

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

RESUMEN

Caso clínico

Paciente femenina de 40 años de edad, casada, abogada. Es importante el interrogar sobre sus actividades laborales, debido a que son **condiciones de estrés**, aunque también hay que considerar el interrogatorio con las **situaciones estresantes en el hogar**.

Padre vivo e hipertenso, madre con **enfermedad celíaca**, el cual es un antecedente importante en pacientes con problemas gastrointestinales y hermanos con obesidad e hipertensión.

No fumadora. Refiere ingesta de alcohol cada dos a tres semanas, con alimentos sin llegar al estado de embriaguez. Tiene **antecedentes de apendicectomía** a los 15 años de edad y en el 2021 tuvo **COVID grave**, presentando neumonía, por lo que debido a esto, estuvo hospitalizada, diagnóstico confirmado a través de PCR.

La paciente refiere que presentó **diarrea durante cinco días mientras estuvo con infección por COVID**, fiebre persistente de siete días, así como náuseas y vómitos que se atribuyeron a medicamentos.

Es importante el interrogatorio de los **síntomas generados por medicamentos**, ya que estos pueden generar **disbiosis intestinal**.

Dentro del padecimiento actual, la paciente refiere **distensión abdominal**, la cual se presenta dos veces a la semana, después de dos horas de ingesta de los alimentos, en especial, aquellos con alto contenido en gluten.

Inicia hace tres meses con **dolor abdominal generalizado**, de tipo gastritis, inicialmente dos veces a la semana, que ha ido incrementaste hasta presentarse todos los días en el último mes.

La paciente refiere que sus **evacuaciones son pastosas** y se correlacionan con los alimentos. Presenta dolor por las noches que la levanta hasta en cuatro ocasiones, mientras que otras veces, presenta **evacuaciones Bristol tipo I**.

Es necesario interrogar sobre los **datos de alarma**, pero niega pérdida de peso, disfagia o pérdidas hemáticas.

A la exploración física, lo único que se encuentra es **distensión abdominal**, dolor en hipocondrio derecho y fosa iliaca izquierda, no se palpan masas ni megalias.

Es importante considerar en estos pacientes el **tacto anal**, sobre todo, en aquellos que cursan con procesos de estreñimiento alternados con evacuaciones diarreicas. Al tacto rectal, se percibe un pliegue cutáneo anterior, una cicatriz de episiotomía lateral, y sin dolor a la palpación. A las **maniobras de pujo**, no se encuentran alteraciones. Se solicita **diario de evacuaciones**, mediante el cual podemos determinar el **patrón de deposiciones** y, con ello, establecer el tipo de **síndrome de intestino irritable**.

La paciente refiere tres días de Bristol tipo VII, es decir, diarrea; otros dos días con Bristol I, y dos días no presenta evacuaciones, en los cuales la paciente refirió el **uso de laxantes**.

Debido a esto, la paciente presenta un **síndrome de intestino irritable de patrón mixto**, es decir, evacuaciones de tipo Bristol I y Bristol VII, o en otras palabras **estreñimiento con diarrea**.

Cuando estamos con un paciente con síndrome intestino irritable, es importante determinar si los síntomas son compatibles con esta definición, comenzando con el **tiempo de aparición de los síntomas**, la **edad del paciente**, ya que debemos de recordar que en pacientes mayores de 50 años es un dato de alarma, **descartar patologías orgánicas**, ver si tiene **signos de alarma, la duración y el tiempo de los síntomas**. Es indispensable interrogar sobre la **forma y consistencia de las heces**, los cambios en la frecuencia y la **presencia de dolor abdominal**.

Es importante recordar que más del 90% de los pacientes con síndrome de intestino irritable se presenta **distensión abdominal**, tanto objetiva como subjetiva.

Es necesario hacer hincapié en el interrogatorio del paciente sobre la empatía, **escuchar activamente**, verlo y darle importancia a su enfermedad.

Hay que hacer un **interrogatorio orientando hacia el diagnóstico de síndrome intestino irritable**; en nuestro caso es necesario recordar que existe un síndrome de intestino irritable postinfeccioso, además de que existen otros factores de riesgo como el uso de antibióticos, estrés y algunos medicamentos adicionales a los antibióticos.

En los pacientes que presentan síndrome de intestino irritable de tipo mixto, sin datos de alarma, **no está indicada una colonoscopia**. Sin embargo, si presenta datos de alarma, es necesario realizarla.

En los pacientes jóvenes que no tienen datos de alarma, es importante solicitar una **biometría hemática, una proteína C reactiva** y debido a que presenta antecedentes de enfermedad celíaca, es necesario la realización de **anticuerpos anti transglutaminasa tisular IgA y niveles generales de IgA**. Y en el caso de que sospechemos enfermedad inflamatoria, una **calprotectina fecal**.

Para poder hacer un **diagnóstico de síndrome de intestino irritable**, es necesario que los **criterios de Roma IV** deben de estar presentes y, una vez hecho el diagnóstico, hacerle hincapié al paciente sobre el diagnóstico encontrado, en este caso, un síndrome de intestino irritable postinfeccioso probablemente generado por COVID, y discutir los mecanismos fisiopatológicos y los tratamientos que se van a implementar.

En este grupo de pacientes, se puede solicitar **coproparasitoscópico**, el cual está bien justificado.

La paciente presenta **distensión abdominal objetiva**, la cual es un signo que se puede medir por medio de una **cinta métrica**, aunque también existe la distensión que solo refiere el paciente, es decir, una distensión que solo es un síntoma. Recordar que hay una alta prevalencia de distensión en más del 90% de los pacientes.

Para hacer el **diagnóstico de un síndrome de intestino irritable postinfeccioso post-COVID**, existen algunas guías o revisiones que lo va a catalogar como un trastorno de la interacción intestino-cerebro, junto a otros padecimientos como la dispepsia funcional.

Para poder hacer de este diagnóstico, es necesario que el paciente cumpla con los **criterios de una alteración en el eje intestino-cerebro**, es decir, que está presente en los últimos tres meses y haber iniciado hace seis meses, además de estar asociado con lo siguiente: con una infección previa, en este caso COVID, confirmada por PCR, y que los síntomas se presenten durante el cuadro infeccioso, desapareciendo al término de la misma, para posteriormente instaurarse de manera permanente.

Prevalencia

La prevalencia del síndrome de intestino irritable post-COVID es **5 a 30%**.

Factores predisponentes

El **padecer COVID severo** es el principal factor de riesgo para desarrollar **síndrome de intestino irritable postinfeccioso**; en esta paciente, ser mujer, comorbilidades psicológicas y el uso de esteroides.

Fisiopatología

El **síndrome de intestino irritable post-COVID** se genera debido al receptor de la enzima convertidora de angiotensina que se localiza en todo el tracto gastrointestinal, por lo que el COVID al unirse a estos receptores, ocasiona un **aumento de la permeabilidad intestinal**, aumento de células inflamatorias, aumento de la calprotectina fecal y aumento en la producción de serotonina, lo que provoca **diarrea abundante**, además de aumentar la citocinas inflamatorias.

Distensión abdominal

Con respecto a la distensión abdominal, es importante **preguntar el tiempo en que se distienden los pacientes posterior a la ingesta de alimentos**, ya que no es lo mismo un paciente que inmediatamente al término de la ingesta de los alimentos se distiende o antes de la hora, en el que deberemos de sospechar de un padecimiento del tracto gastrointestinal alto, siendo lo más frecuente una **dispepsia funcional, gastroparesia u oclusión intestinal**.

Si la distensión se presenta **después de 2 o 3 horas de la ingesta de alimentos**, debemos de sospechar el **síndrome de intestino irritable**.

Uno de los tratamientos actuales que se han implementado para el manejo de síndrome de intestino irritable es la **restricción de los FODMAPS**, lo cual es un acrónimo de carbohidratos de cadena corta y polioles no digeribles y de baja absorción, que se fermentan en gran cantidad a nivel colónico; sin embargo, **esta restricción es errónea**, al menos en una restricción sin fundamento.

Para poder hacer una correcta restricción de los FODMAPS, **es necesario analizar todos los alimentos que el paciente come para hacer una restricción correcta**. Los

FODMAPS producen un efecto osmótico a nivel alto del intestino, por tanto, retienen agua y a nivel colónico generan gases, ambos procesos causan una distensión en ambos casos.

Por la fermentación de estos productos, se generarán grandes cantidades de protones, por lo cual se puede realizar una **prueba de aliento** para descartar este elemento. Asimismo, después de lo que se ha descrito, es importante que **la restricción de los FODMAPS no la debe de hacer el médico, sino el nutriólogo.**

Dieta restrictiva de FODMAPS

El **manejo adecuado de los FODMAPS lleva tres fases:** la primera es la **restricción** en la cual, como su nombre lo dice, los **FODMAPS se retiran completamente de la dieta por cuatro a cinco semanas y reemplazarlos por otro tipo de alimento.** Si el paciente no mejora con estos cambios, se retira este tipo de dieta, ya que su problema no está relacionado a este por este tipo de componentes. En dado caso de que no haya mejoría, la dieta debe de regresar a una dieta normal, ya que podemos generar disbiosis intestinal.

Si el paciente mejora su sintomatología con la dieta libre de FODMAPS, viene la segunda fase que es de **reintroducción**, es decir, que de **cada grupo de FODMAPS se reintegran a la dieta después de 3 a 5 días** y se observa si los síntomas mejoran, esto es para generar tolerancia en relación a la dieta de este tipo de componentes, mientras que en la fase tres, que denominamos **personalización**, donde se van a **agregar los FODMAPS que no generaron síntomas.** Para eso también existen diversas aplicaciones, como la de la Universidad de Monaj, que fue donde se desarrolló este tipo de dieta.

Actualmente, muchos de los gastroenterólogos emplean alguna dieta baja en FODMAPS denominada **dieta FODMAPS Bottom up**, en la que se identifican a los alimentos que producen síntomas y se hace la restricción solo de ese grupo.

Además, se hace una **restricción de fructosa**, la cual es la que más genera este efecto osmótico, así como el sorbitol y manitol. Posteriormente vemos si el paciente mejora para continuar con la restricción.

¿En quiénes sirve esta dieta? En aquellos pacientes que tienen **síntomas mínimos**, en donde no tenemos que hacer restricciones alimentarias y en aquellos pacientes que **no tengan trastornos alimentarios**, ya que podemos exacerbar los síntomas como en la anorexia, la bulimia o en los nuevos trastornos de evitación. Por tanto, hay que valorar la presencia de trastornos de la alimentación o el riesgo de desarrollarlos.

Actualmente existen **cuestionarios por Internet para descartar trastornos de la alimentación**, es importante recordarlo, ya que entre 15 y 30% de los pacientes con algún trastorno gastro intestinal, pueden llegar a presentar algún tipo de estos problemas.

Hay que **evitar etiquetar a los alimentos como buenos y malos**, ya que el paciente refuerza la idea de que algunos alimentos causan daño y podemos aumentar el problema de evitación de alimentos.

Es necesario platicar con el paciente sobre los problemas de las restricciones alimentarias y dietas no implementadas por los nutriólogos. Tampoco hay que crear falsas expectativas en los trastornos de la interacción cerebro-intestino, ya que estas enfermedades se controlan, no van a tener cura.

Por lo que es necesario considerar que la **enfermedad es fluctuante y puede ir y regresar**. Un error muy frecuente que se está implementando es evitar la **restricción del gluten** en pacientes que sienten que su sintomatología se debe a este tipo de alimentos. Hay que recordar que el trigo, además del gluten, contiene fructanos, los cuales están dentro del grupo de los FODMAPS, por eso el paciente mejorara al retirar los alimentos con trigo; sin embargo, no se debe a una enfermedad celíaca.

Recordemos que **al retirar el trigo** es muy probable causar deficiencias de hierro, calcio, vitamina B12 y los pacientes pueden aumentar de peso con estas restricciones.

Tratamiento

Para el tratamiento de estos pacientes, es muy importante explicarles la fisiopatología de su problema, el porqué de los síntomas y que si se siguen las medidas implementadas, debe de tener una muy buena respuesta.

Lo primero que debemos implementar son **modificaciones en el estilo de vida, dieta** y citar a los pacientes de 4 a 6 semanas después para reevaluar.

Podemos iniciar desde la primera cita con el **tratamiento farmacológico y una dieta libre de FODMAPS o en Bottom up**. Se propone que el tratamiento vaya de acuerdo al síntoma principal y también esté dirigido a la fisiopatología, en este caso generado por COVID.

En el caso de la paciente, su principal síntoma es el dolor abdominal y debido a que su problema es de tipo mixto, podemos iniciar con **antiespasmódicos** o con **neuromoduladores**.

Hay que tomar en cuenta que el neuromodulador lo tiene que tomar el paciente durante al menos tres meses, comenzando con una dosis baja de amitriptilina de 25 a 50 miligramos una vez al día y, en el caso de que el paciente refiera distensión abdominal, podemos utilizar **probióticos, rifaximina** o muchas veces considerar el uso de **laxantes**, sobre todo en aquellos pacientes que tienen estreñimiento.

En el caso de los pacientes que se quejan sobre todo de **molestias generadas por los alimentos**, como no contamos con una enzima que se llama alfa galactosidasa intestinal, existe una enzima de manera comercial que funciona como reemplazo que se llama **alfa D galactosidasa**, lo que hace esta enzima es convertir los oligosacáridos no digeribles en oligosacáridos digeribles para que el paciente a nivel proximal no tenga efecto osmótico, principalmente en el íleon terminal, y éstos a su vez, cuando lleguen a colon, no generen tanto gas.

Debido a que esta enzima no se absorbe, **no tiene farmacocinética y farmacodinamia dentro del organismo**, con lo cual se evitan efectos adversos y secundarios con este tipo de tratamientos. Por otro lado, al poder consumir todo el paciente no hace restricción alimentaria. Es importante recordar que este medicamento puede indicarse con horario o cada vez que tenga molestias.

Para comprobar el efecto de la alfa galactosidasa, se realizó un estudio en pacientes con síndrome intestino irritable de los tres subtipos, es decir, pacientes con síndrome de intestino irritable, de predominio estreñimiento, de predominio diarrea y de tipo mixto.

A los tres grupos se les dio alfa galactosidasa a una dosis de 300 U tres veces al día, o una dosis de 150 U tres veces al día y placebo. Previamente, los primeros tres días se les hizo la restricción de dieta FODMAPS y posteriormente se le reintrodujo esta dieta.

Se les dio la alfa galactosidasa a los tres días y se observó que los pacientes que recibían el tratamiento mejoraban los síntomas gastrointestinales comparados contra el placebo en donde no hubo mejoría. En aquellos pacientes que aumentaban sus síntomas, después de haber ingerido los alimentos con contenido rico en carbohidratos no digeribles, se le dio la alfa galactosidasa una dosis de 150 o 300 U comparado contra placebo y los pacientes que refirieron la alfa D Galactosidasa mejoraban en dolor abdominal, distensión, náuseas y flatulencia.

Por lo que la alfa galactosidasa sirve para los pacientes que refieren síntomas a alimentos ricos en carbohidratos no digeribles.

Conclusiones

- Es muy importante **utilizar los criterios Roma IV** para hacer el diagnóstico.
- Explicar el **mecanismo fisiopatológico post-COVID** de los pacientes que tengan algún trastorno gastro intestinal.
- Si vamos a aplicar una dieta, es necesario determinar qué tipo de alimento serán los causantes, así como el uso de medicamentos **antiespasmódicos** y fármacos como la **alfa galactosidasa en combinación con trimebutina y simeticona** cada ocho horas en el transcurso de dos meses.
- Es necesario recordar que el **tratamiento se debe de implementar por dos a tres meses** y luego de manera intermitente o reiniciar el tratamiento cuando el paciente recae.