

Trastornos funcionales intestinales

Cuadros crónicos frecuentes que muchas veces requieren tratamiento empírico. La fisiopatogenia es multifactorial y, en gran medida, desconocida, e impacta en el funcionamiento psicosocial de los pacientes

Autor: Lacy B, Mearin F, Spiller R y colaboradores *Gastroenterology* 150(6):1393-1407, May 2016

Página 1

► Introducción

En general, los trastornos funcionales intestinales (TFI) son crónicos, con síntomas y signos diversos, como dolor abdominal, hinchazón, distensión y anomalías en el hábito evacuatorio (constipación, diarrea o la combinación de ambos). Estos cuadros son crónicos (> 6 meses), frecuentes (al menos un día por semana) y con síntomas presentes durante los últimos 3 meses, pero no se asocian con anomalías anatómicas o fisiológicas claras, identificables mediante estudios de rutina.

Existen cinco categorías de estos trastornos gastrointestinales:

1. Síndrome de intestino irritable (SII)
2. Constipación funcional
3. Diarrea funcional
4. Distensión o hinchazón funcional
5. TFI no especificado.

Una sexta categoría puede ser la constipación inducida por opioides, que tiene una causa específica y síntomas similares a la constipación funcional. Como existe superposición clínica entre estas seis categorías, se debe considerar que los TFI son un fenómeno continuo y no categorías discretas.

El objetivo del presente estudio fue revisar los criterios diagnósticos de Roma III y actualizar la estrategia de evaluación clínica y el tratamiento de los TFI.

► Síndrome del Intestino Irritable

En el SII se observa dolor abdominal recidivante y cambios en el hábito evacuatorio o las deposiciones: constipación, diarrea o ambos, distensión abdominal e hinchazón. La prevalencia de SII es del 11.2%, mayor en las mujeres que en los hombres y más frecuente en pacientes < 50 años en comparación con los de mayor edad, con una incidencia de entre 1.35% y 1.5%. Recientemente, los criterios diagnósticos eliminaron el concepto de "malestar" abdominal, puesto que es ambiguo y conlleva fenómenos distintos en diferentes idiomas.

Actualmente, la definición del cuadro incluye cambios en la frecuencia de dolor abdominal, con síntomas al menos un día a la semana durante los últimos 3 meses. También se modificó el criterio que señala que los síntomas mejoran con la defecación, dado que algunos pacientes informan que empeoran luego de esta. Además, se eliminó la idea de que el dolor abdominal aparece en coincidencia con la forma o la frecuencia de las deposiciones.

Para la evaluación clínica del SII se sugiere descartar, mediante pruebas específicas, la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad celíaca, la intolerancia a la lactosa y la fructosa y la colitis microscópica. Si no hay signos de alarma, los análisis realizados deben limitarse lo más posible.

⋮ *El SII es un trastorno multifactorial, con factores genéticos, ambientales y psicosociales involucrados*

El diagnóstico de SII se basa en la historia clínica, el examen físico, estudios de laboratorio (como hemograma, proteína C-reactiva y calprotectina en materia fecal, además de estudios tiroideos, serologías para celiaquía o análisis microbiológicos de las heces, así como estudios de identificación de intolerancia a carbohidratos) y, de ser necesaria, la colonoscopia (especialmente, en pacientes > 50 años o si hay signos de alarma o antecedentes familiares de cáncer colorrectal).

El **dolor abdominal** está presente, es más frecuente en la región inferior y se identifican trastornos en el hábito evacuatorio con relación al dolor.

Si hay > 3 formas diferentes de deposiciones por semana se sugiere el subtipo con diarrea, mientras que si hay varios días consecutivos sin deposiciones se considera el subtipo con constipación.

La mayoría de los pacientes informa **hinchazón abdominal** y algunos, distensión; también, es frecuente que describan inducción o exacerbación de los síntomas con las comidas. Es poco habitual no poder categorizar a los pacientes en formas con diarrea, constipación o mixtas (aquellas en las que la diarrea alterna con constipación).

El SII es un trastorno multifactorial, con factores genéticos, ambientales y psicosociales involucrados. A nivel fisiopatológico se observan alteraciones en la motilidad gastrointestinal, la microbiota y la comunicación entre el cerebro y el intestino, hiperalgesia visceral, mayor permeabilidad intestinal y activación inmune. Este cuadro se asocia con estrés psicológico, alteraciones del sueño, sobreadaptación al ambiente y vulnerabilidad afectiva.

El **tratamiento** del SII depende del síntoma predominante y la gravedad, pero como medidas generales se recomiendan el ejercicio físico, reducir el estrés y mejorar el sueño, suplementar la dieta con fibra soluble, reducir el consumo de gluten y la psicoterapia y las terapias conductuales.

Algunos compuestos asociados con mejoría en ciertos subtipos de SII son el polietilenglicol, la lubiprostona, la linaclotida, la loperamida, los antiespasmódicos, los probióticos, la rifaximina, el alosetrón, la eluxadolina, los antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y el cromoglicato de sodio, con diferentes mecanismos de acción y distintos niveles de eficacia.

► **Constipación funcional y diarrea funcional**

En la constipación funcional predomina la defecación poco frecuente o incompleta, sin criterios para SII, pero con síntomas presentes en los últimos 3 meses. La prevalencia de constipación crónica, que puede ser funcional o no, es del 14% (entre 1.9% y 40.1%). Algunos factores de riesgo para este trastorno son el sexo femenino, la menor ingesta de calorías y la mayor edad.

En general, en la **constipación** funcional se observa hinchazón o distensión abdominal, pero no son los síntomas predominantes, y se diagnostica por variables subjetivas (esfuerzo en la defecación, malestar abdominal, hinchazón y sensación de evacuación incompleta) u objetivas (heces duras y deposiciones poco frecuentes).

Se describen **tres categorías** de constipación funcional:

1. Con tránsito normal.
2. Con tránsito lento (se diferencian por el tipo de deposición).
3. Por trastornos en la defecación o en la evacuación rectal.

Es necesario descartar las causas de constipación secundaria, como tratamiento farmacológico, obstrucción mecánica y enfermedades sistémicas.

El diagnóstico depende de la historia clínica (duración y características del cuadro y signos de alarma), el examen físico (abdominal, perineal y anorrectal), algunos análisis de laboratorio (hemograma y, de ser necesario, análisis tiroideos y calcemia), la colonoscopia (en pacientes > 50 años o si hay signos de alarma) y, en algunos casos, pruebas específicas relacionadas con la fisiopatología del trastorno (tránsito colónico, evaluado mediante marcadores radioopacos, o función anorrectal, valorada mediante manometría; prueba de expulsión de balones, defecografía y, eventualmente, electromiografía).

Se ha informado que la constipación funcional se relaciona con antecedentes familiares y hábitos presentes durante la niñez (especialmente, ingesta reducida de fibra y de líquidos, poco ejercicio físico y la retención de la defecación), además de alteraciones en los plexos mientéricos y submucosos e hiposensibilidad rectal.

El tratamiento de la **constipación funcional** incluye el aumento del consumo de fibra (hasta 20 a 30 g diarios), la eliminación de los fármacos innecesarios que puedan empeorar la constipación, la organización de las deposiciones y la elevación de los pies con un banco en el momento de la defecación. La farmacoterapia para este cuadro incluye el uso de laxantes osmóticos, polietilenglicol, laxantes salinos o estimulantes, secretagogos (lubiprostona o plecanatide), elobixibat, agonistas de los receptores de serotonina 4 (como prucaloprida) o probióticos.

La **diarrea funcional** también es un TFI en el que se informan heces líquidas recidivantes (> 25% de las mismas), presentes en los últimos 3 meses, sin criterios para SII; también puede detectarse distensión o hinchazón abdominal, aunque no son predominantes. Se estima que la incidencia es de 5 cada 100 000 pacientes-años, con una prevalencia de entre 1.5% y 17%.

El diagnóstico depende de la historia clínica (características de las deposiciones, relación con la dieta y signos de alarma), el examen físico (que debe ser normal) y algunos estudios complementarios (hemograma y proteína C-reactiva; en ocasiones, perfil tiroideo; microorganismos, elastasa 1, grasas o calprotectina en materia fecal; o serologías para celiaquía); si hay signos de alarma o la edad es > 50 años, se recomienda la colonoscopia. Este trastorno también es

multifactorial.

Se sugiere el tratamiento con loperamida y colestiramina, y posiblemente sean útiles los probióticos, los antagonistas de los receptores de serotonina 3 y los antibióticos.

► **Distensión e hinchazón abdominal y trastornos no especificados**

En la distensión y en la hinchazón abdominal se observan síntomas de plenitud o presión abdominal, sensación de gas atrapado o aumento del perímetro abdominal, que son recidivantes y están presentes por 3 meses. A veces, también se informa dolor abdominal leve o alteraciones menores en el hábito evacuatorio, sin criterios para SII. En ocasiones, la distensión y la hinchazón coinciden o pueden presentarse por separado.

La prevalencia de hinchazón es del 15.9%, más frecuente en las mujeres. Para el diagnóstico es necesaria la historia clínica (aparición de los síntomas y relación con la dieta, además de hábito evacuatorio), el examen físico (constatar distensión abdominal, obstrucciones u organomegalias) y algunos estudios, como radiografía de abdomen y hemograma y, eventualmente, serología para celiaquía o endoscopia. Muchas veces, los síntomas se agravan durante el día, especialmente luego de las comidas, y alivian luego del sueño nocturno.

La fisiopatogenia del trastorno parece incluir alteraciones en el reflejo viscerosomático del diafragma y la pared abdominal y, posiblemente, hiposensibilidad rectal y tránsito intestinal lento. Para el tratamiento de este síndrome parecen eficaces la simeticona, la alfa galactosidasa, el aceite de menta, la lubiprostona, la linaclotida, la desipramina, el citalopram y la neostigmina.

En pacientes sin criterios suficientes para el diagnóstico de cualquiera de estas cuatro TFI se afirma que existe un trastorno no especificado.

► **Constipación inducida por opioides**

Los trastornos intestinales secundarios al consumo de opioides se relacionan con el efecto de estos fármacos en el tracto gastrointestinal y el sistema nervioso central. Los opioides se usan cada vez más, por lo que la frecuencia de estos trastornos aumentó. En ocasiones, los opioides exacerban o se superponen con la constipación funcional.

En la constipación por opioides se verifica menor frecuencia de las deposiciones, aparición o empeoramiento del esfuerzo en la defecación, sensación de evacuación incompleta y percepción de estrés relacionado con el cambio en el hábito evacuatorio. En ocasiones, puede haber impactación fecal con incontinencia por derramamiento, en tanto que otros pacientes informan reflujo, náuseas o hinchazón.

El 41% de los pacientes no oncológicos tratados con opioides informa constipación, con tasas de hasta el 94% en aquellos con cáncer que reciben estos fármacos. El diagnóstico requiere la evaluación de la historia clínica, el examen físico y valorar la relación temporal con el consumo de los fármacos, la gravedad y frecuencia del trastorno, la presencia de signos de alarma, el examen anorrectal y análisis clínicos de laboratorio de rutina. La fisiopatogenia se relaciona con la menor liberación de acetilcolina, secundaria al estímulo de los receptores opioides, lo que reduce la actividad propulsiva intestinal, además de efectuar cambios en la función pancreática, biliar, gástrica y del tono anal.

Para el tratamiento de la constipación inducida por opioides se recomienda administrar laxantes, lubiprostona o antagonistas del receptor de opioides a nivel periférico (como la metilnaltrexona por vía subcutánea, el alvimopán o el naloxegol).

⇒ **Conclusión**

Los TFI son cuadros crónicos, frecuentes en la práctica clínica, que muchas veces requieren tratamiento empírico. La fisiopatogenia de estos problemas es multifactorial y, en gran medida, desconocida; además, en general, se relaciona con un impacto importante sobre el funcionamiento psicosocial de los pacientes afectados.

♦ SIIC- Sociedad Iberoamericana de Información Científica

