

EDITORIAL

## Subtipos del síndrome del intestino irritable (SII): no hay nada que se parezca menos a un SII que otro SII

En una reunión de la “Asociación de Pacientes con Síndrome del Intestino Irritable” se encontraron dos nuevos asociados. Algo perdidos en la reunión, y sin conocer a nadie, se presentaron mutuamente. Tras intercambiar nombres, uno le preguntó al otro: “¿Y a usted qué le pasa?”. A lo que la otra contestó: “Que tengo un estreñimiento que no consigo controlar con ningún laxante, la barriga se me hincha muchísimo, y a veces tanto dolor que no puedo ni salir de casa”. Ciertamente sorprendido, el que había preguntado inquirió: “¿Y qué hace aquí?”. “Pues qué voy a hacer. He venido a la reunión para ver si encuentro alguna ayuda con mi colon irritable”, contestó ella. “¿Colon irritable? Eso no es colon irritable. Síndrome del intestino irritable es lo que tengo yo, que las diarreas no me dejan vivir, tengo que correr para llegar al baño, y los retortijones me aparecen en cualquier momento”. La cara de sorpresa fue mutua. Los dos pensaron que se habían equivocado de reunión y estuvieron a punto de abandonar la sala. Por suerte, en ese momento apareció la secretaria de la Asociación y les explicó que ambos tenían SII.

Como es bien sabido, las manifestaciones clínicas del SII son muy variadas y heterogéneas, pudiendo producirse diversas asociaciones de los distintos síntomas. Quedan incluidos dentro de este epígrafe tanto pacientes que padecen dolor abdominal junto con diarrea como aquellos que sufren estreñimiento, siendo también muy frecuente la distensión/hinchazón del abdomen (1). Por otra parte, es habitual que los pacientes con SII aquejen síntomas propios de otros trastornos funcionales, tanto digestivos como extradigestivos. Así, aproximadamente la mitad de los casos de SII sufren enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) o dispepsia funcional (2,3), y es habitual la asociación con fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, cistitis intersticial, cefalea tensional, etc. (4,5).

Posiblemente el hecho más llamativo es que bajo este síndrome se incluyan tanto a pacientes con estreñimiento como con diarrea o con alternancia de ambos. Por este motivo, desde hace años y según los criterios de Roma II, se consideró que existían tres subtipos de SII: 1. Con predominio de estreñimiento; 2. Con predominio de diarrea; y 3. Con hábito deposicional mixto (6). Los subtipos se establecían de acuerdo a los siguientes síntomas: 1. Menos de 3 deposiciones por semana; 2. Más de 3 deposiciones por día; 3. Deposiciones duras o en bolas; 4. Deposiciones blandas o líquidas; 5. Esfuerzo excesivo durante la defecación; 6. Urgencia defecatoria. Así, se considera como subtipo con predominio de estreñimiento cuando estaban presentes uno o más de 1, 3 o 5 y ninguno de 2, 4 o 6; se consideraba como subtipo con predominio de diarrea cuando estaban presentes uno o más de 2, 4 o 6 y ninguno de 1, 3 o 5; y se consideraba como subtipo mixto cuando se producían cambios de diarrea/estreñimiento y no se reunían ninguna de las combinaciones anteriores. Sin embargo, posteriormente y siguiendo las recomendaciones de Roma III, los subtipos se establecen en relación a la consistencia de las deposiciones evaluada según la escala de Bristol (7). De esta forma, si más del 25% de las deposiciones corresponden a los tipos 1 o 2 se considera que el paciente padece SII con estreñimiento; si más del 25% de las deposiciones son del tipo 6 o 7 se considera que el paciente tiene SII con diarrea; si hay más del 25% de ambas (tanto 1 o 2 como 6 o 7) se establece el diagnóstico de SII con hábito deposicional mixto; y si hay menos del 25% de ambas se habla de hábito deposicional no clasificable. El término “alternante” se reserva para los cambios a lo largo de periodos prolongados de tiempo.

La distribución de los distintos subtipos de SII es de aproximadamente un tercio para cada uno, aunque varía según los criterios utilizados y la población evaluada (8,9). A su vez, la estabilidad en el tiempo de los distintos subtipos es un tema de debate pero el hecho fundamental es que la transición de estreñimiento a diarrea, o viceversa, es infrecuente mientras que ambos subtipos pueden terminar o provenir del tipo mixto (o del alternante) (10,11).

En el artículo publicado por Cristiane Kibune-Nagasako y cols. (Campinas, São Paulo. Brasil) en este número de la *Revista Española de Enfermedades Digestivas* se vuelven a enfatizar las diferencias entre los distintos subtipos de SII (12). Se concluye que el SII con hábito deposicional mixto (SII-M) se caracteriza por síntomas tanto de estreñimiento como de diarrea (SII-E y SII-D), algo que resulta obvio; y también se observa que los pacientes que padecen este subtipo tienen mayores niveles de ansiedad y más comorbilidades, tales como ERGE.

Sirva este artículo para recordar la heterogeneidad del SII y la obligatoriedad de individualizar los casos de acuerdo al síntoma predominante y las manifestaciones asociadas. Es fundamental, además, establecer en lo posible cuál es el origen o mecanismo fisiopatológico principal en cada caso. De hecho, los subtipos no deberían ceñirse sólo a SII-E, SII-D y SII-M. Cuando predominan el dolor o la distensión/hinchazón el manejo del SII difiere, y parecería lógico añadir subtipos como: SII-dolor y SII-D/H. Igualmente, el SII podría clasificarse de acuerdo a su posible causa en: SII-postinfeccioso (13), SII-postraumático (14), SII-atópico (15), SII-postdiverticulitis (16), SII-asociado a factores emocionales (17), etc.

Kibune-Nagasako y cols. concluyen en su artículo que los pacientes con SII-M tienen unas características especiales que deben tenerse en cuenta a la hora de tratarlos. Esta afirmación, sin duda acertada, debe extrapolarse a todos los subtipos de SII y a cada uno de los pacientes que padecen este síndrome. De hecho, en aquella reunión de la “Asociación de Pacientes con Síndrome del Intestino Irritable” en la que se encontraron nuestros dos protagonistas no había ni un solo caso idéntico a otro.

Fermín Mearin

*Instituto de Trastornos Funcionales. Presidente del Comité de Roma IV para los Trastornos Funcionales Intestinales. Centro Médico Teknon. Barcelona*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91. DOI: 10.1053/j.gastro.2005.11.061
2. Balboa A, Mearin F, Badía X, et al. Impact of upper digestive symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol* 2006;18:1271-7. DOI: 10.1097/01.meg.0000243870.41207.2f
3. Gasiorowska A, Poh CH, Fass R. Gastroesophageal reflux disease (GERD) and irritable bowel syndrome (IBS) - Is it one disease or an overlap of two disorders? *Dig Dis Sci* 2009;54:1829-34.
4. Vandvik PO, Wilhelmsen I, Ihlebaek C, et al. Comorbidity of irritable bowel syndrome in general practice: A striking feature with clinical implications. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20:1195-203. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2004.02250.x
5. Whitehead WE, Palsson OS, Levy RR et al. Comorbidity in irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2007;102:2767-76. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2007.01540.x
6. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45(Supl. 2):1143-7. DOI: 10.1136/gut.45.2008.ii43
7. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:920-4. DOI: 10.3109/00365529709011203
8. Guilera M, Balboa A, Mearin F. Bowel habit subtypes and temporal patterns in irritable bowel syndrome. Systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1174-84. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2005.40674.x
9. Mearin F, Balboa A, Badía X, et al. Irritable bowel syndrome subtypes according to bowel habit: Revisiting the alternating subtype. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003;15:165-72. DOI: 10.1097/00042737-200302000-00010
10. Mearin F, Lacy B. Diagnostic criteria in IBS: useful or not? *Neurogastroenterol Motil* 2012;24:791-801.
11. Drossman DA, Morris CB, Hu Y, et al. A prospective assessment of bowel habit in IBS: defining an alternator. *Gastroenterology* 2005;128:580-9. DOI: 10.1053/j.gastro.2004.12.006
12. Kibune-Nagasako C, García-Montes C, Silva-Lorena SL, et al. Irritable bowel syndrome subtypes: Clinical and psychological features, body mass index and comorbidities. *Rev Esp Enferm Dig* 2016;108:59-64.
13. Thabane M, Kottachchi DT, Marshall JK. Systematic review and meta-analysis: the incidence and prognosis of post-infectious irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:535-44. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2007.03399.x
14. Perona M, Benasayag R, Perelló A, et al. High prevalence of functional gastrointestinal disorders in women who report domestic violence to the police. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3:436-41. DOI: 10.1016/S1542-3565(04)00776-1
15. Tobin MC, Moparty B, Farhadi A, et al. Atopic irritable bowel syndrome: a novel subgroup of irritable bowel syndrome with allergic manifestations. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2008;100:49-53. DOI: 10.1016/S1081-1206(10)60404-8
16. Cohen E, Fuller G, Bolus R, et al. Increased risk for irritable bowel syndrome after acute diverticulitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013;11:1614-9. DOI: 10.1016/j.cgh.2013.03.007
17. Chang L. The role of stress on physiologic responses and clinical symptoms in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2011;140:761-5. DOI: 10.1053/j.gastro.2011.01.032