

## Artículo original

# Tratamiento del síndrome de intestino irritable, estudio comparativo

Óscar Contreras Rivas,<sup>1</sup> María Antonieta Xóchitl García Samper<sup>1</sup><sup>1</sup>Coordinación de Medicina Interna, Servicio de Gastroenterología, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE.

## Resumen

El síndrome de intestino irritable es la alteración gastrointestinal más frecuente y se considera que explica del 30 al 50% de todos los trastornos digestivos que se ven en las clínicas y consulta particular. En últimas fechas se ha recobrado el interés para estudiar la fisiopatología del padecimiento y la terapéutica. Por lo general, el tratamiento es ineficaz, quizá porque no se actúa contra un solo padecimiento y se requiere diversificar el tratamiento.

En este estudio se seleccionó a pacientes de la consulta externa de gastroenterología, a los cuales se les diagnosticó síndrome de intestino irritable por exclusión de otras patologías abdominales. Se estudiaron dos grupos de pacientes femeninos; al grupo control se le dio tratamiento médico con base en dieta rica en fibra más procinéticos (metoclopramida 10 mg preprandial), mientras que el grupo en estudio se le dio igualmente tratamiento con base en dieta rica en fibra más procinético (metoclopramida 10 mg preprandial) y psicoterapia grupal. Los criterios en los que se basó el estudio fueron: la evolución de la intensidad de la sintomatología gastrointestinal: dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia y hábitos intestinales. Se observó que a los tres meses de tratamiento, el grupo en estudio mostró un mejoramiento significativo comparado con el grupo control, desapareció la sintomatología por completo en el 85% de los pacientes mientras que en el grupo control sólo se encontró mejoría en el 11.1% de los pacientes. Se concluye que el apoyo psiquiátrico es factible y efectivo en pacientes con síndrome de intestino irritable.

**Palabras clave:** *Intestino irritable, apoyo médico-psiquiátrico.*

## Summary

The irritable bowel syndrome is the gastrointestinal condition more frequently seen and is responsible for 30 to 50% of all the digestive complaints observed in out-patient clinics or private practice. Interest in studying the physiopathology and treatment has increased in the last years. Generally, the treatment is little effective and perhaps it deserves diversification. Two groups of female patients were studied, control

group was given medical treatment with rich fiber diet plus procinetics (metoclopramide 10 mg before meals), while the other group received the same treatment, diet with procinetics (metoclopramide 10 mg preprandial) plus groupal psychotherapy. The criteria to separate the subjects, was based in time of suffering and intensity of symptoms: abdominal pain, distension, flatulence and intestinal habits. After three months of treatment a significant difference was observed: in 85% of patients of the study group were greatly improved, compared to only 11.1% of the control group. It can be stated that the psychiatric support is feasible and effective in patients with irritable bowel syndrome.

**Key words:** *Irritable bowel, psychotherapy support.*

## Introducción

El término síndrome de intestino irritable, se refiere a una variedad de alteraciones de la función del colon que se presenta en una forma crónica o recurrente, en épocas de agresión y tensión emocional de la vida. Es un padecimiento que en el pasado ha sido llamado de diferentes maneras: colon irritable, colitis mucosa, colitis espástica, colitis nerviosa, trastornos funcionales digestivos, etc., denotando con ello que a pesar de ser uno de los padecimientos más frecuentes de la consulta general y del gastroenterólogo, ha sido hasta últimas fechas que se ha recobrado el interés para estudiar la fisiopatología del padecimiento y la terapéutica. Es quizá la alteración gastrointestinal crónica más frecuente en países desarrollados y se considera que explica del 30% al 50% de todos los trastornos digestivos que se ven en las clínicas o en la práctica privada. Iguala casi al resfriado común como causa principal de ausentismo laboral por enfermedad. En estudios microbiológicos y morfológicos tempranos, no se han encontrado agentes infecciosos específicos, ni anatomía patológica. La consideración de los síntomas aislados sugiere que la función más notable del intestino, es su motilidad y ello ha constituido el enfoque principal. Los métodos usados han incluido: 1) la observación de pacientes con fístula de colon o asas de colon exteriorizadas; 2) exploración sigmoidoscópica prolongada de pacientes íntegros; 3) registros quimográficos de la motilidad tipo onda del colon obtenidos mediante grandes globos; 4) transductores electromanométricos.

tricos de presión o cápsulas de telemetría y 5) radioscopia y cineradiografía. Utilizando dichos métodos, los estudios de actividad normal de colon han mostrado un nivel bajo de motilidad de reposo, que consiste casi por completo en contracciones tipo onda segmentaria e incoordinadas, en particular de la musculatura circular. Como estas contracciones son ligeramente más intensas en colon distal que en el proximal, sirven bien para los aparentes propósitos del órgano para retardar el paso de su contenido. No obstante, los estudios de motilidad del colon no han podido demostrar diferencia cualitativa entre los patrones normales y la de pacientes con síndrome de intestino irritable. Parecería que la fisiopatología puede estudiarse mejor en los pacientes durante la experiencia real de un conflicto emocional. Durante más de un siglo diversos observadores clínicos han notado la relación temporal de los síntomas del síndrome de intestino irritable con periodos de conflicto emocional, y en fecha más reciente se ha comprobado en forma impresionante la regularidad de esta coincidencia.

La hipótesis clínica de que estas situaciones de la vida cargadas emocionalmente se relacionan etiológicamente con la alteración de la función del colon, se ha demostrado en el laboratorio con la "entrevista de pesquisa". Se han observado dos clases de correlación: 1. La asociación de una conducta de "cumplimiento" (con expresión de hostilidad, actitudes de defensa y sentimientos de autosuficiencia), con contracciones intensas del sigmoides; estos estados de sensación y esta conducta suelen identificarse clínicamente en pacientes con síntomas de colon espástico y el registro de la alteración de la motilidad colónica es compatible con los conceptos actuales de los mecanismos sobre estreñimiento y dolor del colon. 2. La relación de una conducta de "abandono" (con expresiones de desamparo, depresión, aflicción, culpa y sentimientos de inadecuación personal) con disminución de las contracciones del sigmoides. Es, pues, probable que las alteraciones de las funciones del colon sean reflejos corporales de estados emocionales, y las manifestaciones fijas de un tipo estable de personalidad o un sistema nervioso alterado. Hoy en día parece probable al menos que las reacciones del colon a influencias de la tensión emocional constituyan un ejemplo del condicionamiento operante o "aprendizaje" de las respuestas viscerales a través de los mecanismos neurofisiológicos de recompensa que datan desde la vida temprana.

El cuadro clínico es un extremo variable, en la mayoría de los pacientes, se presenta como dolor abdominal, que se localiza con mayor frecuencia en hipogastrio y cuadrante inferior izquierdo, con inicio y duración variable, que se exacerba con la ingesta de alimentos o líquidos fríos y se alivia con la defecación y la eliminación de flatos. El estreñimiento suele acompañarse de sensación de distensión abdominal, eliminación excesiva de flatos o ambos, es la alteración más común de la frecuencia de defecación. En estudios manométricos o radiográficos de colon descendente y sigmoides,

estos segmentos muestran contracciones muy intensas no propulsoras que suelen relacionarse con la disminución aparente de la motilidad tipo onda en niveles más altos, en especial en colon proximal. El diagnóstico adecuado se basa en tres criterios: 1. Identificación de un complejo sintomático compatible con síndrome de intestino irritable. 2. Comprobar la coincidencia de los episodios de síntomas con episodios de tensión emocional. 3. Descartar otros diagnósticos.

El diagnóstico diferencial cubre una gama en extremo amplia, la sintomatología es tan variable que debe reflexionarse sobre toda la variedad de posibles explicaciones para cada síntoma. Dentro de las principales causas de confusión diagnóstica tenemos:

1. Otras alteraciones y enfermedades de colon: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, carcinoma y enfermedad diverticular.
2. Enfermedades por agentes microbianos y parasitarios.
3. Deficiencia intestinal de lactosa.
4. Otras causas de dolor abdominal: oclusión intestinal mecánica intermitente, enfermedades de la vesícula biliar, hernia del hiato, etc.
5. Otras causas de estreñimiento: impacto fecal, megacolon, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, esclerodermia, drogas o medicamentos.
6. Otras causas de diarrea infecciosa o no infecciosa.

Por lo general, el tratamiento del síndrome de intestino irritable es ineficaz, quizá porque no se actúa contra un solo padecimiento y se requiere diversificación. Así, tenemos una lista de opciones terapéuticas: 1. Dieta con fibra, la cual mejora considerablemente el estreñimiento pero tiende a empeorar otras manifestaciones; 2. Los anticolinérgicos, los cuales mitigan el dolor en la mayoría de los casos, pero agravan el estreñimiento; 3. Los bloqueadores de los canales de calcio, que se han utilizado con buenos resultados en la modificación de la respuesta motora del intestino a la ingesta de alimentos con alto contenido de grasas o por distensión rectal; 4. El manejo con apoyo psicológico, que pretende dar al paciente una perspectiva más amplia y completa de su padecimiento y ayudarlo a manejar el estrés y mejorar sus relaciones sociales.

### Objetivo

El objetivo de este estudio es demostrar el papel que juega el estado emocional en la sintomatología del síndrome de intestino irritable, y que el apoyo psicológico en conjunto con el tratamiento médico puede brindar a los pacientes un remedio eficaz y en corto tiempo.

### Material y métodos

Para la realización de este estudio se contó con la participación de los Servicios de Gastroenterología y Psiquiatría del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE. Se reclutaron pacientes de la consulta de gastroenterología con

diagnóstico de síndrome de intestino irritable, a los cuales se les realizó historia clínica y se excluyeron otras patologías que ocasionaran dolor abdominal. Se les realizaron estudios de laboratorio: BH con el analizador Coulters 57-70, analizador Coulters para PFH, técnica de glucosa God-pap, electrólitos séricos IL 343 AVL, transductor de 3.5 MHZ lineal para ultrasonido y endoscopio Olympus CJF K 10. Una vez identificado el paciente, se utilizó una forma de evaluación en donde se anotaban características de la sintomatología: dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia y características de las evacuaciones. De los pacientes ya diagnosticados con síndrome de intestino irritable, se formaron dos grupos al azar con el método de la baraja, cada grupo formado por ocho pacientes, los cuales fueron del sexo femenino, el rango de edades fue de 34 a 69 años. El grupo control fue tratado únicamente con dieta rica en fibra, procinéticos (metoclopramida 10 mg, 30 minutos antes de las comidas) y en el otro grupo con terapia grupal por el servicio de psiquiatría, el cual valoró el grado de estrés, mediante historia clínica psiquiátrica y escala de Zung para la valoración de la depresión. Las variables que se analizaron fueron: sexo, edad, dolor abdominal, frecuencia, hábitos intestinales y efectos colaterales (cuadro 1).

**Resultados**

Se estudiaron 15 pacientes, divididos en dos grupos. En el grupo en estudio (tratamiento médico más terapia psiquiátrica),

fueron seis pacientes, todos del sexo femenino, con un promedio de edad de 49 años y rango de 34 a 64 años. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia y estreñimiento (cuadro 2). En las primeras seis semanas no hubo mejoría importante, pero a las doce semanas del tratamiento se observó que el dolor abdominal desapareció totalmente en cinco pacientes (33.3%), la distensión abdominal desapareció en cuatro pacientes (66.4%), la flatulencia mejoró en tres pacientes (50%) y el estreñimiento mejoró en todos los pacientes (100%) (figura 1). No se presentaron efectos secundarios en todo el tratamiento, dos pacientes abandonaron el estudio ignorándose el motivo. En el grupo control fueron nueve pacientes, todos del sexo femenino con un promedio de edad de 51.5 años y rango de 34 a 69 años. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal, distensión, flatulencia y estreñimiento (cuadro 2). En las primeras seis semanas, tampoco se observó mejoría importante, a las doce semanas del tratamiento, el dolor abdominal desapareció en un paciente (11.1%), persistiendo en ocho pacientes (88.8%) la distensión abdominal persistió en todos los pacientes (100%), la flatulencia mejoró en seis pacientes (66.6%) y el estreñimiento mejoró en seis pacientes (66.6%) (figura 2).

En el grupo en estudio se consideró que hubo cinco éxitos y un fracaso del tratamiento, francamente mejor que el grupo control, donde hubo un éxito y ocho fracasos (estadísticamente significativo:  $\chi^2 p < 0.05$ ).

**Cuadro 1.** Calificaciones de la sintomatología de acuerdo a la intensidad.

Calificación	Dolor abdominal	Distensión abdominal	Flatulencia	Hábitos intestinales
0	Asintomático	Sin distensión	Sin flatulencia	Sin alteración
1	Cede con la evacuación	Permite actividades normales	Ocasional	Diarrea
2	No cede con la evacuación	Molesta la ropa	Medio día	Estreñimiento
3	Incapacitante	Necesario aflojar la ropa	Todo el día	Cuadros alternantes

Fuente: Consulta médica de gastroenterología, HRLALM, ISSSTE

**Cuadro 2.** Cambios en la intensidad en la sintomatología.

	Dolor abdominal				Distensión abdominal				Flatulencia				Hábitos intestinales				
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	
<b>Inicio</b>																	
Control	9	0	2	7	0	0	1	8	0	0	0	6	3	0	0	9	0
Estudio	6	0	0	5	1	0	0	3	3	0	6	2	4	0	0	6	0
<b>6ª sem.</b>																	
Control	9	0	8	1	0	0	7	2	0	0	5	4	0	6	0	3	0
Estudio	6	1	5	0	0	1	4	1	0	1	3	2	0	4	0	2	0
<b>Final</b>																	
Control	9	1	8	0	0	0	8	1	0	6	6	3	0	6	0	3	0
Estudio	6	5	1	0	0	4	2	0	0	3	3	0	0	6	0	0	0

Fuente: Consulta médica de Gastroenterología, HRLALM, ISSSTE.

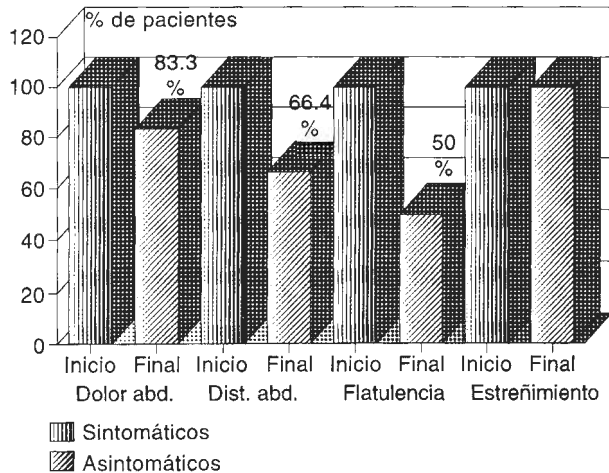


Figura 1. Grupo en estudio.

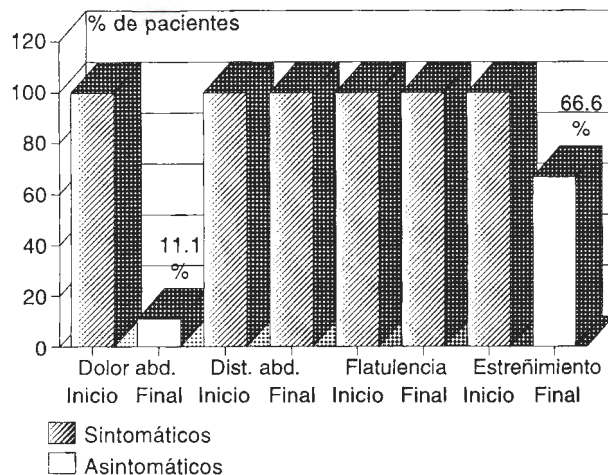


Figura 2. Grupo control.

## Discusión

El estrés psicológico puede ser factor provocador de alteraciones de la fase 2 de la actividad del complejo motor migratorio, el cual ha sido reconocido en pacientes con síndrome de intestino irritable (Kellow y col.). Por lo general, el tratamiento del síndrome de intestino irritable es ineficaz, quizá porque no se actúa contra un solo padecimiento y se requiere diversificar el tratamiento. Actualmente las opciones terapéuticas como la fibra, anticolinérgicos, se han utilizado sin resultados satisfactorios. Sin duda alguna hay estudios que han demostrado que los bloqueadores de canales de calcio han tenido buenos resultados. Pocos estudios se han dirigido hacia la utilidad de los tratamientos que combinan el tratamiento médico con el apoyo psiquiátrico. Los resultados del presente estudio señalan que los pacientes con síndrome de intestino irritable, mostraron una mejor respuesta sintomática al tratamiento con fibra, procinéticos más apoyo psiquiátrico, que únicamente el tratamiento con fibra y procinéticos. En el estu-

dio hecho por Marvey y col., se trató a pacientes con síndrome de intestino irritable únicamente con dieta rica en fibra y agentes que provocan aumento de masa fecal y presentaron mejoría en el 35% de los casos, lo cual difiere con nuestros resultados ya que el grupo control de este estudio presentó mejoría en sólo el 11.1% de los pacientes. La superioridad del tratamiento en el grupo en estudio se puso particularmente en evidencia entre la octava y decimosegunda semanas del tratamiento. Este estudio permite pensar que el apoyo psiquiátrico debería formar parte del tratamiento de pacientes con síndrome de intestino irritable y no esperar hasta estar convencidos que el tratamiento médico haya fracasado. Como lo demuestra Elspeth y col., que después de seis meses de tratamiento médico sin respuesta favorable, presentó mejoría en 2/3 partes al dar tratamiento a base de psicoterapia y relajación en pacientes con síndrome de intestino irritable.

## Conclusiones

Los pacientes del grupo en estudio (tratamiento médico más apoyo psiquiátrico), mostraron mejoría en cinco pacientes (83.3%) y un paciente continuó con la sintomatología (16.6%).

El grupo control (tratamiento médico), demostró mejoría total en un paciente (11.1%) pero ocho pacientes (88.8%), continuaron con la sintomatología.

## Referencias

1. Chantar C, Rodes J. Trastornos motores del colon. Enfermedades del aparato digestivo, 1988; 356-9.
2. Drossman DA, Mac Kee DC, Robert S, Mitchell CM, Burger Amy L. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 1988; 95: 701-8.
3. Cutrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 1991; 100: 450-7.
4. Creed F, Guthrie E. Psychological treatments of the irritable bowel syndrome. *GUT* 1989; 30: 1601-9.
5. Friedman G. The irritable bowel syndrome realities and trends. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20: 269-78.
6. Friedman G. The irritable bowel syndrome realities and trends. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20: 325-34.
7. Kellow JE, Langesluddecke PM, Eckersley CM, Jones MP. Effects of acute psychologic stress on small intestinal motility in health and the irritable bowel syndrome. *Scan J Gastroenterology* 1992; 27: 53-8.
8. Kellow JE, Phillips Sidney F. Altered small bowel motility in irritable bowel syndrome is correlated with symptoms. 1987; 92: 1885-93.
9. Sleisenger MH, Frdra J. Irritable bowel syndrome. *Gastrointestinal disease* 1989; 2: 1402-14.
10. Maud EC, Harvey RF, Brown AM. Prognosis in the irritable bowel syndrome. *GUT* 1989; 30: 1540-43.
11. Robertson DAF, Ayres RCS, Naylor K, Smith CL. Stress and oesophageal motility in normal subjects and patients with irritable bowel syndrome: a 5 years prospective study. *The Lancet* 1987; 25: 963-5.
12. Colgan S, Creed F, Klass H. Symptom complaints, psychiatric disorder and abnormal illness behavior in patient with upper abdominal pain. *Psychological Medicine* 1988; 18: 887-92.
13. Whitehead WE, Bosmajian L, Zonderman AB, Acosta PT. Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1988; 95: 709-14.