

Directrices Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología

Síndrome de Intestino Irritable: una Perspectiva Mundial

Actualizado en setiembre de 2015



Equipo de revisión

Eamonn M.M. Quigley	EE.UU. (Coordinador)
Michael Fried	Suiza
Kok-Ann Gwee	Singapur
Igor Khalif	Rusia
Pali Hungin	Reino Unido
Greger Lindberg	Suecia
Zaigham Abbas	Pakistán
Luis Bustos Fernández	Argentina
Shobna J. Bhatia	India
Max Schmulson	México
Carolina Olano	Uruguay
Anton Le Mair	Países Bajos

Contenido

Contenido 2

Figuras 3

Tablas 3

1 Cascadas de la WGO 4

1.1 Opciones de cascada para el diagnóstico del SII según los recursos 4

1.2 Opciones de cascada para el tratamiento del SII según los recursos 5

2 Introducción 6

2.1 Subclasificación del SII 7

2.2 Prevalencia e incidencia mundiales 8

2.3 Otras observaciones en epidemiología del SII 9

2.4 Datos demográficos del SII, diferencias de las formas de presentación entre Oriente y Occidente 9

3 Diagnóstico del SII 10

3.1 Historia clínica 10

3.2 Valoración psicológica 12

3.3 Examen físico 12

3.4 Algoritmo diagnóstico del SII 13

4 Evaluación del SII 13

4.1 Criterios diagnósticos (Roma III) 14

4.2 Estudios o exámenes adicionales 15

4.3 Diagnóstico diferencial 15

4.4 Comorbilidad con otras enfermedades 19

5 Tratamiento del SII 20

5.1 Introducción 20

5.2 Dieta 22

5.3 Tratamiento medicamentoso 23

5.4 Tratamiento psicológico y otros tratamientos 26

5.5 Pronóstico 28

5.6 Seguimiento 28

6 Apéndice: recursos útiles 28

Referencias 29

Figuras

Fig. 1 Algoritmo para diagnosticar el síndrome de intestino irritable (SII). 13

Fig. 2 Tratamiento de los pacientes con síntomas de síndrome intestino irritable. 20

Tablas

Tabla 1 Criterios de Roma III para diagnóstico del SII 14

1 Cascadas de la WGO

Con esta guía, la Organización Mundial de Gastroenterología (WGO) busca orientar a los prestadores de salud sobre el mejor manejo del síndrome de intestino irritable (SII) a través de un documento conciso con recomendaciones basadas en las evidencias más recientes, resultado de un proceso de consenso de nuestros expertos mundiales tras analizar la mejor práctica actual.

Tal vez no sea posible hacer un enfoque normalizado que se pueda aplicar a nivel mundial para el diagnóstico y el tratamiento del SII, ya que ni la epidemiología, ni la presentación clínica de la entidad, ni la disponibilidad de recursos diagnósticos o terapéuticos son suficientemente uniformes en todo el mundo como para poder justificar un enfoque único, que pueda constituir un patrón oro.

Esta Guía Mundial de la WGO, por lo tanto, incluyen un conjunto de “cascadas” que buscan ofrecer distintas opciones que se adapten al contexto y a los recursos para el diagnóstico y el tratamiento del SII en las diferentes circunstancias. Las cascadas de la WGO pretenden servir como complemento “global”, y no pretenden sustituir a las guías “patrón oro” elaboradas por los grupos regionales y las sociedades nacionales. Con sus cascadas diagnósticas y de tratamiento, las guías de la WGO brindan un enfoque que tiene en cuenta los recursos y el contexto.

- Cascadas de la WGO: conjunto jerárquico de opciones diagnósticas, terapéuticas y de manejo para lidiar con el riesgo y la enfermedad, según los recursos disponibles.

Las guías y cascadas de la WGO pretenden destacar las opciones de manejo apropiadas que tienen en cuenta el contexto y los recursos disponibles en cada área geográfica, independientemente de si se considera “en desarrollo,” “semidesarrollada,” o “desarrollada.” Las cascadas de la WGO son sensibles al contexto, y el contexto no queda definido necesariamente únicamente por la disponibilidad de recursos.

N.B.: El contexto en el que se elaboraron las siguientes cascadas se encuentra descrito en las secciones pertinentes sobre el diagnóstico y el tratamiento del SII.

1.1 Opciones de cascada para el diagnóstico del SII según los recursos

Niveles de altos recursos

- Anamnesis, examen físico, exclusión de síntomas de alarma, consideración de factores psicológicos.
- Hemograma completo (HC), velocidad de eritrosedimentación (VES) o proteína C-reactiva (PC Reactiva), examen de materias fecales (leucocitos, huevos, parásitos, sangre oculta).
- Prueba de taurina ácido homocólico selenio (ácido tauroselcólico) (SeHCAT; que incorpora selenio-75) para la investigación de malabsorción de ácidos biliares y medición de la pérdida del pool de ácidos biliares. La disponibilidad de esta prueba puede ser limitada aún en áreas con altos recursos.
- Función tiroidea.
- Anticuerpo tisular transglutaminasa (TTG) para tamizaje de enfermedad celíaca.

- Esofagogastroduodenoscopia (EGD) y biopsia duodenal distal en pacientes con diarrea para descartar enfermedad celíaca, esprúe tropical, giardiasis, y en pacientes en los que el dolor abdominal y el malestar esté ubicado más en el abdomen superior.
- Colonoscopia y biopsia.*
- Marcador fecal de inflamación (por ejemplo, calprotectina o lactoferrina) para distinguir SII de la enfermedad intestinal inflamatoria, en las áreas con alta prevalencia de esta última.
- Prueba de hidrógeno espirado para intolerancia a la lactosa y proliferación excesiva de bacterias del intestino delgado (SIBO, por su sigla en inglés).

Niveles de recursos medios

- Anamnesis, examen físico, exclusión de síntomas de alarma, consideración de factores psicológicos
- HC, VES o PC Reactiva, estudios de materiales fecales, función tiroidea
- Sigmoidoscopia*

Niveles de recursos bajos

- Anamnesis, examen físico, exclusión de síntomas de alarma, consideración de factores psicológicos
- HC, VES, y examen de materia fecales

* N.B.: Aún en países “ricos”, no todos los países necesitan colonoscopia, la que se debe reservar en particular para aquellos que presenten signos o síntomas de alarma, y para los individuos mayores de 50. La necesidad de estudios y de sigmoidoscopia y colonoscopia, en particular, debe también determinarse según las características de los pacientes (características de presentación, edad, etc.) y la ubicación geográfica (es decir, si el individuo está o no en un área de alta prevalencia de enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad celíaca, cáncer de colon, o parasitosis). Uno podría plantear, por ejemplo, que una mujer de 21 años con síntomas del SII con diarrea y sin características de alarma, merece, como mucho, serología celíaca y evaluación de tiroides (donde correspondiere). En general, el diagnóstico es “más seguro” en pacientes con constipación, mientras que en pacientes con diarrea severa hay una mayor necesidad de considerar pruebas para excluir patología orgánica.

1.2 Opciones de cascada para el tratamiento del SII según los recursos

Niveles de altos recursos

- Tranquilización, repaso de la dieta y del estilo de vida, y asesoramiento.
- Intentar un probiótico de calidad con eficacia probada.
- Tratamiento sintomático de:
 - Dolor, con un antiespasmódico disponible localmente; para los pacientes con afección más severa, debe agregarse un antidepresivo tricíclico a baja dosis o un inhibidor de la recaptación de serotonina (serotoninérgico).
 - Estreñimiento con medidas dietéticas y suplemento de fibras progresando a laxantes osmóticos como lactulosa.
 - Si bien la evidencia para su uso es débil, tal vez valga la pena tratar la diarrea con antidiarreicos simples.
- Debe considerarse la realización de enfoques psicológicos (hipnoterapia, psicoterapia, terapia de grupo) y consultas con nutricionista cuando esté indicado.
- Agregar agentes farmacológicos específicos, cuando estuvieren aprobados:

- Lubiprostona o linaclotida para SII con constipación (SII-C)
- Rifaximina para diarrea e hinchazón
- Alosetrón y eluxadolina para SII con diarrea (SII-D)

Recursos medios

- Tranquilizar, repaso de la dieta y del estilo de vida y asesoramiento.
- Agregar un probiótico de calidad con eficacia aprobada.
- Tratamiento sintomático de:
 - Dolor: con antiespasmódico disponible localmente; para los pacientes con afección más severa debe agregarse un antidepresivo tricíclico a dosis baja.
 - Estreñimiento: con medidas dietéticas y suplementos de fibras.
 - Si bien la evidencia para su uso es débil, tal vez valga la pena tratar la diarrea con agentes de volumen y antidiarreicos simples.

Bajos recursos

- Tranquilización, repaso de la dieta y estilo de vida, y asesoramiento.
- Tratamiento sintomático de:
 - Dolor, con un antiespasmódico disponible localmente.
 - Estreñimiento, con medidas dietéticas y suplementos de fibras.
 - Si bien la evidencias para su uso es débil, tal vez valga la pena tratar la diarrea con agentes de volumen y antidiarreicos simples.

2 Introducción

El síndrome de intestino irritable es un trastorno intestinal funcional recidivante definido por criterios diagnósticos basados en síntomas, en ausencia de causas orgánicas detectables. El cuadro sintomático no es específico del SII, ya que sus síntomas pueden parecer de vez en cuando en casi cualquier individuo. Para distinguir al SII de síntomas intestinales pasajeros, los expertos han subrayado la naturaleza crónica y con recaídas del SII, y han propuesto criterios diagnósticos basados en la tasa de aparición de síntomas y su duración.

Definición. El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno intestinal funcional en el que aparece dolor o molestia abdominal asociado con la defecación y/o cambios en los hábitos intestinales. Las sensaciones de malestar, distensión (hinchazón), y trastornos de la defecación son características que se presentan frecuentemente. En algunos idiomas, como el español, la diferencia entre las palabras *bloating* y distensión no están claramente definidas. A los efectos de estas guías utilizaremos el término “hinchazón” para *bloating* y “distensión” para *distension*.

Algunas características del SII:

- No se sabe que esté asociado con un aumento del riesgo de desarrollo de cáncer o enfermedad intestinal inflamatoria, o con un aumento de la mortalidad.
- Genera costos sanitarios importantes directos e indirectos.
- En el SII no se ha demostrado ningún sustrato fisiopatológico universal.
 - Habitualmente se acepta que hay hipersensibilidad visceral [1].

- Se puede dar una transición del SII, a otros trastornos gastrointestinales sintomáticos (por ejemplo, enfermedad por reflujo gastroesofágico, dispepsia, y estreñimiento funcional) o se pueden superponer.
- La entidad habitualmente provoca síntomas prolongados:
 - Puede aparecer en episodios.
 - Los síntomas varían y a menudo se asocian con la ingesta de alimentos y característicamente con la defecación.
 - Los síntomas interfieren con la vida diaria y el funcionamiento social en muchos pacientes.
 - Algunas veces los síntomas parecen aparecer como consecuencia de una infección intestinal (SII postinfeccioso) o verse precipitados por eventos importantes de la vida, o pueden aparecer durante un periodo de estrés considerable.
 - Pueden aparecer síntomas luego de cirugía abdominal y/o pélvica.
 - Los síntomas pueden verse precipitados por tratamiento antibiótico.

En general, hay una falta de reconocimiento de la afección; muchos pacientes con síntomas del SII no consultan al médico y no se les hace un diagnóstico formal.

2.1 Subclasificación del SII

Según los criterios de Roma III, el SII puede ser dividido en subtipos o subclases según las características de las deposiciones de los pacientes, siguiendo la Escala de Deposiciones de Bristol:

- SII con diarrea (SII-D):
 - Deposiciones disminuidas de consistencia > 25% de las veces y deposiciones duras < 25% de las veces
 - Hasta un tercio de los casos
 - Más común en hombres
- SII con estreñimiento (SII-E):
 - Deposiciones duras > 25% de las veces y deposiciones disminuidas de consistencia < 25% de las veces
 - Hasta un tercio de los casos
 - Más común en mujeres
- SII con hábitos intestinales mixtos o patrones cíclicos (SII-M):
 - Deposiciones tanto duras como disminuidas de consistencia > 25% de las veces
 - Un tercio a la mitad de los casos
- Ningún subtipo del SII
 - Anomalías insuficientes de la consistencia de las deposiciones como para cumplir con los criterios del SII-E o M

Sin embargo, debe recordarse que:

- Los pacientes frecuentemente hacen una transición entre los diferentes subtipos.
- Los síntomas de diarrea y estreñimiento frecuentemente son mal interpretados en los pacientes con SII. Por ende, muchos pacientes con SII que se quejan de “diarrea” se refieren a deposiciones frecuentes de heces formadas, y en la misma población de pacientes “estreñimiento” puede referirse a cualquiera de las variedades de quejas asociadas con intentos de defecación y no simplemente a movimientos intestinales infrecuentes.

- Además, se debe evaluar los hábitos intestinales sin utilizar antidiarreicos o laxantes.

Teniendo en cuenta la clínica, se puede subclasificar los SII:

- Basado en los síntomas:
 - SII con disfunción intestinal predominante
 - SII con dolor predominante
 - SII con distensión predominante
- Basado en factores precipitantes:
 - Postinfecciosos (SII-PI)
 - Inducido por alimentos (inducido por las comidas)
 - Vinculado al estrés

Sin embargo, con la excepción del SII-PI, que en general está bien caracterizado, la pertinencia de cualquiera de estas clasificaciones sobre el pronóstico o la respuesta al tratamiento con SII sigue siendo indefinido.

Se debe recordar también que los criterios de Roma III no se usan frecuentemente en la práctica clínica. Además, hay temas culturales que pueden influir en el relato de los síntomas. En India, por ejemplo, un paciente que relata hacer fuerza para defecar o que tiene heces duras (a menudo con sensación de evacuación incompleta) probablemente se queje de estreñimiento aun cuando tenga deposiciones más de una vez al día.

Existe una considerable superposición y una tendencia a la transición entre el SII-E y el estreñimiento funcional.

2.2 Prevalencia e incidencia mundiales

El cuadro general de la prevalencia del SII dista de ser completo, ya que hay varias regiones de las que no se dispone de datos. Además, a menudo es problemático hacer comparaciones de datos de las diferentes regiones debido al uso de diferentes criterios diagnósticos (en general, cuanto más “laxos” los criterios, mayor es la prevalencia). Además, influyen otros factores, tales como la selección de la población, la inclusión o exclusión de trastornos comórbidos (por ejemplo, ansiedad), acceso a la atención médica e influencias culturales. En México, por ejemplo, la prevalencia del SII en la población general, medida utilizando los criterios de Roma II, fue 16%, pero la cifra aumentó a 35% entre los individuos de una comunidad universitaria. Lo que es remarcable es que los datos disponibles sugieren que la prevalencia es bastante similar en muchos países, pese a importantes diferencias en el estilo de vida.

- La prevalencia del SII en Europa y América del Norte está estimada en 10–15%. En Suecia, la cifra más comúnmente citada es 13.5%.
- La prevalencia del SII está aumentando en países de la región Asia–Pacífico, particularmente en las economías en desarrollo. Las estimaciones de la prevalencia del SII (utilizando los criterios de Roma II) varían ampliamente en la región de Asia–Pacífico. Los estudios de la India mostraron que los criterios de Roma I para SII identificaban más pacientes que los criterios de Roma II. Las tasas de prevalencia comunicadas incluyeron 0.82% en Beijing, 5.7% en el sur de China, 6.6% en Hong Kong, 8.6% en Singapur, 14% en Pakistán, y 22.1% en Taiwán. Un estudio en China halló que la prevalencia del SII, definida según los criterios de Roma III, en individuos que asistían a policlínicas ambulatorias fue 15.9%.

- Generalmente, los datos de América del Sur son escasos, pero esto puede ser debido a un sesgo de las publicaciones, ya que muchos estudios no están publicados en inglés [2] o no se citan en las bases de datos de búsqueda utilizadas frecuentemente (por ejemplo, Medline). En Uruguay, por ejemplo, un estudio comunicó una prevalencia general de 10.9% (14.8% en mujeres y 5.4% en hombres)—58% con SII-E y 17% con SII-D. En 72% de los casos, la edad de instalación fue antes de los 45 años. Además, un estudio de Venezuela comunicó una prevalencia del SII de 16.8%, siendo 81.6% de los individuos afectados fueron mujeres y 18.4% hombres [3]. Los estudios en poblaciones indígenas de América Latina revelaron una alta prevalencia del SII, lo que fue similar al resto de la población [4].
- Los datos de África son muy escasos. Un estudio en una población de estudiantes nigerianos halló una prevalencia de 26.1%, basado en los criterios de Roma II. Un estudio entre pacientes ambulatorios en el mismo país, basado en los mismos criterios, comunicó una prevalencia de 33%.

2.3 Otras observaciones en epidemiología del SII

- SII ocurre fundamentalmente entre los 15 y 65 años.
- La primera presentación de pacientes a un médico habitualmente es en el grupo etario de 30–50 años.
- En algunos casos, los síntomas pueden retrotraerse a la infancia.
- La prevalencia es mayor en mujeres—si bien en este resultado no se reproduce en algunos estudios de la India, por ejemplo.
- Hay una disminución de la frecuencia de comunicación entre los individuos de más edad.
- La prevalencia estimada del SII en niños es similar a la de adultos.
- Los síntomas típicos del SII son comunes en las muestras de poblaciones “sanas”.

2.4 Datos demográficos del SII, diferencias de las formas de presentación entre Oriente y Occidente

- Al igual que en el caso de los datos de prevalencia, la información mundial sobre las características de presentación también varía, y las comparaciones de los estudios basados en datos comunitarios, datos de clínicas ambulatorias, y estadísticas hospitalarias están plagados de dificultades.
- Los síntomas típicos del SII son frecuentes en las muestras de poblaciones sanas, pero la mayoría de quienes padecen del SII de hecho no tienen diagnóstico médico. Esto puede explicar diferencias aparentes entre los países en la prevalencia comunicada. La mayoría de los estudios solamente cuentan con SII diagnosticada y no prevalencia en la comunidad.
- Un estudio en China mostró que la prevalencia del SII en el sur de China era más elevada que la comunicada en Beijing, pero inferior a la comunicada en los países occidentales.
- Algunos estudios en países no occidentales indican:
 - Una íntima asociación entre el sufrimiento marcado y el SII en hombres, de manera similar a lo que se encuentra en mujeres en estudios en occidente.
 - Una mayor frecuencia de dolor abdominal superior.
 - Los síntomas vinculados a la defecación tienen menos impacto en la vida diaria del paciente.

- Varios estudios sugieren determinadas características de los afroamericanos, en comparación con sus compatriotas blancos:
 - La frecuencia de deposiciones es menor.
 - La prevalencia de estreñimiento es mayor.
- En América Latina, excepto en Argentina, la predominancia del estreñimiento es más frecuente que la predominancia de la diarrea.
- La frecuencia de las deposiciones parece ser mayor en la comunidad india en general—99% tenía una deposición o más por día.
- En México, 70% de los pacientes tienen ansiedad, 46% depresión, y 40% ambos.
- En México, el SII tiene un importante impacto económico, ya que lleva a un alto uso de recursos médicos.
- La superposición clínica, entre la dispepsia funcional y el SII, definido según los criterios de Roma III, es muy común en China. Sin embargo, esto puede estar vinculado al hecho que los pacientes con SII en ese país frecuentemente comunican su dolor como ubicado en la región epigástrica y no en el abdomen inferior.
- El sufrimiento psicológico, los eventos de la vida, y el estilo negativo de enfrentar la vida pueden jugar un importante papel en la patogenia del SII. Estos factores pueden también influir sobre el comportamiento patológico de un individuo y los resultados clínicos.

3 Diagnóstico del SII

3.1 Historia clínica

Si bien actualmente se la describe como una única entidad coherente, lo más probable es que el trastorno denominado “SII” comprenda una serie de entidades fisiopatológicas distintas, todavía por definirse. Es así que ahora reconocemos una serie de nuevos procesos patológicos como entidades claramente distinguibles (colitis microscópica, intolerancia a los carbohidratos, y malabsorción de ácidos biliares, por ejemplo) que en el pasado se hubieran incluido dentro del SII.

Al evaluar al paciente con SII, es importante no solo considerar los síntomas primarios con los que se presenta, sino también identificar factores precipitantes y otros síntomas gastrointestinales y extra gastrointestinales acompañantes. También es vital buscar y directamente preguntar por la presencia de síntomas de alarma, y considerar, en el contexto pertinente, otras explicaciones para los síntomas del paciente (por ejemplo, diarrea por ácidos biliares, intolerancia a los carbohidratos, colitis microscópica. Por ende, la anamnesis es fundamental y comprende tanto la identificación de aquellas características vistas como típicas del SII, como también el reconocimiento de “banderas rojas”, u otras características que sugieran diagnósticos alternativos. Conforme ello, al paciente habría que preguntarle sobre los siguientes aspectos (las características marcadas con un asterisco* son compatibles con SII):

El patrón de dolor o molestia abdominal:

- Duración crónica*
- Tipo de dolor: intermitente* o discontinuo.
- Episodios de dolor previos*

- Ubicación del dolor. En algunos individuos, el dolor puede estar bien localizado (en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, por ejemplo), mientras que en otros la localización del dolor tiende a desplazarse.
- Alivio con la defecación o con la eliminación de gases*
- El dolor nocturno es inhabitual en el SII y se lo considera un signo de advertencia.

Otros síntomas abdominales:

- Hinchazón*
- Distensión*
- Borborigmo
- Flatulencia

N.B.: La distensión se puede medir; la hinchazón es una sensación subjetiva. En inglés, la sensación de hinchazón (*bloating*) y la distensión (*distension*) pueden no compartir la misma fisiopatología y no se los debe ver como términos equivalentes e intercambiables, si bien en otros idiomas pueden estar representadas por una única palabra, o puede no haber expresión para *bloating*, como sucede en español. Tampoco necesariamente implica que esté aumentada la producción intestinal de gases.

Naturaleza de los trastornos intestinales asociados:

- Estreñimiento
- Diarrea
- Alternancia

Anomalías de la defecación:

- Diarrea durante > 2 semanas (N.B.: uno siempre debería tratar de comprender exactamente lo que el paciente quiere decir cuando habla de “diarrea” y “estreñimiento”)
- Mucus en las heces
- Urgencia defecatoria
- Sensación de defecación/evacuación incompleta (este síntoma ha sido comunicado como particularmente importante en estudios recientes en poblaciones asiáticas— 51% en Singapur, 71% en India, 54% en Taiwán)

Otra información de la historia del paciente y signos de advertencia importantes:

- Adelgazamiento no buscado
- Sangre en material fecales
- Antecedentes familiares de:
 - Neoplasia colorrectal
 - Enfermedad celíaca
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
- Fiebre acompañando el dolor abdominal inferior
- Relación con la menstruación
- Relación con:
 - Medicamentos
 - Consumo de alimentos que se sabe que provocan intolerancia (especialmente leche), edulcorantes artificiales, productos dietéticos, o alcohol
 - Visita al (sub) trópico
- Anomalías de los hábitos de alimentación:
 - Comidas irregulares o inadecuadas
 - Ingesta insuficiente de líquidos
 - Ingesta excesiva de fibras
 - Obsesión con la higiene dietética

- Antecedentes familiares de SII: el SII claramente se da más frecuentemente dentro de determinadas familias, si bien su genética no se comprende bien y no queda claro cómo es el modo de transmisión.
- Naturaleza de la instalación (una instalación súbita en relación con la exposición a gastroenterocolitis sugiere SII-PI)
- Diarrea persistente: la presencia de diarrea verdadera persistente, especialmente si es relativamente indolora, debería guiar a investigaciones más amplias, buscando otras causas de diarrea, tales como enfermedad celíaca, colitis microscópica (especialmente en una mujer de edad media o de tercera edad), diarrea por ácidos biliares (debido a una alteración en la absorción de los ácidos) o intolerancia a los carbohidratos.

3.2 Valoración psicológica

Los factores psicológicos no han demostrado provocar ni influir sobre la instalación del SII. La SII no es un trastorno psiquiátrico ni psicológico. Sin embargo, hay factores psicológicos que pueden intervenir en:

- La persistencia y en la percepción de gravedad de los síntomas abdominales.
- Contribuir a empeorar la calidad de vida y el uso excesivo de servicios de salud.

Por estas razones, las condiciones psicológicas coexistentes son frecuentes en los centros de derivación, pudiendo incluir:

- Ansiedad
- Depresión
- Somatización
- Hipocondría
- Miedos relacionados con los síntomas
- Catastrofismo

Los siguientes instrumentos se pueden utilizar para dar una valoración objetiva de las características psicológicas:

- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Este es un cuestionario sencillo de 14 puntos que mide el nivel de ansiedad y depresión.
- La prueba SOC (Sense of Coherence) puede ser utilizada para identificar pacientes con un SOC bajo que respondan a terapia cognitiva comportamental.
- El PHQ-15 (Patient Health Questionnaire). Es un cuestionario de 15 puntos que ayuda a identificar la presencia de múltiples síntomas somáticos (somatización). El PHQ-15 debería validarse en un país dado antes de ser utilizado en la práctica clínica en esa zona.

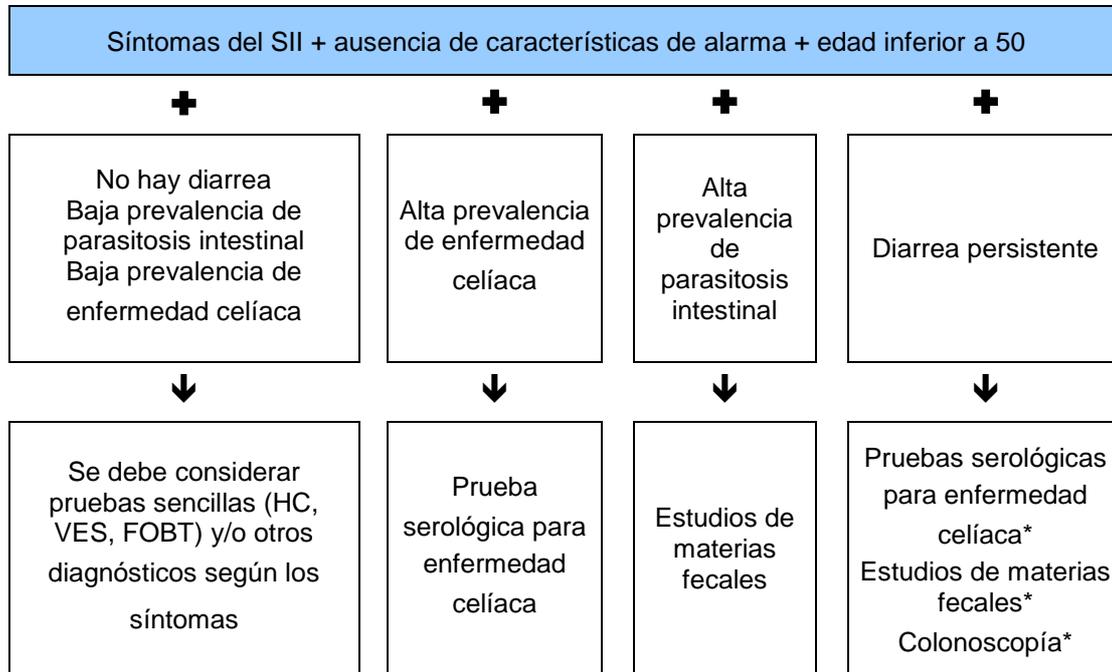
3.3 Examen físico

- El examen físico tranquiliza al paciente y ayuda a detectar posibles causas orgánicas.
- Se realiza un examen general buscando signos de enfermedad sistémica.
- Examen abdominal:
 - Inspección
 - Palpación
 - Auscultación
- Examen de la región perianal:

— Tacto rectal

3.4 Algoritmo diagnóstico del SII

Fig. 1 Algoritmo para diagnosticar el síndrome de intestino irritable (SII).



Notas: VES, velocidad de eritrosedimentación; HC, hemograma completo; FOBT, prueba de sangre oculta en heces (mantenemos la sigla inglesa).

La esofagogastroduodenoscopia y la biopsia de intestino delgado para buscar enteropatía, giardiasis, y alteraciones asociadas con hiperproliferación bacteriana en el intestino delgado (SIBO por su sigla en inglés) pueden recomendarse en áreas de altos recursos y en casos seleccionados.

* Donde fuere pertinente—a saber, donde hubiere una alta prevalencia de enfermedad celíaca, parasitosis, enfermedad intestinal inflamatoria, o colitis linfocítica.

4 Evaluación del SII

El diagnóstico del SII habitualmente se sospecha sobre la base de la anamnesis y el estado físico del paciente, sin exámenes adicionales. La confirmación del diagnóstico del SII requiere la exclusión confiable de enfermedad orgánica, en cierta manera dictada por las características y los rasgos de presentación en cada paciente individual. En muchos casos (por ejemplo, en pacientes jóvenes sin características de alarma), se puede hacer un diagnóstico seguro exclusivamente basado en la clínica.

Existe una falta de evidencia robusta y de estudios prospectivos sobre el uso apropiado de la imagen radiología radiológica en pacientes con síntomas tipo SII [5].

4.1 Criterios diagnósticos (Roma III)

Tabla 1 Criterios de Roma III para diagnóstico del SII

- 1 Aparición de síntomas por lo menos 6 meses antes del diagnóstico
- 2 Dolor o molestia abdominal recurrente durante > 3 días por mes durante los 3 meses previos
- 3 Por lo menos dos de las siguientes características:
 - Mejora con la defecación
 - Asociación con un cambio de la frecuencia de materias fecales
 - Asociación con un cambio de las formas de las materias fecales

Una revisión sistemática (2012) de los criterios diagnósticos para SII demostró una baja validez y utilización de los criterios de Roma III, y sugirió que se validaran más ampliamente los criterios de Manning que podrían ser más aplicables en la clínica [6]. Ya han transcurrido 24 años desde la primera reunión de Roma, y ha habido varios cambios en los criterios de Roma en la definición del SII. La siguiente versión de Roma IV debería estar disponible en 2016.

En la práctica clínica, ya sea en condiciones de atención primaria o de especialista, los clínicos habitualmente basan el diagnóstico del SII en su evaluación del paciente como un todo (a menudo con el paso del tiempo) y consideran una multiplicidad de características que avalen el diagnóstico (aparte del dolor y la molestia asociada con la defecación, o el cambio de la frecuencia o forma de las deposiciones).

Síntomas comunes en SII y bases para el diagnóstico:

- Hinchazón
- Forma anormal de las materias fecales (duras y/o blandas)
- Frecuencia anormal de las materias fecales (menos de tres veces por semana o más de tres veces por día)
- Esfuerzo defecatorio
- Urgencia
- Sensación de evacuación incompleta
- Eliminación de mucus por el recto

Características comportamentales que ayudan a reconocer SII en la práctica general:

- Síntomas que se presentan desde hace > de 6 meses
- Síntomas que se agravan con el estrés
- Consultas frecuentes por síntomas no gastrointestinales
- Antecedentes de síntomas médicos inexplicados anteriormente
- Agravación durante las comidas
- Ansiedad y/o depresión asociadas

Motivos no colónicos de consulta que a menudo acompañan al SII:

- Dispepsia—comunicada en 42–87% de los pacientes con SII
- Náuseas
- Pirosis

Síntomas no gastrointestinales asociados:

- Letargo, fatiga
- Dolor de espalda y otros dolores musculares y articulares
- Fibromialgia

- Cefaleas
- Síntomas urinarios:
 - Nocturia
 - Frecuencia y urgencia de la micción
 - Vaciamiento vesical incompleto
- Dispareunia, en mujeres
- Insomnio
- Baja tolerancia a los medicamentos en general

4.2 Estudios o exámenes adicionales

En la mayoría de los casos del SII, no se necesitan ni estudios ni exámenes adicionales. Se recomienda un esfuerzo por mantener los estudios a un mínimo en los casos sencillos de SII, y especialmente en individuos más jóvenes.

Las pruebas o estudios adicionales deberían considerarse si hay signos de alerta (“banderas rojas”):

- Aparición de los síntomas después de los 50 años de edad
- Historia breve de síntomas
- Cambios del patrón de hábito intestinal
- Adelgazamiento no intencional
- Síntomas nocturnos
- Antecedentes familiares de cáncer de colon, enfermedad celíaca, enfermedad intestinal inflamatoria
- Anemia
- Sangrado rectal
- Uso reciente de antibióticos
- Tumores abdominales o rectales
- Marcadores inflamatorios elevados
- Fiebre

Los siguientes exámenes (si bien realizados frecuentemente) están indicados solo si se encuentran avalados por la historia clínica y donde sean localmente relevantes:

- Hemogramas completos
- Bioquímica sérica
- Estudios de función tiroidea
- Pruebas de materias fecales buscando sangre oculta, huevos y parásitos

Los siguientes exámenes o estudios adicionales se pueden considerar si:

- El paciente tiene síntomas persistentes o si está ansioso pese al tratamiento.
- Se ha observado un cambio cualitativo importante en los síntomas crónicos.
- Se debe considerar una nueva condición coexistente.

4.3 Diagnóstico diferencial

Malabsorción de los ácidos biliares

- Actualmente se reconoce a la malabsorción de los ácidos biliares (MAB) de aparición en la edad adulta como una importante causa de presentación del SII tipo

D. Un estudio de revisión reciente [7] halló evidencia que más de 25% de los pacientes con SII tipo D tienen malabsorción de ácidos biliares.

- Los factores etiológicos que parecen contribuir a la instalación y persistencia de los síntomas de diarrea crónica son alteraciones de la circulación enterohepática, tránsito intestinal acelerado, un aumento del pool de ácidos biliares y niveles bajos de factor 19 de crecimiento de los fibroblastos (FGF19) [8].
- Las herramientas diagnósticas que ayudan en el diagnóstico de MAB y para diferenciarlo del SII-D son ensayos de concentración de ácidos biliares fecales, pruebas de ácido 23 seleno 25 homotaurocólico (SeHCAT), y cromatografía líquida de alto desempeño para 7- α -OH-4-colesten-3-ona sérica (C4)—además del uso de ensayos terapéuticos (con los agentes secuestradores de ácidos biliares colestiramina y colesevelam), y una mayor conciencia de la probabilidad de malabsorción de ácido biliar [9].

Enfermedad celíaca

Muchos síntomas y/o hallazgos:

- Diarrea crónica
- Niño que no medra
- Fatiga
- Se estima que afecta aproximadamente 1% de todas las poblaciones indoeuropeas que ingieren trigo
- Debería considerarse en el diagnóstico diferencial en regiones de alta prevalencia [10]

N.B.: Muchos pacientes con enfermedad celíaca *no tienen* los rasgos clásicos y pueden presentarse como síntomas “tipo SII”, incluyendo hinchazón y estreñimiento, junto con ferropenia. Por lo tanto, se debe mantener un umbral bajo para estudio de estos casos en regiones de alta prevalencia (aquellas que tengan una prevalencia > 1% en la población general).

Intolerancia a la lactosa

Principales síntomas y/o hallazgos:

- Síntomas (hinchazón, flatulencia, diarrea) se relacionan en agudo al consumo de leche y productos lácteos.
- Si bien actualmente se puede detectar la deficiencia de la lactasa mediante estudios genéticos, no necesariamente se puede predecir la intolerancia, la cual es mejor estudiada utilizando la prueba de hidrógeno espirado proveniente de la lactosa. Ciertamente una importante proporción de individuos que carecen de lactasa pueden tolerar la lactosa oral pese a la fermentación bacteriana.

En los países con una alta prevalencia de deficiencia de lactasa, se debe evitar etiquetar inapropiadamente a los pacientes con SII como intolerancia a la lactosa, a no ser que estén consumiendo cantidades importantes de leche y/o productos lácteos, ya que esto podría privar a la comunidad de un buen recurso nutritivo y de fuente nutritiva barata de proteínas en países como la India. En todas partes del mundo la prevalencia de una mala absorción de la lactosa en las pruebas espiradas ha sido similar consistentemente entre los sujetos con SII y no SII.

Enfermedad intestinal inflamatoria (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa)

Principales síntomas y/o hallazgos:

- Variaciones significativas de la prevalencia a nivel mundial.
- La diarrea ha persistido durante más de > 2 semanas.
- Sangrado rectal.
- Tumoración inflamatoria, pérdida de peso, enfermedad perianal, fiebre.
- En áreas en las que es endémica, se debe considerar la tuberculosis intersticial, ya que su presentación puede ser similar a la de la enfermedad intestinal inflamatoria (EII): diarrea, pérdida de peso, distensión abdominal, y fiebre.

*Carcinoma colorrectal**Principales síntomas y/o hallazgos:*

- Pacientes de mayor edad que presentan síntomas tipo SII por primera vez
- Sangre en las heces
- Adelgazamiento no intencional
- El dolor puede ser de tipo obstructivo para las lesiones del lado izquierdo
- Anemia o deficiencia de hierro para las lesiones del lado derecho

Colitis microcítica (linfocítica y colagenosa)

- Es responsable del 20% de la diarrea inexplicada en pacientes mayores de 70 años
- Habitualmente indoloro
- Más frecuente en mujeres de media edad (M:F = 1:15)
- Diagnosticado en las biopsias colónicas

*Diarrea aguda o crónica debida a protozoarios o bacterias**Principales síntomas y/o hallazgos:*

- Diarrea de instalación aguda
- Examen de heces o biopsia duodenal

Una revisión [11] del papel de los protozoarios intestinales en SII concluyó que “los parásitos protozoarios, tales como *Blastocystis hominis* y *Dientamoeba fragilis*” “posiblemente intervengan” en la etiología del SII.

- Se sabe que *Dientamoeba fragilis* provoca síntomas tipo SII y tiene propensión a provocar infecciones crónicas. Se la puede detectar utilizando la reacción en cadena de polimerasa (PCR) [12] anidada, en aquellos lugares donde esté disponible; otra alternativa es utilizar la microscopía.
- El papel de *B. hominis* como agente etiológico en el SII sigue sin aclararse debido a los informes contradictorios sobre la naturaleza controvertida de *B. hominis* como patógeno humano. El papel de *B. hominis* puede estar vinculado al genotipo [13].
- Sin bien las infecciones por *Entamoeba histolítica* ocurren predominantemente en regiones del mundo en desarrollo, el diagnóstico clínico de amebiasis a menudo es difícil, ya que los síntomas de los pacientes con SII pueden simular en gran medida a los síntomas de los pacientes con colitis amebiana no disintérica.
- Las manifestaciones clínicas de la infección por *Giardia intestinalis* también varían desde el estado de portador asintomático a la diarrea crónica con dolor abdominal.

Si bien se recomienda hacer estudios coprológicos para *Giardia* y *Amoeba* en la India, es frecuente que haya automedicación con imidazoles, lo que hace que los resultados sean difíciles de interpretar.

N.B.: Es esencial realizar estudios coproparasitarios a todos los pacientes con SII en áreas relevantes, para descartar la presencia de protozoarios parasitarios. Asimismo, es importante interpretar correctamente estos estudios y evitar el tratamiento excesivo.

Sobrecrecimiento o hiperproliferación bacteriana del intestino delgado (SIBO)

- La entidad SIBO es rara, excepto en aquellos pacientes que tengan un trastorno primario o secundario de la motilidad, si han sido operados (en particular si se les ha hecho una resección ileocecal o cirugía bariátrica), o si tienen una alteración de la inmunidad (como una deficiencia de la inmunoglobulina A).
- Las características clásicas de SIBO son las características de la mala digestión y malabsorción.
- Algunos de los síntomas de SIBO (hinchazón, diarrea) se superponen con los del SII, lo que ha llevado a sugerir que SIBO esté vinculado a SII. Sin embargo, la idea general es que SIBO no es una causa frecuente de los síntomas tipo SII.

Esprúe tropical

- El esprúe tropical debe considerarse en los viajeros que vuelven del trópico con diarrea persistente.
- Los síntomas y hallazgos histológicos del esprúe tropical pueden semejar a los de la enfermedad celíaca (Enf. Cel.). Es improbable el diagnóstico de enfermedad celíaca en ausencia de anticuerpos antiendomiosio o transglutaminasa antitissular, pero como contrapartida - su ausencia aumenta la probabilidad de esprúe tropical [14].

Diverticulitis

La relación entre SII y la denominada “enfermedad diverticular dolorosa” no está clara; ¿la enfermedad diverticular dolorosa no es más que un SII en un paciente que presenta divertículos? En la diverticulitis, los síntomas y/o hallazgos clásicos son episódicos y cada episodio se caracteriza por ser de agudo a subagudo, presentando:

- Dolor abdominal izquierdo
- Fiebre
- Tumoración inflamatoria especialmente dolorosa en el cuadrante inferior izquierdo

Sin embargo, actualmente es evidente que los pacientes afligidos pueden tener más síntomas crónicos entre las crisis o episodios definidos, y que la enfermedad diverticular del lado izquierdo y bilateral puede aumentar el riesgo del SII, aunque no sucedería así del lado derecho [15].

Endometriosis

Principales síntomas y/o hallazgos:

- Dolor abdominal inferior cíclico
- Ovarios aumentados de tamaño o nódulos dorsales al cérvix (al tacto vaginal)

Enfermedad inflamatoria pélvica

Principales síntomas y/o hallazgos:

- Dolor crónico de abdomen inferior
- Fiebre
- Dolor a la presión hacia arriba o dolor exquisito de los anexos y anexos inflamados (al tacto vaginal)

Cáncer de ovario

En mujeres mayores de 40 se debe considerar el cáncer de ovario en el diagnóstico diferencial. En una encuesta, los siguientes síntomas fueron más frecuentes entre mujeres con cáncer de ovario:

- Aumento de la circunferencia abdominal
- Hinchazón
- Urgencia urinaria
- Dolor pélvico

La combinación de hinchazón, aumento de la circunferencia abdominal y síntomas urinarios se hallaba presente en 43% de las mujeres con cáncer de ovario, pero solamente en 8% de la población control.

Otras consideraciones para la lista de verificación diferencial

- Colitis asociada a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Esto puede explicar la diarrea en pacientes añosos que están recibiendo tratamiento indicado por neurólogos y reumatólogos.

4.4 Comorbilidad con otras enfermedades

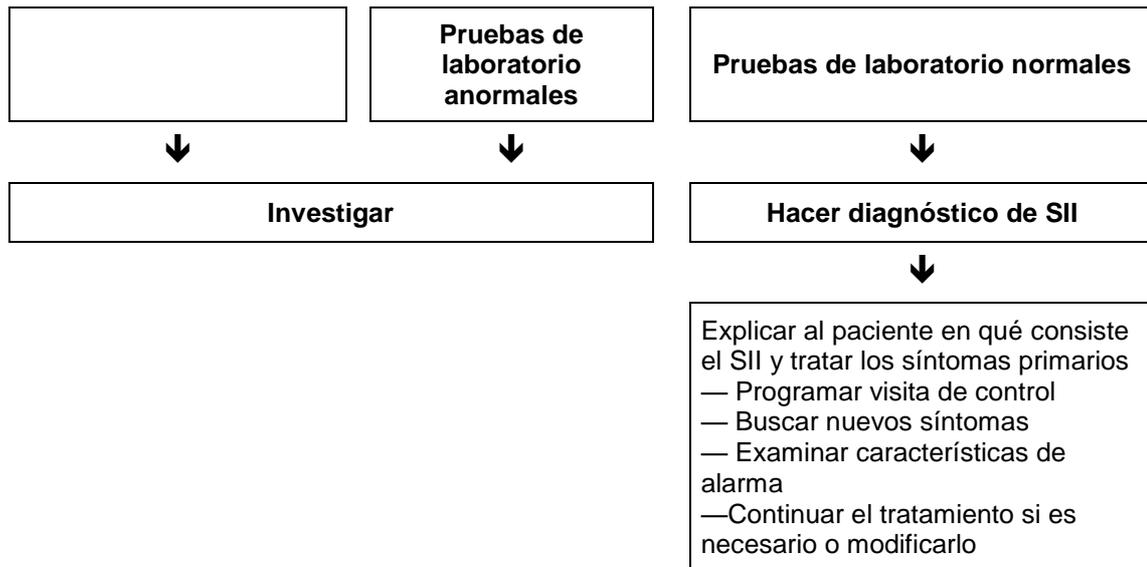
Los pacientes con síndromes que se superponen tienden a tener SII más severa.

- Fibromialgia en 20–50% de los pacientes con SII (si bien no hay evidencia de esto en China, por ejemplo)
- SII es frecuente en varios otros trastornos crónicos dolorosos:
 - Presente en 51% de los pacientes con síndrome de fatiga crónica
 - Trastorno de la articulación temporomandibular: 64%
 - Dolor pélvico crónico: 50%
 - Dispepsia no ulcerosa, disquinesia biliar

En un meta análisis, la prevalencia de enfermedad celíaca probada con biopsia resultó ser cuatro veces mayor en pacientes que cumplían con los criterios diagnósticos del SII que en los individuos control con SII [16].

Existe una prevalencia significativamente mayor de estreñimiento idiopático crónico (EIC) en pacientes con SII. La distinción entre SII-E y EIC puede ser difícil en la práctica clínica; varios estudios recientes han cuestionado si es apropiado y factible crear lo que parece ser una división especial entre estos dos trastornos gastrointestinales funcionales [17].

La prevalencia de síntomas tipo reflujo gastroesofágico en pacientes con SII es cuatro veces superior que la prevalencia en aquellos sin SII. Existe una superposición entre las dos entidades en hasta 25% de los sujetos. Se recomienda que cuando los médicos



N.B.: Como la ansiedad del paciente juega un papel importante, es fundamental tranquilizar al paciente y explicarle el tema.

Dado que no hay un acuerdo general sobre la causa del SII, no sorprende que no haya ningún tratamiento único que actualmente se considere en todo el mundo como aplicable universalmente al tratamiento de todos los pacientes con SII.

Dada también la frecuente asociación entre los síntomas del SII y factores tales como dieta, estrés, y factores psicológicos, se debe prestar atención a la adopción de medidas que puedan aliviar, si no eliminar, dichos precipitantes. En teoría, las diferencias en la dieta entre los diferentes países y grupos étnicos tendrían una influencia significativa sobre la prevalencia en los síntomas del SII, pero se dispone de poca información.

Datos recientes sobre los trastornos de la flora intestinal (microbiota) en el SII, así como la sugerencia arriba mencionada (pese a ser controvertida) que SIBO pueda ser un factor, ha despertado el interés por abordajes novedosos: probióticos, prebióticos, y antibióticos. Meta análisis recientes confirman el papel de los probióticos en el SII, pero también deja claro que, como en otros casos, los efectos de los probióticos en individuos con SII dependen altamente de cada cepa. La variabilidad de la formulación de cepas específicas varía drásticamente en los diferentes lugares del mundo. Por ejemplo, *Bifidobacterium infantis* 35624, que actualmente tiene la mejor base de evidencia para eficacia en SII, actualmente está disponible solo en Estados Unidos, Canadá, y el Reino Unido, e Irlanda. Los problemas de control de calidad también siguen complicando las recomendaciones en esta área.

Los pacientes con SII frecuentemente recurren a una serie de terapias alternativas o complementarias en todo el mundo. En India (con la medicina Ayurveda) y china, por ejemplo, los remedios con hierbas están ampliamente difundidos y se utilizan frecuentemente para el SII. Sin embargo, su eficacia es difícil de valorar, ya que las concentraciones de los ingredientes activos varían considerablemente dependiendo del proceso de extracción. Son pocas las terapias “alternativas” para el tratamiento del SII que han sido sometidas al rigor de un ensayo aleatorizado.

Pese a reconocer las limitantes relacionadas con el diseño de los ensayos en muchas instancias, una revisión sistemática reciente presenta evidencias a favor del uso de antidepresivos (tanto antidepresivos tricíclicos como serotoninérgicos) en SII.

Es frecuente ignorar los factores no farmacológicos, pero son de fundamental importancia en el manejo del SII. La relación médico–paciente es fundamental y debería incluir la atención de los siguientes elementos, tanto durante la valoración inicial como en seguimiento ulterior:

- Identificación y exploración de las inquietudes de los pacientes. Se debe establecer una relación positiva entre el médico y el paciente, aceptando que los síntomas y el sufrimiento de los pacientes es real.
- Apreciación del impacto de los síntomas.
- Análisis de las ansiedades del paciente en relación con los síntomas y posibles diagnósticos, tratando de eliminar preocupaciones innecesarias.
- Identificación y ayuda para resolver factores estresantes.
- Reducción del comportamiento de evitación. Los pacientes pueden evitar actividades que temen le provoquen los síntomas, pero la conducta evitativa influye negativamente sobre el pronóstico.
- Pueden obtenerse efectos beneficiosos (generales) mediante una orientación general sobre la dieta y la actividad: dietas ricas en fibras (donde fuere apropiado), comidas en horarios regulares, ingesta de líquidos suficientes, y actividad física suficiente, pero, con excepción de la fibra (ver abajo), no existe una prueba adecuada de que esto directamente influya sobre los resultados del SII.

5.2 Dieta

Las dietas especializadas pueden mejorar los síntomas en algunos pacientes con SII [20].

Fibras

- Una dieta rica en fibras o formadora de volumen (por ejemplo, *psyllium*) combinado con una ingesta suficiente de líquidos parecería ser un enfoque lógico en SII, pero el estado general de la fibra en SII no es sencillo [20]. Las fibras insolubles pueden exacerbar los síntomas y dar poco alivio— pueden incluso provocar eventos adversos e hinchazón, distensión, flatulencia y calambres, que pueden limitar el uso de la fibra insoluble, especialmente si los aumentos de la ingesta de fibras no se introducen gradualmente. por otro lado, las fibras solubles como el *psyllium* (ispaghula), alivian el SII [21].
- Dietas en polioles y oligo-di-monosacáridos fermentables (FODMAPs, por su sigla en inglés) reducen el dolor abdominal y la hinchazón, y mejoran el patrón de las deposiciones [21], pero todavía no se ha demostrado cuales son los resultados a largo plazo y la seguridad de las dietas bajas en FODMAP. Tampoco queda claro si la dieta de intervención con bajo FODMAP es beneficiosa para todos los pacientes con SII [21].
- Si bien se los utiliza ampliamente, especialmente en América del Norte y Europa, no se ha demostrado la seguridad de las dietas libres de trigo y de gluten en SII.

Probióticos

Algunos probióticos brindan un alivio general de los síntomas del SII, y otros alivian síntomas individuales tales como hinchazón y flatulencia [20,22]. Sin embargo, la duración de estos beneficios y la naturaleza de las especies más efectivas no queda clara [23]. La eficacia de los probióticos es difícil de interpretar, ya que las diferentes cepas,

dosis, formulaciones y métodos de entrega han sido utilizados en diversos estudios [21]. Además, la mayoría de los estudios controlados aleatorizados de probióticos en SII han demostrado tener corta duración, no han utilizado un diseño de estudio apropiado, y no han comunicado adecuadamente los eventos adversos [22].

Al presente no hay suficiente evidencia como para poder hacer recomendaciones generales sobre los prebióticos o sin-bióticos en los pacientes con SII [20]. Una declaración de consenso reciente brinda orientación sobre el uso de determinados probióticos específicos para el manejo del SII [24].

5.3 Tratamiento medicamentoso

En todo el mundo se utilizan diversos agentes para el tratamiento de los síntomas individuales del SII:

- Antiespasmódicos para el dolor.
- Laxantes, fibra, y agentes de volumen para el estreñimiento. La lubiprostona ($2 \times 8 \mu\text{g}/\text{día}$), un agonista de los canales de cloro ha sido aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en Estados Unidos para el estreñimiento crónico y el SII, con predominancia de estreñimiento. Además, la linaclotida, un agonista de la guanilato ciclasa ha sido aprobada en Estados Unidos para el estreñimiento crónico y el SII en el que predomina el estreñimiento, y en varios países europeos para el SII con predominancia de estreñimiento. Todavía queda por establecer cuál es el posicionamiento preciso de dichos agentes en el manejo general del SII.
- Fibra, agentes de volumen, y antidiarreicos para la diarrea. Muy recientemente la rifaximina, un antibiótico de malabsorción (a una posología de 550 mg tres veces al día, durante 14 días) y la eluxadolina, un agonista del receptor opioide *mu* y un antagonista del receptor opioide *delta*, fueron aprobados en Estados Unidos para el SII con predominancia de diarrea.
- Las resinas de carbón, antiflatulentos, y otros agentes son de uso habitual, pese a que no hay evidencias que avalen su uso para la hinchazón, distensión y flatulencia.

Es importante destacar que la gama de agentes disponibles y sus formulaciones varían considerablemente entre los países y es imperativo que el médico que los indica conozca bien el perfil de eficacia y el riesgo de cualquier agente que esté por indicar, más que extrapolar a partir de evidencia derivada de otros agentes de la misma clase o agentes que tienen modos de acción similares.

Síntomas generales—tratamiento de primera línea

- Ciertos antiespasmódicos (otilonium, hioscina, cimetropium, pinaverium, dicitlomina y mebeverina) brindan alivio sintomático a corto plazo en SII. Los eventos adversos son más comunes con los antiespasmódicos que con placebo [20].
- El aceite de menta es superior a placebo para mejorar los síntomas del SII [20,25]. El riesgo de eventos adversos no es mayor con aceite de menta que con un placebo [20].

Síntomas generales—terapia de segunda línea

- Laxantes
- Antidiarreicos

- Los antidepresivos tricíclicos (ADT) y los serotoninérgicos son eficaces para el alivio de los síntomas en SII [20,21,26]. Los efectos adversos son comunes, siendo la somnolencia y los mareos los más comunes [26], y pueden limitar la tolerancia de los pacientes [20]. Los ADT se acompañan de importantes efectos adversos en el tratamiento del SII-D y se los debería evitar en el SII-E; los clínicos deberían esperar un efecto adverso por cada tres pacientes que se benefician del tratamiento [27].
- Los serotoninérgicos pueden considerarse en casos del SII-E resistente, si bien actualmente no se recomienda la indicación de rutina de los serotoninérgicos para SII-E en pacientes con afecciones psiquiátricas comórbidas, dado los datos conflictivos y limitados en cuanto a la eficacia, seguridad y resultados a largo plazo [28].

Síntomas generales—otras opciones terapéuticas

- La rifaximina es eficaz para reducir los síntomas generales en SII-D [20,29]. La rifaximina puede considerarse como una terapia en segunda línea [21]. Los pacientes de más edad y las mujeres resultaron tener tasas más altas de respuesta [29]. La rifaximina es bien tolerada [30], pero su eficacia y seguridad no han sido todavía establecidos más allá de las 16 semanas [29]. Sin embargo, recientemente se ha comunicado la eficacia y la seguridad de la repetición del tratamiento [31]. También se ha comunicado que 846 pacientes se benefician de cada efecto adverso [27].
- El alosetrón es útil para la terapia de segunda línea del SII-D [20,21]. Sin embargo, se ha asociado con un aumento del riesgo de colitis isquémica y puede provocar estreñimiento severo [21]. Los clínicos deberían esperar un efecto adverso por cada tres pacientes que se benefician del tratamiento [27].
- La lubiprostona es segura y eficaz para el tratamiento del SII-E [20,27]. Las náuseas han sido el mayor efecto colateral que limita su uso.
- La linaclotida es eficaz y segura para el tratamiento del SII-E [20,32,33]. La diarrea es el principal efecto adverso de la linaclotida; se necesitan más estudios para evaluar su eficacia y seguridad a largo plazo [33].
- Existe evidencia insuficiente como para recomendar el uso de la loperamida en el SII [20].
- Los agonistas de 5-HT₄ y antagonistas de 5-HT₃ mixtos no son más eficaces que placebo para mejorar los síntomas del SII-E [20].
- Ni la renzaprida ni la cisaprida brindan beneficios en el SII [34].
- No existen evidencias que el polietilenglicol (PEG) mejore los síntomas generales en los pacientes con SII, pero podría aliviar el estreñimiento [20].
- El ondansetrón mejoró la sensación de urgencia, diarrea y de hinchazón en el SII-D, pero no alivió el dolor. El ramosetrón, en los lugares en que está disponible, también se debería considerar como terapia de segunda línea en el SII-D; además, ha demostrado ser eficaz en SII-D y parece estar desprovisto de efectos adversos graves tales como constipación severa y colitis isquémica [21].

Síntomas específicos—dolor

- Si se necesita un analgésico, es preferible administrar paracetamol en vez de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Los opiáceos deben evitarse a toda costa, ya que la dependencia y la adicción son un riesgo importante en una afección

crónica de este tipo. Los AINEs y los opiáceos también tienen efectos colaterales indeseables sobre el tracto gastrointestinal.

- La cepa probiótica *Bifidobacterium infantis* 35624 (una dosis al día) ha demostrado reducir el dolor, la hinchazón, y la dificultad para defecar y normalizar los hábitos de las deposiciones en los pacientes con SII, independientemente del hábito intestinal predominante, pero actualmente se encuentra disponible solo en Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido e Irlanda.
- Antiespasmódicos:
 - La biodisponibilidad de los compuestos varía tremendamente en todo el mundo.
 - Todavía se considera que los antiespasmódicos, incluyendo el aceite de menta, representan un tratamiento de primera línea para el dolor abdominal en los pacientes con SII [21].
- Antidepresivos tricíclicos—por ejemplo:
 - Amitriptilina, con una dosis de inicio de 10 mg/día; dosis buscada: 25–50 mg/día, al acostarse.
 - Desipramina, dosis de inicio 50 mg/día; dosis buscada: 100–150 mg/día, al acostarse.
 - Estos tienden a provocar estreñimiento y se deben evitar en los pacientes que ya presentaron constipación.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (serotoninérgicos)—por ejemplo:
 - Paroxetina, 10–60 mg/día.
 - Citalopram, 5–20 mg/día.
- La linaclotida reduce el dolor abdominal en el SII-E [21].
- No existen evidencias de que el PEG mejore el dolor [20], pero mejora los síntomas vinculados al estreñimiento en los pacientes con SII-E.

Síntomas específicos—estreñimiento

- Para comentarios sobre la dieta rica en fibras o formadora de volumen, ver la sección 5.2 arriba.
- La cepa probiótica *Bifidobacterium lactis* DN-173010 ha demostrado acelerar el tránsito gastrointestinal y aumentar la frecuencia de las deposiciones en los pacientes con SII con constipación.
- Los laxantes osmóticos a menudo resultan útiles; pocos han sido estudiados formalmente en SII.
- Lubiprostona:
 - Para el tratamiento del SII con constipación en mujeres de 18 años y más.
 - A tomarse dos veces al día en dosis de 8- μ g con alimentos y agua.
 - Mejora el patrón de las deposiciones en pacientes con SII-E resistentes a los laxantes [21].
- Linaclotida:
 - Para el tratamiento del SII con estreñimiento en mujeres de 18 años y más.
 - Debe tomarse una vez al día en una dosis de 290 μ g 30 minutos antes de los alimentos.

Síntomas específicos—diarrea

- Loperamida (2 mg todas las mañanas o dos veces al día) no es más eficaz que un placebo para reducir el dolor, la hinchazón, y los síntomas generales del SII, pero es un agente eficaz para el tratamiento de diarrea, reduciendo la frecuencia de las deposiciones y mejorando su consistencia. Dada la falta de efectos sobre el dolor - el síntoma cardinal del SII - existe evidencia insuficiente para recomendar el uso de la loperamida en el SII [20].
- Alosetrón, un antagonista del receptor de 5-hidroxitriptamina-3 (5-HT₃):
 - Indicado solo para mujeres con SII-D severo, con síntomas durante > de 6 meses y que no hayan respondido a los agentes antidiarreicos. Rara vez puede provocar colitis isquémica.
- La eluxadolina y la rifaximina han sido aprobados recientemente en Estados Unidos para el tratamiento del SII-D; en esta etapa temprana es difícil definir su posición en el tratamiento del SII.

Síntomas específicos—hinchazón y distensión

- Las dietas que producen menos gases, tales como la dieta FODMAP baja, pueden ayudar a algunos pacientes.
- No existe evidencia que avale el uso de los productos que contienen carbón activado, “antiflatulentos,” simeticona, y otros agentes en SII.
- Probióticos: algunas cepas específicas, tales como el *Bifidobacterium lactis* DN-173010 y el coctel probiótico VSL#3, tienen evidencia de ensayos clínicos referentes a la eficacia para la hinchazón, distensión, y flatulencia. Otros, como el *Bifidobacterium infantis* 35624, reducen la hinchazón, así como otros síntomas cardinales del SII.
- El tratamiento antibiótico con rifaximina 3 × 550 mg/día ha demostrado reducir la hinchazón en algunos pacientes con SII. En los países donde no se dispone de la preparación de 550 mg, se puede utilizar, 3 × 400 mg/día. Los pacientes de más edad y las mujeres han mostrado tener tasas de respuesta superiores [29]. La rifaximina es bien tolerada y se ha demostrado ahora que es segura y eficaz al volver a tratar a los pacientes que han tenido recaídas después de un primer tratamiento efectivo [31].

5.4 Tratamiento psicológico y otros tratamientos

Recomendaciones no farmacológicas generales

- Hable con los pacientes sobre sus ansiedades. Esto reduce las quejas; busque eliminar preocupaciones innecesarias.
- Busque reducir el comportamiento de evitación. Los pacientes pueden evitar actividades que teman les causen síntomas, pero el comportamiento evitativo tiene una influencia negativa sobre el pronóstico.
- Hable con el paciente sobre el miedo al cáncer.
- Hable con el paciente y busque resolver factores estresantes.
- Promueva horarios de comidas regulares, la ingesta de suficientes líquidos, y suficiente actividad física, ya que pueden tener efectos beneficiosos (generales), pero no hay pruebas adecuadas de que influyan sobre el SII.

Intervenciones psicológicas

Aparte de los enfoques generales arriba descritos para regir la conducta de la relación médico–paciente en el SII, se pueden contemplar intervenciones psicológicas más formales en ciertas circunstancias y dependiendo de la disponibilidad de recursos apropiados y gente experta. Dichos enfoques pueden incluir:

- Terapia cognitiva conductual (TCC), en sesiones en grupo o individuales. La TCC ha demostrado excelentes resultados, pero tiene disponibilidad limitada y su naturaleza intensiva limita su uso de rutina [21,26]. Las técnicas comportamentales buscan modificar los comportamientos disfuncionales mediante:
 - Técnicas de relajación
 - Manejo de las contingencias (recompensando el comportamiento saludable)
 - Enseñanza de actitudes asertivas
- Hipnosis: Se debe recomendar la hipnosis dirigida al tracto digestivo para pacientes con SII refractario al tratamiento (medicamentoso) convencional [35]. Tiene niveles de seguridad y tolerabilidad altos, y existen evidencias de eficacia sostenida, en contraste con el tratamiento medicamentoso [35]. Lo deben ofrecer hipnoterapeutas licenciados con capacitación de especialista en la técnica [35]. El tratamiento grupal es más eficiente desde el punto de vista del tiempo que las sesiones individuales y por lo menos igualmente eficaz [35]. La práctica diaria de los pacientes, apoyada con grabaciones de audio, refuerza la eficacia; la capacitación y las experiencias deben analizarse regularmente con los pacientes [35]. Sin embargo, existe evidencia limitada de ensayos controlados aleatorizados (ECAs). Se necesitan ECAs futuros que utilicen criterios diagnósticos estrictos, que tengan períodos de seguimiento de por lo menos 1 año, y que incluyan pacientes de diagnóstico reciente y resistentes al tratamiento [36]. El uso de rutina de la hipnoterapia es limitado porque no es fácil de conseguir profesionales con esa capacidad y por la naturaleza trabajosa de este tipo de terapia [21].

La Fuerzas de Tareas del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) [37] concluyó que las terapias psicológicas, incluyendo la terapia cognitiva, la psicoterapia dinámica, y la hipnoterapia son más eficaces que los tratamientos habituales para aliviar los síntomas generales del SII, pero no así la terapia de relajación. Sin embargo, Ford y col. [20] encontraron que la calidad de la evidencia era muy baja y que los resultados eran apenas levemente superiores que los cuidados habituales o el control en lista de espera. Con excepción de un único estudio, estas terapias no han demostrado ser superiores a placebo. La sostenibilidad de su efecto es cuestionable.

Con relación a las terapias con hierbas y la acupuntura, la Fuerza de Tareas de la ACG concluyó que los ensayos controlados aleatorizados disponibles, parecieron mostrar un beneficio, fundamentalmente probando mezclas de hierbas chinas únicas. No fue posible combinar estos estudios en un meta análisis con significado, sin embargo, y en términos generales, todo beneficio de la terapia de hierbas chinas para el SII sigue estando potencialmente confundido por los componentes de las variables utilizadas y su pureza. Además, hay inquietudes importantes en cuanto a la toxicidad, especialmente la insuficiencia hepática, al usar cualquiera de las mezclas de hierbas chinas. Una revisión sistemática de los ensayos de acupuntura no fue concluyente debido a los resultados heterogéneos. Se necesita más investigación antes de poder hacer cualquier recomendación sobre la acupuntura o el tratamiento con hierbas.

5.5 Pronóstico

Para la mayoría de los pacientes con SII, es probable que los síntomas persistan pero que no empeoren. Los síntomas se deterioran en una menor proporción y algunos pacientes se recuperan completamente.

Factores que pueden afectar negativamente el pronóstico:

- Comportamiento evitativo vinculado a los síntomas del SII
- Ansiedad sobre ciertas afecciones médicas
- Función alterada como resultado de los síntomas
- Larga historia de síntomas del SII
- Estrés vital crónico actualmente en curso
- Comorbilidad psiquiátrica

Enfoques del médico que pueden afectar positivamente el resultado del tratamiento:

- Reconocimiento de la enfermedad
- Educación del paciente sobre SII
- Tranquilización del paciente

5.6 Seguimiento

En casos leves, generalmente no se necesita hacer consultas de seguimiento médico a largo plazo, a no ser que:

- Los síntomas persistan, con considerables inconvenientes o disfunción.
- El paciente esté seriamente preocupado sobre la condición.
- Diarrea persistente > 2 semanas.
- El estreñimiento persiste y no responde al tratamiento.
- Signos de advertencia de posible enfermedad gastrointestinal grave en el que se presente:
 - Sangrado rectal
 - Anemia
 - Pérdida de peso no intencional
 - Antecedentes familiares de cáncer de colon
 - Fiebre
 - Un cambio importante en el patrón de los síntomas
- Debe cuidarse que no aparezcan trastornos de la alimentación:
 - La mayoría de los pacientes con SII buscan alguna forma de manipulación con la dieta.
 - Esto puede llevar a dietas inadecuadas del punto de vista nutricional o a ingestión de cantidades anormales de fruta, cafeína, productos lácteos, y fibra dietética.
 - La tendencia de que aparezcan trastornos de la alimentación es más común en las pacientes femeninas con SII.

6 Apéndice: recursos útiles

2014 American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation:

Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol* 2014;109 Suppl 1:S2–26; quiz S27. doi: [10.1038/ajg.2014.187](https://doi.org/10.1038/ajg.2014.187).

2012 British Dietetic Association evidence-based guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults:

McKenzie YA, Alder A, Anderson W, Wills A, Goddard L, Gulia P, et al. British Dietetic Association evidence-based guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults. *J Hum Nutr Diet* 2012;25:260–74. doi: [10.1111/j.1365-277X.2012.01242.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01242.x).

2010 Asian consensus (Asian Neurogastroenterology and Motility Association) on irritable bowel syndrome:

Gwee KA, Bak YT, Ghoshal UC, Gonlachanvit S, Lee OY, Fock KM, et al. Asian consensus on irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:1189–205. doi: [10.1111/j.1440-1746.2010.06353.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2010.06353.x).

2007 British Society of Gastroenterology guidelines on mechanisms and practical management in irritable bowel syndrome:

Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut* 2007;56:1770–98. Erratum in: *Gut* 2008;57:1743. doi: [10.1136/gut.2007.119446](https://doi.org/10.1136/gut.2007.119446).

Referencias

1. Azpiroz F, Bouin M, Camilleri M, Mayer EA, Poitras P, Serra J, et al. Mechanisms of hypersensitivity in IBS and functional disorders. *Neurogastroenterol Motil* 2007;19(1 Suppl):62–88.
2. Porras R, López-Colombo A, Schmulson M. Increase in Mexican and Latin American scientific articles on irritable bowel syndrome. *Rev Gastroenterol Mex* 2015;80:228–35.
3. Veitia G, Pernalet B, Cachima L, Manuitt J, La Cruz M, Da Farias A, et al. Prevalencia del síndrome intestino irritable en la población adulta venezolana. *Rev GEN* 2013;67:139–44.
4. Bujanda L, Gutiérrez-Stampa MA, Caballeros CH, Alkiza ME. [Gastrointestinal disorders in Guatemala and their relation with parasitic infections]. *An Med Interna* 2002;19:179–82.
5. O'Connor OJ, McSweeney SE, McWilliams S, O'Neill S, Shanahan F, Quigley EMM, et al. Role of radiologic imaging in irritable bowel syndrome: evidence-based review. *Radiology* 2012;262:485–94.
6. Dang J, Ardila-Hani A, Amichai MM, Chua K, Pimentel M. Systematic review of diagnostic criteria for IBS demonstrates poor validity and utilization of Rome III. *Neurogastroenterol Motil* 2012;24:853–e397.
7. Slattery SA, Niaz O, Aziz Q, Ford AC, Farmer AD. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of bile acid malabsorption in the irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;42:3–11.
8. Barkun AN, Love J, Gould M, Pluta H, Steinhart H. Bile acid malabsorption in chronic diarrhea: pathophysiology and treatment. *Can J Gastroenterol* 2013;27:653–9.
9. Wedlake L, A'Hern R, Russell D, Thomas K, Walters JRF, Andreyev HJN. Systematic review: the prevalence of idiopathic bile acid malabsorption as diagnosed by SeHCAT scanning in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30:707–17.
10. Olano C, Rodriguez X, Aleman A, Rodriguez N, Pigni S, Cabrera G, et al. P1461/ Functional gastrointestinal disorders (FD/IBS/etc.) Symptoms of irritable bowel syndrome in celiac patients; relationship to disease activity [poster presentation]. *J Gastroenterol Hepatol* 2013;28(Suppl 3):574.
11. Stark D, van Hal S, Marriott D, Ellis J, Harkness J. Irritable bowel syndrome: a review on the role of intestinal protozoa and the importance of their detection and diagnosis. *Int J Parasitol* 2007;37:11–20.
12. Sarafraz S, Farajnia S, Jamali J, Khodabakhsh F, Khanipour F. Detection of *Dientamoeba fragilis* among diarrheal patients referred to Tabriz health care centers by nested PCR. *Trop Biomed* 2013;30:113–8.

13. Yakoob J, Jafri W, Beg MA, Abbas Z, Naz S, Islam M, et al. Irritable bowel syndrome: is it associated with genotypes of *Blastocystis hominis*? *Parasitol Res* 2010;106:1033–8.
14. Langenberg MCC, Wismans PJ, van Genderen PJJ. Distinguishing tropical sprue from celiac disease in returning travellers with chronic diarrhoea: a diagnostic challenge? *Travel Med Infect Dis* 2014;12:401–5.
15. Yamada E, Inamori M, Uchida E, Tanida E, Izumi M, Takeshita K, et al. Association between the location of diverticular disease and the irritable bowel syndrome: a multicenter study in Japan. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1900–5.
16. Ford AC, Chey WD, Talley NJ, Malhotra A, Spiegel BMR, Moayyedi P. Yield of diagnostic tests for celiac disease in individuals with symptoms suggestive of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009;169:651–8.
17. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1582–91; quiz 1581, 1592.
18. Lovell RM, Ford AC. Prevalence of gastro-esophageal reflux-type symptoms in individuals with irritable bowel syndrome in the community: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012;107:1793–801; quiz 1802.
19. Halpin SJ, Ford AC. Prevalence of symptoms meeting criteria for irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012;107:1474–82.
20. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol* 2014;109 Suppl 1:S2–26; quiz S27.
21. Vanuytsel T, Tack JF, Boeckxstaens GE. Treatment of abdominal pain in irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol* 2014;49:1193–205.
22. Brenner DM, Moeller MJ, Chey WD, Schoenfeld PS. The utility of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1033–49; quiz 1050.
23. Moayyedi P, Ford AC, Talley NJ, Cremonini F, Foxx-Orenstein AE, Brandt LJ, et al. The efficacy of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Gut* 2010;59:325–32.
24. Hungin APS, Mulligan C, Pot B, Whorwell P, Agréus L, Fracasso P, et al. Systematic review: probiotics in the management of lower gastrointestinal symptoms in clinical practice—an evidence-based international guide. *Aliment Pharmacol Ther* 2013;38:864–86.
25. Khanna R, MacDonald JK, Levesque BG. Peppermint oil for the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Gastroenterol* 2014;48:505–12.
26. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EMM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2009;58:367–78.
27. Shah E, Kim S, Chong K, Lembo A, Pimentel M. Evaluation of harm in the pharmacotherapy of irritable bowel syndrome. *Am J Med* 2012;125:381–93.
28. Bundeff AW, Woodis CB. Selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of irritable bowel syndrome. *Ann Pharmacother* 2014;48:777–84.
29. Menees SB, Maneerattannaporn M, Kim HM, Chey WD. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012;107:28–35; quiz 36.
30. Iorio N, Malik Z, Schey R. Profile of rifaximin and its potential in the treatment of irritable bowel syndrome. *Clin Exp Gastroenterol* 2015;8:159–67.
31. Schoenfeld P, Pimentel M, Chang L, Lembo A, Chey WD, Yu J, et al. Safety and tolerability of rifaximin for the treatment of irritable bowel syndrome without constipation: a pooled analysis of randomised, double-blind, placebo-controlled trials. *Aliment Pharmacol Ther* 2014;39:1161–8.

32. Wensel TM, Luthin DR. Linaclotide: a novel approach to the treatment of irritable bowel syndrome. *Ann Pharmacother* 2011;45:1535–43.
33. Atluri DK, Chandar AK, Bharucha AE, Falck-Ytter Y. Effect of linaclotide in irritable bowel syndrome with constipation (IBS-C): a systematic review and meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil* 2014;26:499–509.
34. Ford AC, Brandt LJ, Young C, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Moayyedi P. Efficacy of 5-HT₃ antagonists and 5-HT₄ agonists in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1831–43; quiz 1844.
35. Schaefer R, Klose P, Moser G, Häuser W. Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2014;76:389–98.
36. Rutten JMTM, Reitsma JB, Vlieger AM, Benninga MA. Gut-directed hypnotherapy for functional abdominal pain or irritable bowel syndrome in children: a systematic review. *Arch Dis Child* 2013;98:252–7.
37. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome, Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Schiller LR, Schoenfeld PS, et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2009;104 Suppl 1:S1–35.