

# INTESTINO IRRITABLE\*

*Dr. José María Sillero\*\**

## ■ Introducción

Hemos aceptado muy gustosamente la invitación que se nos ha hecho para hablar de este tema, y ello por varias razones.

En primer lugar, porque el intestino irritable —un cuadro integrado por trastornos del ritmo evacuatorio, presencia eventual de moco en heces, dolor cólico y flatulencia, sin hallazgo orgánico ostensible— es un síndrome cuya frecuencia desborda lo previsible, al punto de ser considerado como la entidad más habitualmente observada por el gastroenterólogo: según estadísticas, oscila entre el 20 y el 60 % de todos los pacientes atendidos, un colectivo verdaderamente impresionante. Como ha significado Ferguson en Lancet (1977), incluso un 12 % de los médicos consultados confesaron sufrir de intestino irritable.

Ello nos permite disponer de una experiencia personal suficiente como para hablar de un problema vivido muchas veces tanto en la clínica privada como en la hospitalaria. Hemos revisado a este respecto los últimos 100 casos de colopatía espástica —todos ellos estudiados escrupulosamente desde el punto de vista clínico, radiológico, analítico y hasta endoscópico—, y en base a este material daremos cuenta de las peculiaridades que nosotros hallamos, en adición a la literatura a nuestro alcance.

Por otro lado —y ello acrece su interés—, el intestino irritable es un proceso aún envuelto en incógnitas. Considerado como una típica enfermedad psicosomática en el estricto sentido de lo que esto significa, es

\* Conferencia pronunciada el 25 de abril de 1980. Colegio de Médicos de Jaén.

\*\* Jefe Servicio Medicina Interna Centro Hospitalario «Princesa de España». Jaén.

decir, que ofrece una vertiente psíquica sin cuya contemplación el trastorno no puede ser asumido en su medida justa, todavía no sabemos si se trata de un proceso unitario o más bien de diversas entidades —reunidas bajo un denominador común de la disfunción entérica— pero independientes en cuanto a su determinismo etiopatogénico; que esto último puede ser lo más cierto lo demuestra el hecho de poder seleccionar dentro de este amplio colectivo grupos de pacientes con hechos concretos tales como una disbacteriosis, un déficit de lactasa, una diarrea colorreica, un abuso de laxativos o hasta un disturbio psicógeno conspicuo, valgan como ejemplos.

Pensamos además que hay hechos de interés, tanto en el campo de la fisiopatología como en el de la clínica y tal vez del tratamiento, que merecen comentario y conocimiento del práctico que se enfrenta a este proceso que, si bien no mata, muestra en ocasiones tal rebeldía terapéutica que llega a desmoralizar al paciente y también al médico esforzado.

Son muchas las acepciones que la enfermedad que nos ocupa ha recibido a lo largo del tiempo. Se ha hablado de diarrea nerviosa, diarrea funcional, colitis mucosa, colitis mucomembranosa, colon espástico, enteroespasma cólico, colon irritable y hasta colon infeliz («unhappy colon»). Ninguno de estos términos nos parecen enteramente adecuados, ya que la diarrea es inconstante; hablar de colitis induce a pensar en proceso inflamatorio que no existe; significar colon espástico es olvidar casos en que predomina la atonía, y referirse sólo al intestino grueso supone que el delgado no participa del disturbio. Por eso aceptamos como más apropiada la designación dada por Painter en 1972: intestino irritable o irritado. Si bien pueden asociarse disturbios funcionales correspondientes a otros tramos del tubo digestivo, la denominación de digestivo irritable de Bockus nos parece ya imprecisa y de extensión indebida.

Quizá sea interesante recordar aquí algún hito histórico a su respecto. En tal sentido, conviene recordar que fue probablemente Powell en 1818 el primero en describirlo, cuando se refirió a cuatro mujeres «con dolor en los intestinos y desarreglo en sus digestiones, flatulencia y sensaciones de sofocación», preocupándose además en diferenciar este cuadro del también común de cólico biliar. Merece subrayarse que tan pronto como en 1830, Howship publicó un estudio monográfico titulado «notas prácticas sobre la detección y tratamiento exitoso de la estrechez espasmódica del colon»; 150 años después, seguimos considerando como este autor que el espasmo cólico puede subyacer en muchos pacientes que soportan esta colopatía. Howship postulaba que la estrictura sigmoidea podía vencerse con enemas de gachas calientes, un tipo de terapia ciertamente menos agresivo que otros preconizados ulteriormente.

Y es que a primeros de nuestro siglo, Sir Arbuthnot Lane —el creador de la famosa teoría de la autointoxicación intestinal, con la que pretendía explicar hechos tan dispares como una artritis reumatoide o unas mamas flácidas— pensaba que la estasis estercorácea condicionada por el espasmo debía ser vencida a toda costa, con laxantes enérgicos e incluso apelando a la colectomía, la que —para alguno de sus discípulos aventajados como Barker— debería realizarse precozmente, a los 2 ó 3 años de edad (!). Afortunadamente, la moda de la colectomía no se popularizó, pero en cambio de los purgantes hemos venido padeciendo hasta nuestros días, añadiendo así otra causa (el colon catártico) a las muchas disfunciones del intestino.

Hoy día, con el concurso de técnicas más sofisticadas (manometría inclusive) y un mejor conocimiento de la regulación neurohormonal de la función intestinal, estamos en disposición para comprender mejor los desórdenes que esta colopatía implica y proceder a su más cabal corrección.

---

#### ■ CLÍNICA

Creo que antes de entablar una discusión etiopatogénica al respecto del intestino irritable debemos comentar su cuadro clínico, apoyados en lo que nuestra personal experiencia nos ha enseñado.

Aunque el proceso puede darse en niños y viejos, hay que desconfiar —sobre todo en estos últimos— de tal diagnóstico. El sujeto que más frecuentemente nos consulta puede encontrarse en la tercera o cuarta década de la vida y pertenece más predilectamente al sexo femenino, sin que esto signifique rareza en el varón.

Las más de las veces se nos refiere un cuadro que lleva ya muchos meses y no raramente años de duración, pese a lo cual el estado general del paciente se mantiene intacto. El relato del enfermo puede ser en exceso coloreado y detallista, en tanto que por contra cabe que peque de vaguedad en punto a incidencia del dolor, relación a ingesta o evacuaciones, etc. Todas estas circunstancias, así como el fondo psicógeno, de inestabilidad emocional, que el paciente trasluce, hacen que el clínico avezado, aun sin haber llevado a cabo una completa exploración, oriente ya el diagnóstico, no obstante lo cual la exploración no se detendrá aquí, ya que el intestino irritable, no lo olvidemos, no posee ningún signo patognomónico cuya comprobación determine un diagnóstico positivo inexorable. Cualquier síntoma que lo integra puede ser también encontrado en procesos de alta organicidad, neoplásticos incluso.

En el análisis semiológico merece señalarse la distinción que Chaudhary y Truelove hicieron en 1962 entre individuos con «colon espástico», en los que hay dolor al tiempo que trastorno del ritmo evacuatorio, con estreñimiento que puede alternar con la diarrea, y la llamada diarrea indolora («painless diarrhea»), de aquellos otros pacientes que tienen varias o muchas heces blandas o líquidas sin acompañamiento doloroso.

Cuando el dolor existe, puede adoptar diversos matices y localizaciones; no hay una pauta unitaria: unas veces se trata de algias sordas y sostenidas o intermitentes, acaso ritmadas a la ingesta o mejorando con la defecación o el ventoseo; pueden agudizarse y aparecer como «calambres» orientando a crisis abdominales agudas tipo apendicular o colecístico, por ejemplo. No hay que decir, porque de todos es bien conocido, que el intestino irritable ha sido y aún sigue siendo el gran responsable de apendicectomías inútiles, y que en la exploración de estos pacientes la cicatriz en fosa iliaca derecha en modo alguno es inhabitual. Aunque el dolor puede localizarse en hipogastrio o a lo largo del flanco izquierdo, también lo hace no infrecuentemente en cecoascendente, a modo de barra e incluso en región lumbar, una zona que también es de Head para el color y que no debe inducir a confusión con dolor de origen renal, ginecológico, reumático etc.

El dolor puede evocarse o acentuarse por una palpación dulce, que a veces demuestra la clásica «cuerda cólica» izquierda, hoy mucho menos frecuente, como la mucorrea, quizá por el menor uso de laxativos (Wilson: «tonic hardening colon»).

Las heces, en la forma espástica del disturbio, son frecuentemente acintadas o caprinas, pudiendo mantenerse así todo el tiempo o alternar con episodios diarreicos. Pero también hemos visto no pocos sujetos con intestino irritable que ofrecían un ritmo intestinal constantemente normal. Cuando el estreñimiento predomina y el sujeto usa inmoderadamente de laxativos, el cuadro puede empeorar y a la larga hacerse refractario. Hemos llegado entonces al síndrome denominado en la literatura anglosajona «colon catártico», que nos ofrece esas imágenes radiológicas de un color deshastrado y con pseudoestenosis, que procura acusada hipokaliemia orientando hacia hiperaldosteronismo primario, síndromes de pérdida enteral de proteínas, y una endoscopia sorprendente por la espectacular «melanosis coli».

En las heces cabe que exista moco, frecuentemente en gleras, más raramente coagulado y formando perfectos moldes de la luz intestinal como se describía en la clásica colitis mucomembranosa, hoy poco encontrada.

La diarrea, intermitente, se presenta en la variante típica sin dolor. Ello no es exclusivo de este trastorno, ya que existen otros diversos cuadros diarreicos indolentes (recordemos algunos de génesis hormonal: tireotóxicosis, hiperserotoninemia...). Parece que en estos casos predomina la atonía del colon inferior, y los pacientes pueden ostentarla por la mañana o en el postprandio, con evacuaciones que cuando se repiten se hacen cada vez más fluidas. Una diarrea nocturna sugiere más bien organicidad, y en tal sentido debe tenerse la presencia de sangre en heces, no atribuible con ligereza a supuestas o reales hemorroides. El que la diarrea tenga aspecto de dispepsia fermentativa o purefaciente acaso ofrezca algún interés para el establecimiento de una dietoterapia adecuada.

La distensión abdominal meteórica es rasgo prominente en algunos —no pocos— de nuestros pacientes. Hemos observado que esta queja, con su secuela o no de eructos, borborigmos, ventoseo, etc., muchas veces no es confirmada por la exploración clínica del enfermo, cuyo abdomen desmiente con su relativa flacidez la distensión pretextada. Esta impresión puramente clínica obtiene su apoyo en los estudios modernos del contenido gaseoso intestinal: como ya hemos significado en otra ocasión, el volumen de gas de estos pacientes no excede a los 100-200 ml. del sujeto normal. Se trata, pues, más bien de una hiperestesia del continente (colon), que de un exceso de contenido (gas) lo que obliga a estos sujetos a quejarse de embotamiento más o menos inconfortable. En igual sentido depone la sensibilidad dolorosa repetidamente comprobada cuando se distiende el colon con aire en la endoscopia o con barita al realizar un enema opaco.

Otros diversos síntomas pueden hacer más complejo el cuadro, ya no pertenecientes a la esfera intestinal: trastornos gástricos dispépticos, globus, anorexia, estado saburral...; además de determinado grado de nerviosidad exteriorizada como cefalea, astenia, irritabilidad, palpitaciones, etc.

De acuerdo con Thompson y cols. (Gut: 1978), existen cuatro signos positivos en este proceso, en el sentido de aparecer con una frecuencia significativamente mayor que en organopatías:

- distensión abdominal
- alivio del dolor con la defecación
- heces más blandas
- mayor frecuencia evacuatoria ... con el comienzo del dolor

Si el clínico recoge cuidadosamente estos datos, tiene un argumento de valor que deberá unir a los que la exploración le ofrece como excluyentes de colopatía orgánica, estableciendo así un firme diagnóstico.

No puede admitirse, en efecto, un diagnóstico de intestino irritable sin haber practicado:

- tacto rectal y recto-sigmoidoscopia, que puede demostrarnos simplemente una discreta hiperemia mucosa, presencia de moco y heces escibálicas y significativamente vigorosas contracciones del sigma.
- hematimetría e investigación de sangre en heces
- enema de bario que no sólo evidenciará mucorrea, sino haustaciones muy marcadas («estado prediverticular») y hasta una cuerda cólica (el «string sign» clásico entrañaba este concepto, aunque luego quedara aplicado al ileon afecto por enteritis regional de tendencia estenosante).
- quizá los pacientes con diarrea indolora requieran una investigación más extensa acerca de otras posibles etiologías de ésta, en cuya problemática no vamos a entrar, pero que pueden ir desde la detección de anomalías en el examen de las heces hasta dosificaciones hormonales complejas.

## ■ ETIOLOGÍA

Si hemos afirmado que el síndrome del colon irritable es un proceso psicosomático, es evidente que en su génesis habrá que ponderar factores etiológicos de tipo somático y psíquico, correspondiente.

### A. *Entre los primeros, queremos mencionar:*

#### 1. *Alimentación.*—Que puede evaluarse en varios sentidos.

a. Por un lado, la dieta puede quedar importantemente implicada en el determinismo de esta situación por su escaso contenido en residuos inabsorbibles, dieta pobre en fibras. Este hecho es cada día más considerado, no sólo para explicar la colopatía espástica, sino también la diverticulosis del colon, la particular frecuencia del carcinoma de colon en nuestra población y hasta por su influencia en la diabetes sacarina y su manejo.

Como señala el propio Bockus, está claro que el colón inestable parece un tributo patológico de nuestra civilización occidental, y que en África, al menos en las zonas rurales, es prácticamente desconocido; lo mismo ocurre con la diverticulosis. Si nosotros cuantificamos el peso de las heces, observamos la diferencia: mientras en el europeo está alrededor de los 100 grs., en el africano llega a los 250 fácilmente. Ello es la consecuencia del uso en nuestro medio de dietas pobres en residuos vegetales y en especial harinas refinadas, sin salvado. Hay comunicaciones que señalan que 20 grs. de salvado de trigo añadido a la dieta o su equivalente en

pan integral normalizan el tránsito intestinal y hacen cesar las molestias derivadas del intestino irritable.

b. En otro sentido, la hipersensibilidad a ciertos alimentos ha sido postulada con insistencia y probablemente exagerada. Hay sujetos que, obsesionados por esta idea, van restringiendo su espectro dietético hasta límites rayanos en el ridículo. La verdadera sensibilidad —tipo alergia alimenticia— puede ser sospechada con algún fundamento cuando se acompaña de otras manifestaciones (urticaria p.e.) de la misma estirpe anafiláctica. El uso de dietas de exclusión tipo Rowe o similares es siempre pesado y pocas veces fructífero; quizá sea más interesante aunque de restringida aplicación práctica la ayuda del laboratorio especializado (investigación de microprecipitinas, test de degranulación de basófilos, transformación blástica linfocitaria, etc.).

En todo caso, entre los alimentos más frecuentes incriminados figuran la leche, frutos secos, café y chocolate, huevos y pescados.

c. Al respecto de la leche hay otra posibilidad más verosímil, y es un déficit, que puede ser parcial y pasajero de la lactasa, una disacaridasa ubicada en el borde en cepillo de los enterocitos. Es de común conocimiento con qué frecuencia los individuos con intestino irritable se quejan de calambre doloroso matutino seguido de diarrea, después de un desayuno que incluye leche o derivados, y cómo pueden mejorar estos sujetos a su supresión. Hemos comprobado, como otros varios autores, que ante la ingesta de 50 a 100 grs. de lactosa se produce un gran meteorismo ileocólico, surge después despeño diarreico y la curva de glicemia practicada entonces está aplanada porque la lactosa administrada no se asimiló y sufrió fermentación en los tramos bajos del intestino.

## 2. *Alteraciones de la flora intestinal.*

a. Los anglosajones son insistentes en considerar que un grupo importante de sujetos soportan colon irritable más o menos prolongado tras una estancia —por ejemplo, vacacional— en un país tropical o subtropical —entre los que incluyen sistemáticamente España— en donde la disentería amebiana es endémica. Al disturbio intestinal subsiguiente le llaman «diarrea del turista» y también «la venganza de Moctezuma», por su posible origen mejicano. Hasta una cuarta parte de la casuística de Chaudhary y Truelove ofrecía este antecedente.

b. En otros casos, el proceso se desenvuelve a partir del uso de antibióticos. Se supone que éstos alteran la flora bacteriana intestinal a la que hoy se considera (Lancet, 1980: Edit.) como un ecosistema en el que las poblaciones bacterianas poseen su hábitat (lugares de desarrollo) y sus nichos (módulos de crecimiento); estas poblaciones contienen habitual-

mente gérmenes aerobios (coli, enterococos) y anaerobios (bacteroides, etc.) que denominamos autóctonos por su constancia y falta de agresividad hacia el huésped aunque puedan ser intrínsecamente patógenos. Un desequilibrio en el ecosistema procurado por los antibióticos permite la proliferación de microorganismos alóctonos, capaces de inducir daño por se o por sus toxinas. Quizá el caso más claro en el momento actual sea el del *Clostridium difficile*, responsable del temible cuadro de enterocolitis pseudomembranosa que subsigue al empleo de drogas tipo linco y clindamicina. Este germen es hoy culpabilizado de agresión a la pared intestinal en procesos tales como la colitis ulcerosa, y es verosímil que ostente algún papel (al lado de otros agentes bacterianos) en la génesis de disfunciones enterales persistentes.

3. *Otras circunstancias etiológicas.*—Citamos resumidamente:

a. El abuso de catárticos, mencionado repetidamente ya. Como dice Thompson con la fina ironía anglosajona, «a diferencia de lo que piensa el Kremlin, debemos usar de las purgas con moderación y sentido común».

b. Es posible contemplar en algunos casos la culpabilidad de las sales biliares. Como es bien sabido, estas sales se resorben en su gran mayoría en el delgado terminal (circulación enterohepática); pero si ello no es así y acceden en grado apreciable al colon, sufren allí el ataque bacteriano que las desconjuga y, sobre todo, reduce, convirtiéndolas en potentes laxativos —por estimulación de la secreción de fluidos a través de la mucosa del intestino— y ocasionando una diarrea «colorreica». Pues bien, Thaysen y Pedersen (1976) han aislado un grupo de enfermos con intestino irritable en los que existe malabsorción de sales biliares, respondiendo, por tanto, a dosis no altas de colestiramina.

B. En cuanto a los *factores psicogénicos en el determinismo del colon inestable*, podríamos resumir en los siguientes puntos:

a. El colon es un blanco fácil de la expresión emocional (yo me he permitido decir que el colon es superior a la cara como espejo del alma); a su través se somatizan distimias y conflictos neuróticos, asumiendo el órgano un carácter efector similar al que en otras ocasiones adopta la musculatura cervical, por ejemplo. Esto ocurre incluso en personas normales, siendo banal p.e. la observación de una diarrea en situación de tensión (diarrea de los exámenes).

b. Se ha establecido una cierta preponderancia de los desequilibrios emocionales en la población afecta de colon irritable. Podemos referirnos aquí a los trabajos de Waller y Misiewicz de 1969, quienes estudiando un grupo de 50 pacientes encuentran ansiedad o depresión más o menos



patentes en dos tercios de los casos. Los repetidamente mentados Chaudhary y Truelove (1962) consideran por su parte que los factores psicológicos juegan un papel indudable en el comienzo o exacerbación de los síntomas en estos sujetos. White y Jones hallaron una buena carga de ansiedad, tensión y resentimiento en la mitad de sus enfermos. Desde luego, no todos los trabajos consultados deponen en igual sentido.

c. No hay un perfil psicológico especial que defina la personalidad del colópata. En líneas generales, se dice que cuando predomina el espasmo y tendencia astringente la actitud del sujeto es de lucha, con angustia, hostilidad y resentimiento; por su parte, el diarreico con intestino hipotónico adopta un papel más pasivo, propendiendo al miedo, dependencia y acatamiento.

d. En un grupo de pacientes rebelde a otros procederes, nosotros como otros autores hemos obtenido resultado cierto con el empleo de psicotropos en especial antidepresivos. Desde luego, cualquier psiquiatra que trata melancólicos conoce la frecuencia de estreñimiento durante la fase de brote.

e. Pese a todas estas sugerencias, consideramos que lo psíquico en estos enfermos es sólo una faceta del problema, y que la psicogénesis en exclusiva del intestino irritable no puede decirse que esté absolutamente demostrada.

## ■ PATOGENIA

El mecanismo efector final de la constelación etiológica que acabamos de ponderar es verosímilmente un disturbio de la motricidad del intestino, si bien es cierto que además pueden existir alteraciones secretorias asociadas como lo demuestra la conspicua mucorra en algunos casos.

De acuerdo con la clasificación de Chaudhary y Truelove antes citada, separamos aquellos casos con colon espástico de los que ofrecen hipotonía intestinal.

1. *El espasmo a nivel del sigma* puede considerarse como un mecanismo cuasi-esfinteriano que retrasa la evacuación intestinal, facilitando el estreñimiento y la fragmentación y desecación de las heces a su nivel. El paciente con intestino irritable puede ofrecer una exageración notable de esta tendencia constrictiva, en especial durante el postprandio, y de ahí la sensación de dolor y distensión que subsigue a la ingesta, así como su alivio cuando se consigue evacuación o ventoseo.

Este violento reflejo gastro-cólico, que puede ser mensurado manométricamente, se añade acaso a una mayor sensibilidad del colon con-

traído, como lo demuestra que la colocación de un balón en colon pélvico al que se repleciona con sólo 60 ml. de aire procura dolor marcado, sensaciones opresivas y urgencia para defecar; lo mismo ocurre al introducir papilla de bario con finalidad radiológica, a la que el paciente puede mostrarse tan intolerante que el enema no llegue a ser realizado.

El estudio mioeléctrico de este tramo intestinal también refleja esta tendencia espasmógena: tanto la actividad eléctrica de reposo o control (E.C.A.) como la respuesta que engendra contracción (E.R.A.) se muestran exageradas.

En este contexto, es de gran interés la hipersensibilidad de estos sujetos a la colecistokinina, una hormona que si principalmente gobierna la motricidad vesicular y la secreción de enzimas pancreáticos, también induce perístole cólica; el sulfato magnésico, un clásico liberador de colecistokinina por la pared del intestino, reproduce el dolor postprandial cuando es administrado a sujetos con intestino irritable. Por todo ello, podríamos preguntarnos con Thompson: ¿puede considerarse al intestino irritable como una endocrinopatía? En cualquier caso, la hipertonia vagal cabe que conduzca a consecuencias similares.

2. Por lo que hace al *síndrome de diarrea indolora*, las cosas parecen menos seguras, pero es plausible considerar que una hipoactividad del sigmoide —acaso por simpaticotonia— permite que se establezca un gradiente exagerado entre partes proximales y distales del grueso que conduce a evacuaciones fluidas.

Todos estos hechos y elucubraciones tienen desde luego implicaciones directas en el tratamiento que ahora pasamos a comentar.

## ■ TRATAMIENTO

Podemos dividir el manejo de estos pacientes en tres apartados: dietético, psicoterápico y farmacológico. No perdiendo de vista que en esta enfermedad el efecto placebo puede ser muy algo, evaluado entre el 30 y 50 % de los casos (Goulston: 1972) y que, por tanto, la simple impresión clínica de una terapia aplicada a unos cuantos casos es de valor mínimo o nulo, y que sólo cabe concluir en firme acerca de procederes sometidos a estudio doble ciego.

1. Por lo que atañe a la dieta, es obvio que un déficit de lactasa obliga a la supresión de la leche y derivados o a la adición de este enzima en cuantía suficiente como para suplir el defecto; y que una alergia bien comprobada a un determinado producto induce a su retirada selectiva.

Fuera de esto, solemos excluir aliños, bebidas alcohólicas y otras estimulantes, así como semillas o vegetales considerados flatulentos.

Para la variedad de colon espástico parece que lo más eficaz sea la dieta rica en fibras, y en este sentido el salvado, producto muy barato y capaz de aumentar sensiblemente el volumen fecal, es de elección en dosis de 20 grs. por día o su equivalente en pan integral. El dolor decrece, la deposición se hace más fácil y cuantiosa y la motilidad del sigma tiende a normalizarse, cediendo el hipertono. La indicación se extiende muy señaladamente a los sujetos que portan divertículos.

No todos los pacientes se benefician del tratamiento dietético, y hay quien se queja de más distensión meteórica incluso; pero antes de concluir en su fracaso, aconsejamos mantenerlo al menos tres meses.

2. *La psicoterapia* que requiere la mayoría de los casos de intestino irritable es de nivel menor, al alcance de todo práctico. Yo resaltaría estos puntos como componentes del recurso:

- atención decidida al paciente, lo que implica sobre todo un interrogatorio pormenorizado y una exploración clínica detallada
- comprensión para sus situaciones conflictuales
- una explicación acerca de los mecanismos que procuran su enfermedad, tranquilizándole al tiempo acerca de su falta de riesgo vital (no hemos comprobado que ningún caso de colon irritable evolucione más o menos a la larga hacia procesos graves del tipo de la colitis ulcerativa).

Muchas veces, al paciente le basta con sintonizar con su médico y poder contar al detalle sus problemas para sentirse aliviado. Pero hay casos en los que el sujeto porta una verdadera psicosis y entonces debe ser remitido al juicio y consejo del especialista. Si se trata de una depresión, un tratamiento de prueba con tricíclicos puede confirmar el diagnóstico y beneficiar al paciente en la esfera digestiva tanto como en otras; ello, a condición de que no exista riesgo de autodestrucción.

En otro sentido, técnicas de condicionamiento y entrenamiento autógeno pueden llegar a controlar las contracciones dolorosas del intestino grueso.

3. *En lo referente al tratamiento medicamento*, diríamos con Thompson que al médico le ocurre en cierta manera lo que a la democracia: si para ésta «un hombre es un voto», para qué un enfermo equivale a una o muchas píldoras, quizá demasiadas.

a. *Antiespasmódicos*.—Podemos emplear los de tipo neurotrope, anticolinérgicos de síntesis, con todas sus virtudes, pero también con los inconvenientes derivados de su capacidad vagolítica polivalente (dificultad

de acomodación, disfunción vesical, sequedad bucal, etc.). Diclomina, Antrenyl, Prantal, etc., cuentan entre los más usados.

Quizá sean preferibles los musculotropos y en especial un afín a la papaverina, meveberine, que en dosis de 400 a 800 grs. diarios nos ha reportado a veces resultados positivos aunque en otra su efecto haya sido irrelevante. Loperamida, que como antidiarreico merece consideración, en este terreno no ha mejorado lo ya alcanzado con la droga anterior.

Es natural que los antiespasmódicos estén indicados en sujetos que soportan colon espástico.

b. Drogas que actúan sobre alfa y beta receptores.—En individuos que ofrecen una imagen hipotónica de su colon distal, con tendencia diarreica, se ha propuesto el empleo de un simpaticolítico —dihydroergotamina— junto al difenoxilato. En los espásticos, el mismo grupo (Lechin y cols., 1977) ha iniciado la combinación de un alfa estimulante —dextroanfetamina— y un betabloqueante —propranolol— al parecer con éxito; no tenemos experiencia con esta última combinación de drogas.

c. Drogas psicotropas.—Ya hemos hablado de los antidepresivos. Podemos citar aquí fármacos tranquilizantes, del grupo diacepóxido u otros; en especial, queremos referirnos a aquellos que consideramos poseedores de una acción central modificadora del comportamiento digestivo, como es el grupo de las benzamidas: metoclopramida, trimebutina, sulpiride y derivados, alguno de los cuales tiene en la actualidad un éxito más que notable.

La combinación de todos estos procederes (dieta y psicoterapia, fármacos ajustados al caso) no hay duda de que puede beneficiar a un apreciable número de pacientes, aunque tampoco la hay de que escapan a nuestro control un número importante de enfermos que a veces emprenden la penosa tarea de ir de médico en médico buscando un remedio fácil y eficaz a su conflicto.

Un remedio al que el colópata tiene perfecto derecho, ambición legítima... baste para justificar este objetivo las palabras que Chesterton pone en boca del poeta Gabriel Syme en su conocida obra «El hombre que fue jueves».

Our digestions, going sacredly and silently right, that is the foundation of all poetry (nuestras digestiones, que caminan con una normalidad muda y sagrada, he aquí la verdadera poesía).