

Síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento: una revisión de literatura

Constipation predominant irritable bowel syndrome: a literature review

Daniela Montero-Madrigal^{1a}, Daniela Umaña-Conejo^{1a}, Jeremy Rodríguez-Villalobos^{1a}

RESUMEN

El síndrome de intestino irritable (SII) es una enfermedad crónica, con alta prevalencia, que afecta la calidad de vida de quien lo padece. Se caracteriza por un dolor abdominal recurrente, que puede estar relacionado a la defecación, o a un cambio, en la frecuencia o forma de las deposiciones. Se subdivide en SII con predominio de diarrea (SII-D), con predominio de estreñimiento (SII-E), mixto (SII-M) e indeterminado. El SII-E presenta más de un 25% de las deposiciones con heces tipo 1 o 2 de Bristol y menos del 25% con heces tipo 6 o 7. Fisiopatológicamente este subtipo es multifactorial, entre las causas se encuentran alteración de la motilidad, hipersensibilidad visceral, permeabilidad intestinal alterada, metabolismo anormal de la 5-hidroxitriptamina, factores genéticos, entre otros. Lo que indica que para que se desarrolle la enfermedad, deben de estar presentes varias anomalías. Su diagnóstico es principalmente clínico, basado en los criterios Roma IV. El tratamiento se enfoca en el síntoma principal, iniciando con tratamiento no farmacológico (cambios al estilo de vida y dieta), que, de no ser efectivo, se avanza al uso de fármacos como laxantes, antibióticos, antiespasmódicos, secretagogos, además de complementar con terapia psicológica.

Palabras clave: Síndrome colon irritable, dolor abdominal crónico, estreñimiento (Fuente: DECS-BIREME)

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome (IBS) is a highly prevalent chronic disease that affects the quality of life of those who suffer from it. It is characterized by recurrent abdominal pain, which may be related to defecation, or to a change in the frequency or shape of bowel movements. It is subdivided into IBS with predominance of diarrhea (IBS-D), predominance of constipation (IBS-C), mixed (IBS-M), and untyped. IBS-C presents more than 25% of stools with Bristol type 1 or 2 stools and less than 25% with type 6 or 7 stools. Physiopathologically, this subtype is multifactorial, causes include impaired motility, hypersensitivity visceral, altered intestinal permeability, abnormal metabolism of 5-hydroxytryptamine, genetic factors, among others. This indicates that for the disease to develop, several abnormalities must be present. Its diagnosis is mainly clinical, based on the Rome IV criteria. Treatment is focused on the main symptom, starting with non-pharmacological treatment (changes to lifestyle and diet), which, if not effective, progresses to the use of drugs such as laxatives, antibiotics, antispasmodics, secretagogues, in addition to supplementing with psychological therapy.

Keywords: Irritable bowel syndrome, chronic abdominal pain, constipation (Source: NLM-MeSH)

1. Escuela de Medicina y Cirugía. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica
- a. Médico General

Recibido: 12/11/2020 Aprobado: 17/12/2020

Citar como:

Montero-Madrigal D, Umaña-Conejo D, Rodríguez-Villalobos G. Síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento: una revisión de literatura. Rev Hisp Cienc Salud. 2020; 6(4): 211-220

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) es uno de los trastornos gastrointestinales funcionales más frecuentes, presenta una elevada prevalencia, junto a una alteración marcada de la calidad de vida del paciente ⁽¹⁾. Clínicamente su síntoma principal es el dolor abdominal recurrente, el cual se puede relacionar a la defecación o asociar a una alteración en la consistencia o frecuencia de las deposiciones ⁽²⁾.

De acuerdo a la alteración del hábito defecatorio, el SII puede subclasificarse ⁽³⁾ en:

- SII con predominio de estreñimiento (SII-E)
- SII con predominio de diarrea (SII-D)
- SII de tipo mixto (SII-M, con características de diarrea y estreñimiento)
- SII de tipo indeterminado, presenta patrón intermedio, por lo que no puede clasificarse en los anteriores

Los síntomas se caracterizan por ser variables e intermitentes, incluso los pacientes pueden presentar inicialmente un tipo de patrón defecatorio, por ejemplo, debutar con patrón de predominio de estreñimiento, y posteriormente presentar predominio de diarrea ⁽¹⁾.

El diagnóstico de esta patología es principalmente clínico, minimizando el uso de pruebas invasivas, basado en los criterios Roma IV ⁽³⁾. Es por ello que es de vital importancia que el médico tenga presente esta patología al evaluar a sus pacientes, para de esta forma lograr un enfoque más completo e integral del cuadro. Al día de hoy no se ha desarrollado una terapia que modifique el curso de la enfermedad, las terapias disponibles son dirigidas hacia el tratamiento de los síntomas, por lo que un buen abordaje permitiría mejorar la calidad de vida de los pacientes ⁽¹⁾.

CLÍNICA

El síntoma principal de este síndrome es el dolor abdominal, no puede realizarse el diagnóstico en ausencia de este ⁽¹⁾. Además, la relación que se presenta entre el dolor y las deposiciones, es lo que permite hacer la diferencia con el estreñimiento funcional en el cual, el dolor no presenta relación con las deposiciones, y de hacerlo, es muy leve ^(4, 5).

El estreñimiento se define entonces como la dificultad o disminución de la frecuencia de las deposiciones, asociado a un esfuerzo importante al defecar, o también a una sensación de evacuación incompleta ⁽⁵⁾.

El SII-E suele asociar muy frecuentemente distensión abdominal e hinchazón, afectando notablemente la calidad de vida y se ve en más del 60% de pacientes, sus deposiciones se caracterizan por ser Bistol 1-2 más del 25% del tiempo y 6 o 7 menos del 25% del tiempo ^(1,5).

El dolor puede aumentar o cesar al defecar, su inicio se asocia con un aumento o disminución en la frecuencia de las heces, o con un aumento o disminución de la consistencia de las mismas. La locación del mismo suele ser pobre, aunque la mayoría del tiempo suele ser en la parte inferior del abdomen y podría empeorar con la ingesta⁽¹⁾.

Además, se ha determinado que el dolor del SII, se relaciona con eventos de la vida diaria y se ve afectado por los mismos, por lo que puede exacerbarse en situaciones de estrés o ansiedad ⁽¹⁾.

También asocia síntomas no colónicos, entre ellos epigastralgia o dispepsia y síntomas compatibles con enfermedad por reflujo gastroesofágico ⁽¹⁾. El cuadro clínico extraintestinal puede consistir en cefalea, dolor de espalda, alteración del patrón de sueño, fibromialgia, dolor articular, fatiga crónica, palpitaciones, dispareunia, por lo que su presencia concomitante apoya el diagnóstico de SII ⁽²⁾.

El examen físico de estos pacientes no suele presentar alteraciones, podría verse dolor a la palpación profunda sobre el marco colónico ⁽¹⁾.

EPIDEMIOLOGÍA

Su prevalencia, y por tanto epidemiología, varían según las zonas geográficas por factores como distintas dietas, infecciones gastrointestinales por patógenos endémicos, infestaciones, aspectos socio-culturales, la percepción de los síntomas y el reporte de los mismos ⁽⁶⁾.

Se dice que el SII es un trastorno gastrointestinal muy común, que afecta a 1 de cada 10 personas y aumenta su frecuencia conforme a mayor edad ⁽¹⁾. De todos los casos de SII, aproximadamente 1/3 corresponden a predominio de estreñimiento, y las mujeres presentan más del doble de probabilidades de padecer este subtipo⁽⁷⁾. El género femenino presenta un tránsito colónico más lento, mayor sensibilidad rectal y menor eliminación de heces que los hombres, asociando así, mayor esfuerzo al defecar y heces más duras ⁽¹⁾.

FACTORES DE RIESGO

Existen diversos factores de riesgo para SII, el mejor aceptado es el antecedente de una gastroenteritis, se ha visto que más del 10% de pacientes con SII presentaron una gastroenteritis previa. Siendo de mayor riesgo la infección por protozoarios, seguida de bacterias y por último de tipo viral ⁽⁸⁾. Otros factores de riesgo son uso de antibiótico previo, intolerancia a la comida y pobre calidad de vida ⁽¹⁾.

FISIOPATOLOGÍA

Actualmente se está cuestionando el concepto previo de la naturaleza funcional del SII y el hecho de no tener una explicación orgánica subyacente. En la fisiopatología se han visto mecanismos como:

- Alteración de la motilidad
- Hipersensibilidad visceral
- Manejo anormal de gases y acomodación abdominal
- Inflamación de la mucosa de bajo grado
- Activación inmune

- Permeabilidad intestinal alterada
- Metabolismo anormal de 5-hidroxitriptamina (5-HT)
- Factores psicológicos
- Factores genéticos ⁽¹⁾

Dado que se ha visto todo lo anterior implicado en el SII, indica que para que se padezca la enfermedad, son necesarias varias anomalías ⁽¹⁾.

A continuación, se tratan por separado enfocadas en la fisiopatología del SII-E:

Alteración de la motilidad: El estreñimiento podría ser por un aumento de contracciones segmentarias (no propulsivas), disminución de contracciones propagadas de amplitud elevada o disminución de la sensibilidad rectal. Además, se presenta un tránsito intestinal enlentecido en este subtipo. Asocia también una disfunción a nivel vagal⁽¹⁾.

Hipersensibilidad visceral: Se presenta hasta en el 60% de los pacientes. Estos pacientes suelen ser más sensibles a la presencia de gas, contracciones intestinales posterior a la ingesta o ante situaciones de estrés. La hipersensibilidad se ha asociado a neurotransmisores como 5-HT, neuroquininas y péptidos relacionados con el gen de la calcitonina. se ha determinado también un aumento del receptor transitorio vanilloide-1 en el colon rectosigmoide, pudiendo ser el mediador del dolor visceral⁽¹⁾.

Manejo anormal de gases y acomodación abdominal: En sujetos sanos a medida que avanza el día, la circunferencia abdominal aumenta, siendo máxima al final de la noche. Se desconoce la razón exacta, pero en el SII, este fenómeno se encuentra exacerbado, siendo responsable de la marcada distensión abdominal en estos pacientes ⁽¹⁾.

Inflamación de las mucosas de bajo grado, activación inmunitaria y alteración de la permeabilidad intestinal:

Se ha determinado que estos pacientes presentan de forma crónica, una inflamación de bajo grado en la mucosa producto de la interacción entre los organismos entéricos comensales y el sistema inmunológico ⁽¹⁾.

A su vez, presentan niveles mayores de citoquinas proinflamatorias y de mastocitos cercanos a las fibras nerviosas entéricas en la mucosa. La causa de las alteraciones en el sistema inmune no se ha determinado aún ⁽¹⁾.

Metabolismo anormal de la 5HT: Casi la totalidad de la 5-HT, cerca del 90-95%, se produce en las células enterocromafines intestinales las cuales liberan 5-HT ante diversos estímulos, entre ellos, posterior a ingesta ⁽⁹⁾. Luego de ser liberada afecta la motilidad GI, y participa en la transmisión de información al SNC ⁽¹⁾.

Estudios sugieren que los pacientes con SII presentan alteraciones en la liberación 5-HT ⁽¹⁾. Concretamente el subtipo SII-E parece tener su liberación disminuida ⁽¹⁰⁾.

Factores psicológicos: Los pacientes con SII presentan con mayor frecuencia más estresores en su vida diaria al comparárseles con personas sanas, y asocian alteración de la función gastrointestinal debido al estrés ⁽¹⁾.

El estrés en personas sanas afecta la secreción intestinal y la respuesta de permeabilidad, por lo que en individuos con SII, el estrés podría perpetuar los síntomas. Además, condiciones psiquiátricas como depresión, ansiedad y somatización suelen coexistir con el SII y parecen ser secundarias a la disfunción intestinal del SII en al menos el 50% de pacientes, los cuales primero desarrollan síntomas intestinales y posteriormente los psiquiátricos ⁽¹¹⁾.

De igual forma, en el intestino se han visto niveles elevados de TNF- α , y se han asociado a ansiedad y depresión, que posteriormente a un bloqueo del TNF- α , se pueden revertir, planteando así la asociación trastornos del estado de ánimo

en el SII como producto de la inflamación intestinal en algunos casos ⁽¹⁾.

Factores genéticos: Actualmente no se cuenta con mucha evidencia del componente genético del SII en general ni en relación al de predominio de estreñimiento en concreto. Estudios muestran mayor concordancia en gemelos monocigóticos que en dicigóticos ⁽¹⁾.

En cuanto a estudios genéticos de mutaciones, al momento únicamente se ha identificado una mutación de sentido erróneo del Na(v) codificado por SCN5, que conduce a un canal no funcional, la cual es más frecuente en pacientes con SII-E ⁽¹²⁾.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del SII-E es principalmente clínico, con mínimas pruebas invasivas y basado en los criterios Roma IV, publicados en el 2016, los cuales dicen lo siguiente:

Dolor abdominal recurrente, como media, al menos un día a la semana en los últimos tres meses relacionado con dos o más de los siguientes criterios:

- Se relaciona con la defecación.
- Se asocia a un cambio en la frecuencia de las deposiciones.
- Se asocia a un cambio en la forma (apariencia) de las deposiciones ⁽⁵⁾.

Además, los síntomas deben de haber iniciado mínimo 6 meses previo al diagnóstico. Este subtipo de síndrome se caracteriza por presentar más de un 25% de las deposiciones con heces tipo 1 o 2 de Bristol y menos del 25% con heces tipo 6 o 7 de Bristol. Para poder asegurar un buen diagnóstico, el paciente no debe de ingerir medicamentos que influyan en el hábito intestinal, entre ellos opiáceos, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, antiparkinsonianos, suplementos de hierro, bloqueadores de canales de calcio, antiarrítmicos, entre otros ⁽⁵⁾.

Se dice que las pruebas más invasivas deben de ser limitadas, ya que, si un paciente cumple los criterios diagnósticos sin presentar signos de alarma, dichas pruebas no suelen ser necesarias ⁽²⁾.

Si el paciente presenta signos de alarma o banderas rojas, en este caso, las pruebas complementarias son mandatorias para investigar el caso. Ejemplos de estos en la historia clínica son: sangrado digestivo inexplicable, pérdida de peso no intencionada, disfagia progresiva, enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea crónica, enfermedad celiaca, antecedente heredofamiliar de malignidad y síntomas de nueva aparición en la vejez. Al examen físico, de presentarse los siguientes hallazgos, requieren investigación: masa abdominal, artritis activa, dermatitis herpetiforme o pioderma gangrenoso, signos de anemia, sangrado o masa al examen rectal, signos de malabsorción intestinal, signos de disfunción tiroidea ⁽¹⁾.

En pacientes a partir de 50 años, con síntomas de inicio reciente se recomienda la realización de una colonoscopia, no precisamente para diagnosticar el SII, sino con la finalidad de excluir otras patologías como cáncer de color y colitis microscópica, cuya prevalencia tiende a aumentar con la edad ⁽¹⁾. En estos pacientes de SII y estreñimiento de larga data, la disinergia del piso pélvico debe de descartarse, ya que su tratamiento es distinto, esta responde adecuadamente a biorretroalimentación ⁽¹³⁾.

En síntesis, el diagnóstico de SII-E se hace por la historia clínica, utilizando los criterios Roma IV, ayudado de la escala Bristol para objetivar las características de las heces y en ausencia de banderas rojas ⁽¹⁾.

TRATAMIENTO

El SII es una enfermedad crónica, para toda la vida, dado que hasta el momento no existe un tratamiento modificador de la enfermedad, solamente sintomático, la clave para un mejor abordaje es una excelente relación médico-paciente⁽¹⁾.

Para que dicho tratamiento sea exitoso, el paciente debe de tener una participación activa en el proceso, comprender su enfermedad, las características, sus síntomas y comprometerse con el tratamiento, por lo que es deber del médico esforzarse para que el paciente comprenda globalmente lo que sucede, y así pueda ser abordado de forma más integral ⁽¹⁴⁾.

Es muy importante asegurarse de cuál es la queja principal del paciente o su motivo de consulta, de esta forma podría guiarse mejor el abordaje según sus síntomas:

- Distensión: primer paso ajuste de dieta/tratar el estreñimiento, segundo paso: probióticos con B. infantis/antibiótico no absorbible (rifaximina)/inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS).
- Estreñimiento: suplementación de fibra (ispágula)/Polietilenglicol (PEG), seguido de lubiprostone/linaclotide.
- Dolor abdominal: antiespasmódicos/esencia de menta, seguido de ISRS/ /tratamiento psicológico⁽¹⁾.

Dieta y cambios al estilo de vida. Recomendaciones generales en cuanto a la dieta y estilo de vida para todo paciente son:

- Ingesta de 25-30 g de fibra en la dieta al día
- Ingesta adecuada de líquidos, 1,5 a 2 litros por día
- Ejercicio aeróbico regular
- Dieta equilibrada
- Patrón regular de comidas
- Evitar comidas abundantes y grasosas ⁽¹⁾.

El estándar ante un paciente con SII se considera que es una dieta alta en fibra soluble (ispágula), ya que la insoluble no muestra efectos beneficiosos sobre el placebo ⁽¹⁾.

Es importante tener claro que su efecto beneficioso es sobre el estreñimiento, no sobre el dolor abdominal. Su aumento debe de ser gradual para evitar efectos adversos como distensión, gas y dolor ⁽¹⁴⁾.

El hecho de que los FODMAP (oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables) puedan exacerbar síntomas en algunos pacientes por sus efectos de fermentación y osmóticos, ha llevado al uso de dietas bajas en estos alimentos⁽¹⁾. Los estudios al comparar la efectividad de dichas dietas frente a la dieta guiada (que toma en cuenta consejos como ingerir pequeñas porciones, evitar comidas grasosas, fibra insoluble y cafeína) son contradictorios, en algunos con la dieta baja en FODMAP se nota mejoría considerable de síntomas (dolor, distensión, consistencia y frecuencia de deposiciones) (mientras que en otros no se aprecia diferencia clara entre ellas ^(1,15).

El ejercicio ayuda a mantener la función gastrointestinal y a reducir el estrés, asociando así, y un alivio y mejoría de algunos síntomas. El hacer bicicleta, ayuda a proteger del empeoramiento de síntomas, así como alivia la distensión⁽¹⁰⁾.

El realizar actividad física, también ha asociado mejoría de otros síntomas asociados como fatiga, depresión, ansiedad y mejoría de la calidad de vida en general ⁽¹⁶⁾.

Laxantes osmóticos. Estos laxantes contienen iones no absorbibles o moléculas capaces de retener agua en la luz intestinal ⁽¹⁴⁾. Se caracterizan por producir una mejoría en cuanto a frecuencia de deposiciones, no así con el dolor abdominal ⁽¹⁾.

El laxante osmótico que se recomienda para el SII-E, dado que es el que posee mayor evidencia, es el PEG ⁽¹⁷⁾.

Otro laxante disponible es la lactulosa, que al igual que el PEG, es superior al placebo para tratar el estreñimiento ⁽¹⁸⁾.

En una revisión sistemática se comparan ambos medicamentos, siendo superior el PEG, con menos efectos secundarios, por lo que se desaconseja el uso de lactulosa en estos pacientes ^(14,19).

Efectos adversos que se han observado al utilizar estos medicamentos son dolor y distensión abdominal, diarrea, náuseas y vómitos, pocos casos de reacciones de hipersensibilidad. Son seguros para utilizar en: adultos mayores, embarazadas, periodo de lactancia, insuficiencia renal y hepática ⁽¹⁴⁾.

Laxantes estimulantes. Estos medicamentos favorecen la secreción de agua y electrolitos en el colon, abarcan difenilmetanos (fenolftaleína, bisacodilo, picosulfato sódico) y las antraquinonas (Senna, cáscara sagrada, aloe vera) ⁽¹⁴⁾.

En diferentes estudios se ha comparado bisacodilo frente a placebo, obteniéndose una respuesta positiva, mejora el estreñimiento, otros síntomas y la calidad de vida ⁽¹⁴⁾.

Como efectos adversos frecuentes pueden ver diarrea, náuseas, vómito, dolor abdominal, pocas reacciones alérgicas. Se recomiendan utilizar con cautela en adultos mayores, pacientes con insuficiencia cardiaca, en tratamiento con diuréticos o glucocorticoides, ya que pueden provocar pérdida de agua y electrolitos. No hay suficientes datos para respaldar su seguridad en embarazo, por lo que por el momento no se aconseja ⁽¹⁴⁾.

Probióticos. Son bacterias atenuadas o productos bacterianos con propiedades beneficiosas para el huésped⁽³⁾. Al administrarse pueden inhibir bacterias potencialmente patógenas, tienen efectos inmunomoduladores, inmunoestimulantes, como el aumento en la producción de IgA ⁽¹⁴⁾.

Un metanálisis demostró que probióticos que contengan especies de bifidobacterium, podrían llevar a mejoría global de síntomas ⁽³⁾.

Antibióticos. La rifaximina es un antibiótico mínimamente absorbible, con efecto nulo a nivel sistémico, ya que permanece en la luz intestinal. Este antibiótico impide que patógenos se adhieran a la mucosa intestinal y su invasión a células epiteliales, al unirse a la subunidad de la ARN polimerasa microbiana, de forma que no hay transcripción ni síntesis de ARN ⁽²⁰⁾.

Según diferentes publicaciones, la rifaximina parece disminuir la distensión, flatulencia y el dolor abdominal en pacientes con SII pero sin estreñimiento. En otro estudio se señala que puede ser útil en pacientes del subgrupo SII-E, pero actualmente no hay suficientes datos que respalden su uso, a pesar de que sintomáticamente podría disminuir la distensión y flatulencia ⁽¹⁴⁾.

Antiespasmódicos. Estos medicamentos inhiben la acción de la acetilcolina en el receptor muscarínico o bloquean los canales de calcio en el músculo liso gastrointestinal. Su uso se basa en que los pacientes con SII presentan contractilidad anormal del músculo liso gastrointestinal, alteración del tránsito gastrointestinal, que llevan a síntomas como dolor principalmente⁽⁴⁾. Existen varios subtipos de estos medicamentos:

- Antagonistas de canales de calcio (otilonio y pinaverium),
- Relajantes directos del músculo liso (mebeverina)
- Anticolinérgicos/antimuscarínicos (hioscina, cimetropium, hidrocloreuro de dicitlomina) ⁽¹⁴⁾.

En general estos medicamentos mejoran el dolor abdominal y la distensión. Los que poseen acción anticolinérgica pueden llevar a alteraciones visuales, sequedad de boca, retención de orina y estreñimiento.

En adultos mayores, cardiopatas, hipertensos se deben de utilizar con precaución, no se recomiendan en embarazo ni lactancia ⁽¹⁴⁾.

Aceite de menta. Se caracteriza por propiedades antiespasmódicas al bloquear los canales de calcio, produciendo relajación del músculo liso ⁽³⁾. Ha demostrado ser efectivo en el control de dolor abdominal y la distensión, sin efectos adversos a dosis convencionales, aunque se han descrito reacciones alérgicas, pirosis y cefalea. Se desconoce la seguridad en embarazo y lactancia, por lo que no se recomienda ⁽¹⁴⁾.

Prucaloprida. Agonista selectivo del receptor 5-HT₄ de serotonina, produce aumento de la motilidad intestinal. En ensayos fase III, mejora estreñimiento, distensión abdominal, calidad de vida y consistencia de las heces ⁽¹⁴⁾. Como efectos adversos suele presentar cefalea, náuseas, diarrea. Al ser altamente selectivo por su receptor, no suele presentar efectos a nivel cardiaco, se debe utilizar con precaución en insuficiencia renal e insuficiencia hepática grave. No se recomienda en embarazo ni lactancia ⁽¹⁴⁾.

Linaclotide. secretagogo agonista de guanilato ciclasa C, que conduce a aumento de guanosín monofosfato cíclico intracelular en el enterocito, el cual aumenta la secreción de bicarbonato y cloro hacia la luz intestinal, difunde al espacio extracelular, donde actúa sobre las terminaciones sensitivas, disminuyendo su actividad. Sus efectos finales son aumento de la secreción intraluminal, aceleración del tránsito y analgesia a nivel visceral ⁽¹⁴⁾.

Este fármaco es eficaz para aliviar el estreñimiento, el dolor y la distensión, se recomienda para SII-E moderado-severo, tomándolo de forma continua y no esporádica, ya que no produce taquifilaxia. Su principal efecto adverso es la diarrea, la cual podría llevar a suspender el fármaco dependiendo de su severidad ⁽²¹⁾.

Su seguridad es similar en adultos mayores al compararse con personas de mediana edad., pero hacen falta más estudios con personas de edad avanzada ^(14,21). No se conocen efectos teratogénicos, pero no se recomienda durante embarazo ⁽¹⁴⁾.

Se recomienda entonces en SII-E como segunda línea de tratamiento, cuando la fibra y laxantes han fallado ⁽¹⁴⁾.

Lubiprostona. Secretagogo derivado de prostaglandinas, activa los canales del cloro tipo 2 intestinales (CIC-2), aumentando el cloro en la luz, produciendo aumento del tránsito intestinal.

Es útil para mejorar los síntomas de estreñimiento y disminuye un poco el dolor. Al igual que el medicamento anterior, puede producir diarrea. A pesar de no tener metabolismo hepático, la FDA sugiere reducción de dosis en presencia de hepatopatía grado Child-Pugh B o C, además de estar contraindicado en el embarazo ⁽¹⁴⁾.

Antidepresivos y terapia psicológica. Estos pueden ser beneficiosos en pacientes con SII, dada el rol que tiene la conexión cerebro-intestino en la fisiopatología de la enfermedad ⁽¹⁾.

En el caso de SII-E, los antidepresivos tricíclicos se desaconsejan, ya que estos empeoran los síntomas de estreñimiento. En estos pacientes se utilizan los ISRS ⁽¹⁴⁾. La fluoxetina, en dosis menores a las utilizadas para patología psiquiátrica, ha demostrado ser útil en el tratamiento de los síntomas asociados al SII-E, mejorándolos de una forma global (dolor, distensión abdominal y consistencia de las heces). Como efectos secundarios pueden asociar disminución de la libido, anorgasmia, sequedad bucal, adormecimiento y náuseas⁽¹⁴⁾.

Como se ha mencionado anteriormente, situaciones de estrés pueden agravar los síntomas intestinales por lo que

tratamientos psicológicos pueden ayudar a disminuir el estrés, modificar el umbral de visceral, con la mejoría del dolor ⁽¹⁴⁾. Han demostrado ser eficaces la terapia cognitivo-conductual, la hipnoterapia y la psicoterapia en el control del dolor abdominal y disminución de niveles de estrés ⁽¹⁴⁾. Los pacientes que parecen beneficiarse más, son los que presentan síntomas refractarios ⁽¹⁾.

El SII-E corresponde aproximadamente a 1/3 de los pacientes con SII, es una enfermedad muy prevalente, que afecta la calidad de vida de los pacientes. Los médicos deben de sospechar esta enfermedad ante casos de dolor abdominal crónico y recurrente, el cual esté relacionado a la defecación, o a un cambio, ya sea en la frecuencia o en la forma de las deposiciones. Al realizar el abordaje de un paciente con esta enfermedad, el médico debe de motivarlo a participar de forma activa, a involucrarse, asegurarse de que el paciente entiende cómo funciona su enfermedad, y que él mismo puede realizar cambios que le ayudaran a aliviar los síntomas. El curso de la enfermedad es impredecible, pero se sabe que los síntomas empeoran en momentos de estrés, por lo que el paciente debe de tratar de reducirlo, para disminuir la exacerbación de los síntomas. Su fisiopatología no es del todo clara, pero se ha logrado comprender mejor, determinando así que es una enfermedad multifactorial, que requiere de varias anomalías para desarrollarse. Al momento aún no se dispone de un tratamiento que sea curativo, solo modificador de la enfermedad, inicialmente se aborda con tratamientos no farmacológicos, que, de no ser efectivos, se recurre a la parte farmacológica. La terapia farmacológica de esta enfermedad es un campo de investigación en el que se continúa trabajando.

Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ford A, Talley N. Irritable Bowel Syndrome. En Feldman M, editor. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 11va edición. Philadelphia: Elsevier; 2020. p.2008-2020.
2. Lacy B, Mearin F, Chang L, Chey W, Lembo A, Simren M, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2016; 150(6), 1393–1407
3. Ford A., Lacy B, Talley, N. Irritable Bowel Syndrome. *N. Engl. J. Med.* 2017; 376(26), 2566–2578. doi:10.1056/nejmra1607547.
4. Costa V, Ovalle A. Rol de los antiespasmódicos en el manejo del síndrome de intestino irritable. *Rev. Colomb. Gastroenterol.* 2019; 34(3), 269-276.
5. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort J, Peña E, et al. Guía de práctica clínica: síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: concepto, diagnóstico y continuidad asistencial. (Parte 1 de 2). *Atención Primaria*. 2017; 49(1), 42–55.
6. Rahman M, Mahadevan S, Ghoshal U. Epidemiological and clinical perspectives on irritable bowel syndrome in India, Bangladesh and Malaysia: A review. *World J Gastroenterol.* 2017; 23(37): 6788-6801.
7. Black C, Burr N, Quigley E, Moayyedi P, Houghton L, Ford A. Efficacy of Secretagogues in Patients With Irritable Bowel Syndrome With Constipation: Systematic Review and Network Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2018; 155:1753–1763. doi:10.1053/j.gastro.2018.08.021
8. Klem F, Wadhwa A, Prokop L, Sundt W, Farrugia G, Camilleri M, et al. Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Irritable Bowel Syndrome After Infectious Enteritis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2017; 152(5), 1042–1054.
9. Thijssen A, Mujagic Z, Jonkers D, Ludidi S, Keszthelyi D, Hesselink M, et al. Alterations in serotonin metabolism in the irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2015; 43(2), 272–282. doi:10.1111/apt.13459
10. Saha L. Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World J Gastroenterol.* 2014; 20(22), 6759–6773.
11. Koloski N, Jones M, Talley N. Evidence that independent gut-to-brain and brain-to-gut pathways operate in the irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: a 1-year population-based prospective study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016; 44(6), 592–600. doi:10.1111/apt.13738
12. Beyder A, Mazzone A, Strega P, Tester D, Saito Y, Bernard C, et al. Loss-of-Function of the Voltage-Gated Sodium Channel NaV1.5 (Channelopathies) in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*. 2014; 146(7), 1659–1668. doi:10.1053/j.gastro.2014.02.054
13. Rao S, Valestin J, Brown C, Zimmerman B, Schulze K. Long-Term Efficacy of Biofeedback Therapy for Dyssynergic Defecation: Randomized Controlled Trial. *Am J Gastroenterol.* 2010; 105(4), 890–896. doi:10.1038/ajg.2010.53
14. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort J, Peña E, et al. Guía de práctica clínica del síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: tratamiento. (Parte 2 de 2). *Atención Primaria*. 2017; 49(3), 177–194.
15. Böhn L, Störsrud S, Liljebo T, Collin, L, Lindfors P, Törnblom H, et al. Diet Low in FODMAPs Reduces Symptoms of Irritable Bowel Syndrome as Well as Traditional Dietary Advice: A Randomized Controlled Trial. *Gastroenterology*. 2015; 149(6), 1399–1407.
16. Johannesson E. Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. *World J Gastroenterol.* 2015; 21(2), 600. doi:10.3748/wjg.v21.i2.600
17. Chapman R, Stanghellini V, Geraint M, Halphen M. Randomized Clinical Trial: Macrogol/PEG 3350 Plus Electrolytes for Treatment of Patients With Constipation Associated With Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2013; 108(9), 1508–1515.
18. Ford A, Moayyedi P, Lacy B, Lembo A., Saito Y, Quigley E. American College of Gastroenterology Monograph on the Management of Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation. *Am J Gastroenterol.* 2014; 109(S1), S2–S26.

19. Hookway C, Buckner S, Crosland P, Longson D. Irritable bowel syndrome in adults in primary care: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2015; 350, h701–h701. doi:10.1136/bmj.h701
20. Pimentel M, Chang C, Chua K, Mirocha J, DiBaise J, Rao S, et al. Antibiotic Treatment of Constipation-Predominant Irritable Bowel Syndrome. *Digestive Diseases and Sciences*. 2014; 59(6), 1278–1285. doi:10.1007/s10620-014-3157-8.
21. Chandar A. Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome with predominant constipation in the primary-care setting: focus on linaclotide. *International Journal of General Medicine*. 2017; 10, 385–393.

Correspondencia:

Daniela Montero-Madrigal

Email: danymma@gmail.com

