

Trastornos funcionales digestivos

¿Es suficiente cumplir los criterios clínicos para diagnosticar el síndrome del intestino irritable o hay que realizar exploraciones complementarias?

Fermín Mearin

Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Servicio de Aparato Digestivo. Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

PREGUNTA

¿Es suficiente cumplir los criterios clínicos para diagnosticar el síndrome del intestino irritable o hay que realizar exploraciones complementarias?

ANTECEDENTES

El síndrome del intestino irritable (SII) se engloba dentro de los trastornos funcionales porque no se conoce que tenga una causa orgánica y, en la actualidad, parece deberse a anomalías de la función digestiva, especialmente de la motilidad o de la sensibilidad. No obstante, cada vez son más los datos que apoyan la existencia de fenómenos microinflamatorios en el SII. Así, se ha descrito un aumento de los linfocitos intraepiteliales y de los mastocitos en el colon de los pacientes con SII¹. Se especula que esta microinflamación podría ser el origen de la hipersensibilidad de las terminales nerviosas de la pared intestinal contribuyendo a inducir o perpetuar los síntomas². En la mayoría de los casos no hay una causa conocida que origine el SII, aunque puede estar relacionado con acontecimientos estresantes previos, como el maltrato^{3,4}, o con haber padecido una gastroenteritis aguda⁵. También hay datos que apoyan la influencia de factores genéticos⁶ y ambientales familiares⁷.

El miedo que subyace al establecer el diagnóstico de SII mediante criterios clínicos es la posibilidad de que pase desapercibida una causa orgánica de los síntomas. Por ello, durante muchos años se ha considerado que el SII era un diagnóstico de exclusión al que sólo se podía lle-

gar tras realizar múltiples pruebas que excluyeran enfermedades con síntomas similares. Esta actitud conlleva un gasto económico enorme y molestias innecesarias para el paciente. Sería preferible llegar a un diagnóstico positivo a través de los síntomas, realizar el diagnóstico diferencial de forma racional y utilizar las exploraciones complementarias sólo en los casos necesarios.

DISCUSIÓN

Los primeros criterios utilizados para diagnosticar el SII fueron los publicados por Manning et al⁸ en 1978. Posteriormente, se han creado los llamados criterios de Roma: Roma I⁹ en 1992 y Roma II¹⁰ en 1999. Estos criterios han resultado muy útiles a la hora de seleccionar a los pacientes para estudios fisiopatológicos y para incluir pacientes en ensayos clínicos. Sin embargo, su utilización clínica y aplicabilidad ha sido dudosa. Por estos motivos se publicaron en 2006 los criterios de Roma III con el fin de mejorarlos y hacerlos más prácticos y accesibles¹¹.

Desde un punto de vista teórico, la aplicación de criterios diagnósticos en el SII podría ser útil para diferenciar de una forma sencilla este síndrome de las enfermedades orgánicas. Esto conllevaría una disminución en la utilización de las exploraciones complementarias innecesarias. Además, la utilización de criterios específicos para el SII debería permitir diferenciarlo de otros trastornos funcionales digestivos. El problema es que, debido a la elevada prevalencia del SII, no es infrecuente que haya una superposición con otros trastornos funcionales o su coexistencia con una enfermedad orgánica.

En lo que se refiere a la capacidad diferenciadora entre enfermedad orgánica y funcional de los distintos criterios, su utilidad es discutible. En el trabajo inicial de Manning et al⁸, el 94% de los pacientes con SII cumplían 2 o más de los criterios, por tan sólo el 46% de los que presentaban una enfermedad orgánica. Sin embargo, otros autores

Correspondencia: Dr. J. Maté-Jiménez.
Servicio de Gastroenterología. Hospital La Princesa.
Diego de León, 62. 28006 Madrid. España.
Correo electrónico: jmatej@mixmail.com

Recibido el 18-3-2008; aceptado para su publicación el 5-4-2008.

han encontrado que la especificidad de los criterios de Manning et al es baja^{12,13} y que depende del sexo y la edad de los pacientes: menor en los varones y en edades avanzadas¹⁴.

Por otra parte, a la hora de solicitar pruebas diagnósticas se debe tener en cuenta si hay o no síntomas de alarma, y cuál es la rentabilidad de los diferentes exámenes complementarios. Los síntomas de alarma fundamentales son el comienzo de los síntomas en una edad superior a los 50 años, la hematoquecia, la diarrea grave y persistente, la presencia de síntomas nocturnos, la pérdida de peso considerable y no aclarada, la fiebre y la historia familiar de ciertas enfermedades digestivas orgánicas (cáncer de colon, enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad celíaca). No obstante, la utilidad de los criterios diagnósticos clínicos según la inclusión o no de síntomas de alarma no está del todo clara. Vanner et al¹⁵ evaluaron el valor predictivo positivo de los criterios de Roma I en 98 pacientes con síntomas de SII; el valor ascendió del 83 al 100% cuando se excluyeron a los sujetos con síntomas de alarma. Por el contrario, Whitehead et al¹⁶, al investigar la concordancia entre el diagnóstico clínico final de SII y el establecido sólo por criterios de Roma II, comprobaron que no había muchas diferencias si se incluían o no los síntomas de alarma (el 65 frente al 60%, respectivamente). Según los datos de una excelente revisión realizada por Cash et al¹⁷, los hallazgos de las pruebas «diagnósticas» son semejantes en pacientes con SII y en la población general, a excepción de las relacionadas con la enfermedad celíaca. En un estudio prospectivo de este mismo autor se llega a la misma conclusión: la única prueba con utilidad clínica es la determinación sérica de anticuerpos para la enfermedad celíaca cuando predomina la diarrea¹⁸. Aun así, especialmente en casos de diarrea acuosa, no deben olvidarse opciones diagnósticas como la colitis microscópica¹⁹ o la malabsorción de azúcares o ácidos biliares²⁰.

RESPUESTA

En la actualidad, el SII se define clínicamente dejando al criterio de cada médico la necesidad de descartar la enfermedad orgánica según el grado de sospecha y las características individuales en cada paciente. Se recomienda realizar una determinación sérica de anticuerpos para la enfermedad celíaca cuando predomina la diarrea (grado de recomendación: B; nivel de evidencia: 2a).

BIBLIOGRAFÍA

1. Mearin F, Perelló A, Balboa A. Síndrome del intestino irritable y enfermedad inflamatoria intestinal: ¿el eslabón perdido en el

- espectro de la inflamación? En: Gassull MA, Obrador A, Gomollón F, Hinojosa J, editores. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. Madrid: Arán Ediciones, S.L.; 2007.
2. Adam B, Liebrechts T, Gschossmann JM, Krippner C, Scholl F, Ruwe M, et al. Severity of mucosal inflammation as a predictor for alterations of visceral sensory function in a rat model. *Pain*. 2006;123:179-86.
3. Drossman DA. Irritable bowel syndrome and sexual/physical abuse history. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1997;9:327-30.
4. Perona M, Benasayag R, Perelló A, Santos J, Zárate N, Zárate P, et al. High prevalence of functional gastrointestinal disorders in women who report domestic violence to the police. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005;3:436-41.
5. Mearin F, Pérez-Oliveras M, Perelló A, Vinyet J, Ibáñez A, Corderch J, et al. Dyspepsia and irritable bowel syndrome after a Salmonella gastroenteritis outbreak: one-year follow-up cohort study. *Gastroenterology*. 2005;129:98-104.
6. Saito YA, Petersen GM, Locke GR 3rd, Talley NJ. The genetics of irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005;3:1057-65.
7. Howell S, Talley NJ, Quine S, Poulton R. The irritable bowel syndrome has origins in the childhood socioeconomic environment. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:1572-8.
8. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Moris AF. Towards a positive diagnosis of the irritable bowel. *BMJ*. 1978;2:653-4.
9. Thompson WG, Creed FH, Drossman DA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gastroenterol Int*. 1992;5:75-91.
10. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut*. 1999;45 Suppl 2:1143-7.
11. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1480-91.
12. Thompson WG. Gastrointestinal symptoms in the irritable bowel syndrome compared with peptic ulcer and inflammatory bowel disease. *Gut*. 1984;25:1089-92.
13. Poynard T, Naveau S, Benoit M. French experience of Manning's criteria in irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1992;4:747-52.
14. Smith RC, Greenbaum DS, Vancouver JB. Gender differences in Manning criteria in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1991;100:591-5.
15. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG, DaCosta LR, Groll AG, Simon JB, et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:2912-7.
16. Whitehead WE, Palsson OS, Feld AD, Levy RL, Von Korff M, Turner MJ, et al. Utility of red flag symptom exclusions in the diagnosis of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;24:137-46.
17. Cash BD, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:2812-9.
18. Cash BD, Andrews AH, Lee DH, Smith JH, Kim CH, Saad R, et al. Yield of diagnostic testing in patients with suspected irritable bowel syndrome (IBS): A prospective, US multi-center trial. *Gastroenterology* 2006;130 Suppl 2:111A-2A.
19. Fernández-Bañares F, Esteve M, Salas A, Forné TM, Espinos JC, Martín-Comin J, et al. Bile acid malabsorption in microscopic colitis and in previously unexplained functional chronic diarrhea. *Dig Dis Sci*. 2001;46:2231-8.
20. Fernández-Bañares F, Esteve M, Salas A, Alsina M, Farré C, González C, et al. Systematic evaluation of the causes of chronic watery diarrhea with functional characteristics. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:2520-8.