 8.9)
SEXO <sup>2</sup>			
Femenino	37 (97%)	18 (95%)	19 (100%)
Masculino	1 (3%)	1 (5%)	0 (0%)
SINTOMATOLOGIA INICIAL <sup>2</sup>			
• Dolor abdominal	38 (100%)	19 (100%)	19 (100%)
• Distensión abdominal	38 (100%)	19 (100%)	19 (100%)
• Tenesmo	24 (63%)	10 (53%)	14 (74%)
• Alteraciones de constipación o diarrea	21 (55%)	9 (47%)	12 (63%)
• Dolor aliviado por la defecación	15 (39%)	8 (42%)	7 (37%)
• Moco en las heces	11 (29%)	6 (31%)	5 (26%)
• Mayor frecuencia de defecación cuando se presenta el dolor	3 (8%)	2 (10%)	1 (5%)
• Heces disminuidas de consistencia cuando se presenta el dolor	3 (8%)	2 (10%)	1 (5%)
ANSIEDAD <sup>2</sup>			
• Leve	26 (68%)	15 (79%)	11 (58%)
• Moderada	12 (32%)	4 (21%)	8 (42%)

<sup>1</sup>Media (± D.E.)      <sup>2</sup>No. de pacientes

La ansiedad estuvo presente en todos los pacientes, siendo leve en el 68% de los casos y moderada en el 32%. En ninguno fue severa.

En cuanto al perfil de personalidad, todos presentaron perturbación emocional, manifestada por desadaptación al medio ambiente, inestabilidad, insatisfacción e inconformidad con la vida, dependencia emocional y relaciones interpersonales insatisfactorias.

En relación a la psicoterapia, se formaron tres grupos de siete, seis y seis pacientes cada uno, los cuales se seleccionaron por medio de una entrevista previa a las sesiones de grupo programadas. En esta entrevista se aplicó el M.M.P.I. (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota), con lo cual se pudo excluir a los pacientes que presentaron: retraso mental, daño cerebral, intento de suicidio, alcoholismo, adicción a drogas o psicosis.

Con cada grupo se trabajaron 14 sesiones de 90 minutos cada una (incluyendo las dos semanas de receso para el fármaco). La primera sesión tuvo como objetivo primordial la presentación de todos y cada uno de los miembros del grupo y exponer a grandes rasgos, su sintomatología relacionada al colon irritable, con las repercusiones que dichos síntomas pudieron haber tenido sobre su situación vital. Asimismo, se estipularon las reglas que se iban a manejar en el grupo, como duración de las sesiones, sitio, horario y la importancia de la asistencia, princi-

palmente. Se hizo mención sobre la confidencialidad de la información y la de conservar un grupo cerrado. Durante las sesiones posteriores, el terapeuta estimuló y alentó la abierta discusión de los problemas comunes e individuales que podrían contribuir a la cohesión entre los integrantes del grupo. Se aplicó la psicoterapia de grupo con orientación Rogeriana (Carl Rogers), consistente en una psicoterapia centrada en el paciente.

A medida que los integrantes participaron más en la discusión, empezaron a manifestarse los conflictos que habían generado su angustia o depresión, los cuales probablemente estaban somatizando hacia el colon.

Se llevó el registro de los cambios experimentados por cada uno de los pacientes, en una hoja especial, anotando 10 categorías orientadas a evaluar el manejo de su padecimiento, considerando el componente emocional y su relación con los síntomas.

Estas categorías seleccionadas por medio de la entrevista clínica inicial, fueron los elementos más comúnmente detectados en los pacientes, a saber: conflictos emocionales con la madre, el padre, los hijos, el área sexual, los valores éticos y morales, el duelo no elaborado, síntomas depresivos crónicos, demanda de afecto y represión de sus impulsos.

El apego a las sesiones por parte de los pacientes fue de un 85%.

**CUADRO 2**  
EFICACIA TERAPEUTICA DE LIDAMIDINA  
VS. PLACEBO GLOBAL  
N = 38

Eficacia	Placebo	Lidamidina
Respuesta positiva	25 (65.8%)	34 (89.5%)
Sin respuesta	13 (34.2%)	4 (10.5%)
P = 0.025 (ji <sup>2</sup> )		

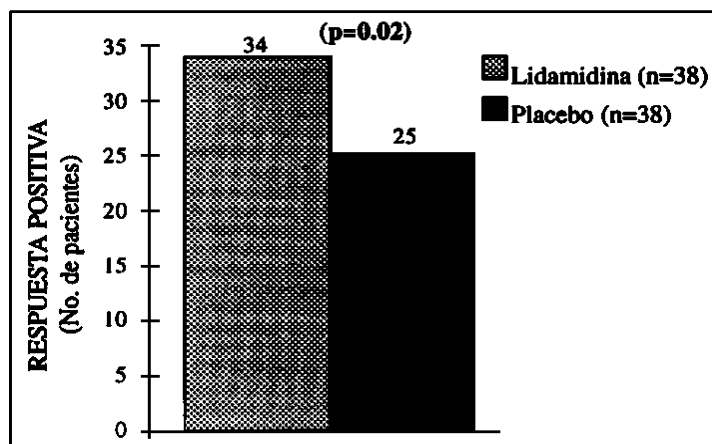


Figura 2. Eficacia terapéutica de lidamidina vs. placebo.

Dos pacientes, uno del grupo B (sin psicoterapia) y otro del grupo D (con psicoterapia), recibieron placebo en su primera etapa de tratamiento y abandonaron el estudio antes de iniciar la segunda etapa. El paciente del grupo B abandonó el estudio por la dificultad que le representaba el acudir semanalmente a la valoración clínica, mientras que el paciente del grupo D mostró resistencia considerable a la psicoterapia, ya que nunca aceptó tener problemas emocionales. En ninguno de los dos casos hubo respuesta clínica al placebo, por lo que muy probablemente se vieron desalentados a continuar con el estudio.

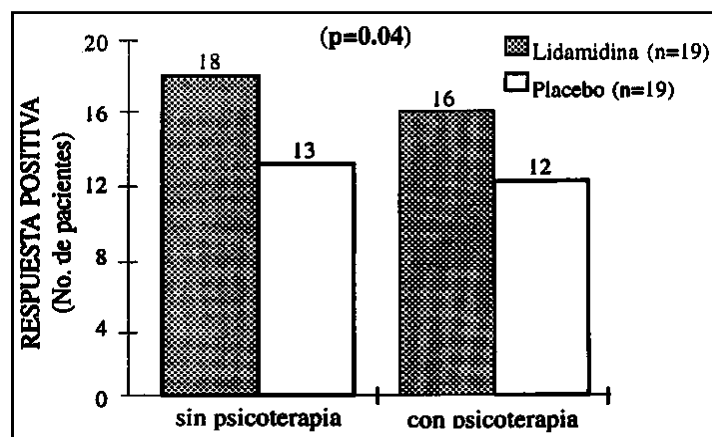


Figura 3. Eficacia terapéutica de lidamidina vs. placebo por grupos.

Finalmente, se valoraron 38 pacientes, 19 sin psicoterapia y 19 con psicoterapia. Independientemente de la psicoterapia, los pacientes tratados con lidamidina mostraron una respuesta superior al placebo (Cuadro 2, Figura 2), con una diferencia de 23.7% con  $p = 0.028$  (89.5% vs 65.8%). Particularmente en el grupo sin psicoterapia (Cuadro 3, Figura 3), la diferencia fue más marcada, (68.4% con placebo y 94.7% con lidamidina),  $p = 0.045$ , mientras que en el grupo con psicoterapia (Figura 3), la diferencia fue un poco menor (63.2% con placebo y 84.2% con lidamidina),  $p$  no significativa.

Durante el tratamiento con lidamidina, el síntoma con mayor respuesta fue la alteración en la consistencia de las evacuaciones con un 90.6% de respuestas positivas (Cuadro 4), seguido por la distensión abdominal con un 84.2% (Cuadro 5), y por último, el dolor abdominal con un 71.1% (Cuadro 6). De todos los casos con respuesta positiva a lidamidina, más de la mitad presentaron una respuesta total, tanto en la valoración global como en la valoración por cada síntoma. Esta respuesta total se presentó con mayor frecuencia con lidamidina que con placebo.

Los 17 pacientes sin alteraciones de constipación o diarrea al inicio del estudio (evacuaciones de tres por semana a tres por día, con heces blandas y formadas), mantuvieron esta normalidad en las evacuaciones después del tratamiento con lidamidina.

De los 21 pacientes con alteraciones de constipación y/o diarrea al inicio del estudio, 15 (71%), presentaron regulación de sus evacuaciones: nueve con constipación (69%), cinco con diarrea (71%); el paciente con constipación y diarrea alternadas, también normalizó su patrón de evacuaciones, tanto en frecuencia como en consistencia.

En cuanto a la presencia de moco y tenesmo en las evacuaciones, después del tratamiento con lidamidina, el tenesmo desapareció en 13 (54%) de los pacientes, mientras que el moco desapareció en todos (100%).

**CUADRO 3**  
EFICACIA TERAPEUTICA DE LIDAMIDINA VS. PLACEBO  
EN EL GRUPO SIN PSICOTERAPIA  
N = 19

Eficacia	Placebo	Lidamidina
Respuesta positiva	13 (68.4%)	18 (94.7%)
Sin respuesta	6 (31.6%)	1 (5.3%)
P = 0.045 (Prueba exacta de Fisher).		

**CUADRO 4**  
RESPUESTA A LAS ALTERACIONES EN LAS  
EVACUACIONES  
N = 32

Alteraciones en las evacuaciones	Placebo	Lidamidina
Respuesta total	12 (37.5%)	17 (53.1%)
Respuesta parcial	14 (43.75%)	12 (37.5%)
Respuesta positiva	26 (81.25%)	29 (90.6%)

**CUADRO 5**  
RESPUESTA A LA DISTENSION ABDOMINAL  
N = 38

Distensión abdominal	Placebo	Lidamidina
Respuesta total	12 (31.6%)	18 (47.4%)
Respuesta parcial	18 (47.4%)	14 (38.8%)
Respuesta positiva	30 (78.9%)	32 (84.2%)

Se presentó el mismo número de reacciones adversas en el grupo con lidamidina que en el grupo con placebo (*Cuadro 7*). Estas fueron leves y cedieron espontáneamente sin requerir tratamiento adicional. La reacción más frecuente fue la sequedad de boca, sin embargo también se reportó en el grupo placebo sin una diferencia significativa (prueba de  $ji^2$ ).

Los demás síntomas indeseables se presentaron con una frecuencia muy baja y sin diferencia significativa entre los grupos.

## DISCUSION

Los casos incluidos en este estudio, fueron todos a excepción de uno, mujeres. En la gran mayoría de los trabajos realizados sobre colon irritable, se contempla un mayor predominio del sexo femenino, aunque en nuestro estudio fue mucho mayor que el informado en la literatura. Esto debido en parte quizá al mayor número de mujeres que acuden a la consulta del Hospital.

En relación a las manifestaciones clínicas, los síntomas que con mayor frecuencia se presentaron en los pacientes, fueron dolor y distensión abdominal presentes en todos los casos; tenesmo rectal, constipación y diarrea, en aproximadamente la mitad de los enfermos. Los síntomas menos frecuentes fueron presencia de moco

en heces, y evacuaciones de menor consistencia durante la aparición del dolor.

Es de llamar la atención que todos los pacientes presentaron ansiedad leve o moderada, así como cambios de la personalidad en forma mínima. Las manifestaciones psicológicas, como se sabe, son más frecuentes en pacientes de sexo femenino y con bastante frecuencia son las que motivan consultar al médico. A pesar de esto, no se ha podido comprobar una causalidad entre las alteraciones psicológicas y los síntomas colónicos.

En este estudio se demuestra la eficacia terapéutica de la lidamidina (89.5%), y su superioridad sobre el placebo (65.8%), resultados ligeramente superiores a los informados en estudios previos.<sup>28</sup>

La lidamidina tiene un reconocido efecto antidiarreico desde hace varios años, sin embargo es importante resaltar que en este estudio la lidamidina mostró un efecto regulador de las evacuaciones.

No se observaron diferencias significativas en los pacientes tratados con y sin psicoterapia; por el contrario, hubo una mejor respuesta aunque en forma mínima en los que no recibieron apoyo psicológico.

Sorprende un poco la falta de efecto que tuvo la psicoterapia de apoyo sobre la eficacia terapéutica. Sin

**CUADRO 6**  
RESPUESTA AL DOLOR ABDOMINAL  
N = 38

Dolor abdominal	Placebo	Lidamidina
Respuesta total	14 (36.9%)	18 (47.4%)
Respuesta parcial	13 (34.2%)	9 (23.7%)
Respuesta positiva	27 (71.1%)	27 (71.1%)

**CUADRO 7**  
TIPO DE REACCIONES ADVERSAS MENCIONADAS  
(No. DE MENCIONES)

Síntoma	Lidamidina (n = 38)	Placebo (n = 38)
Sequedad de mucosa oral	7 (18%)	3 (8%)
Náusea	2 (5%)	1 (3%)
Sed	2 (5%)	0 (0%)
Cefalea	2 (5%)	3 (8%)
Vértigo	1 (3%)	3 (8%)
Sueño	1 (3%)	3 (8%)
Constipación	1 (3%)	2 (5%)

embargo, es importante considerar que la duración de la psicoterapia fue muy limitada y que sólo permitió que los pacientes reconocieran su problemática emocional y plantearan algunas alternativas de solución a corto plazo; quedando pendientes las soluciones a mediano y largo plazo. Por otra parte, es de tomarse en cuenta el efecto que pudo haber tenido sobre los pacientes, la valoración clínica semanal (relación médico-paciente), independientemente de las sesiones de psicoterapia.

No sabemos hasta qué grado podría influir el nivel cultural de la población que estudiamos, en lo que se refiere a la respuesta a la psicoterapia. La mayor parte de los estudios en que los pacientes han respondido a los diversos métodos de apoyo psicológico, proceden de países occidentales. En estos sitios, como se sabe, la población tiene un mayor nivel intelectual. Quizá esta diferencia podría influir en los resultados.

Respecto a las reacciones adversas del fármaco, éstas se presentaron en una baja proporción y fueron de poca relevancia, similares a las observadas con el placebo, con lo que se confirma la seguridad del medicamento.

El tratamiento de los pacientes con síndrome de colon irritable, debe incluir: una dieta blanda con fibra y algunas restricciones (dependiendo de la tolerancia de cada paciente); fármacos, en los que se puede incluir lidamidina y psicoterapia superficial, otorgada por el médico tratante. Sólo en algunos casos, como en los pacientes con alteraciones psicológicas más acentuadas o en aquellos en que no se observe una respuesta favorable con el tratamiento antes mencionado, se podrá recurrir al apoyo del psicólogo o del psiquiatra.

### AGRADECIMIENTO

Agradecemos al laboratorio ICN Farmacéutica, S.A de C.V., el habernos proporcionado el medicamento para llevar a cabo este estudio.

### REFERENCIAS

1. Creed FH, Guthrie E. Psychological factors and the irritable bowel syndrome. *GUT* 1987; 28: 1307-18.
2. Welch GW, Hillman LC, Pomare EW. Psychoneurotic symptomatology in the irritable bowel syndrome: a study of reports and non reporters. *Br J Med* 1985; 291: 1382-4.
3. Ford MJ, Eastwood J, Eastwood MA. The irritable bowel syndrome: soma and psyche. *Psychol Med* 1982; 12: 705-7.
4. Hislop IG. Psychological significance of the irritable colon syndrome. *GUT* 1971; 12: 452-57.
5. Snape WJ Jr, Carlons GM, Cohen S. Colonic myoelectric activity in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1976; 70: 326-30.
6. Young SJ, Alpers DH, Norland CC, Woodruff RA. Psychiatric illness and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1976; 70: 162-66.
7. Goldberg DP. A psychiatric study of patients with disease of the small intestine. *GUT* 1970; 11: 459-65.
8. Palmer RL, Stonehill AE, Crisp SH, Waller SL, Misiewicz JJ. Psychological characteristics of patients with the irritable bowel syndrome. *Postgrad Med J* 1974; 50: 416-19.
9. Ford MJ, Miller PM, Eastwood MA. Life events psychiatric illness and the irritable bowel syndrome. *GUT* 1987; 28: 160-65.
10. Lancaster-Smith MJ, Prout BJ, Pinto T, Anderson JA, Schiff AA. Influence of drug treatment on the irritable bowel syndrome and its interaction with psychoneurotic morbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 66: 33-41.
11. Creed FH, Guthrie E. Psychological treatment in the irritable bowel syndrome: a review. *GUT* 1989; 30: 1601-09.
12. Ritchie JA, Truelove SC. Treatment of irritable bowel syndrome with lorazepam, hyoscine butylbromide and ispaghula huck. *Br Med J* 1979; 1: 376-78.
13. Myren J, Groth H, Lassen SE, Lassen S et al. The effect of trimipramina in patients with the irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol* 1982; 17: 871-75.
14. Greenbaum DS, Mayle JE, Vanegeran IE et al. Effects of disipramine on irritable bowel syndrome compared with atropine and placebo. *Dig Dis Sci* 1987; 32: 257-66.
15. Svedlund J, Sjodin I, Olsson JO et al. Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. *Lancet* 1983; 11: 589-91.
16. Elspeth G, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 100: 450-57.
17. Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Hypnotherapy in irritable bowel syndrome. *Lancet* 1984; 2: 1232-34.
18. Harvey RF, Hinton RA, Gunary RM, Barry RE. Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome. *Lancet* 1989; 1: 424-25.
19. Whorwell PJ, Prior A, Colgan SM. Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome further experience. *GUT* 1987; 28: 423-25.
20. Leibach JR, Sninsky CA, Justus PG, Riley RL, Mathias JR. Lidamidine. A new drug for the treatment of diarrheal disorders. *Gastroenterology* 1981; 80: 1207.
21. McArthur KE, Anderson DS, Durvin TE et al. Cloridine and lidamidine to inhibit watery diarrhea in a patient with lung cancer. *Ann Intern Med* 1982; 96: 323-25.
22. Mills JA, Kniaz J, Craske C et al. Lidamidine hydrochloride as adjunctive therapy in the treatment of chronic diarrhea in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1983; 64: 1250.
23. Friedman G. Lidamidine hydrochloride. *The Am J of Gastroenterology* 1989; 80: 143.
24. Di Joseph JF, Mir GN. Lidamidine's effects on the lower GI. Tract. *Ar. review: Drug Dev Res* 1986; 7: 101.
25. Dhar AK, Eash JR, Mir GN. Alpha adrenoreceptor activity of lidamidine. *Fed Proc* 1983; 42: 1367.
26. Eaker EY, Bixler GB, Mathias Jr. WHR 1049, a potent metabolite of lidamidine has antidiarrheal and antimotility on the small intestine in rats. *The J of Pharmacol and Exp Ther* 1988; 246: 786-89.
27. Goff SJ. Diabetic diarrhea and lidamidine: To Editor. *Ann of Internal Med* 1984; 101: 874.
28. Patee PL and Thompson WG. Drug treatment of the irritable bowel syndrome. *Drugs* 1992; 44: 200.