

MUJER JOVEN CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Dra. Montserrat Rivero Tirado. Servicio Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

1. Presentación del caso

Mujer de 26 años con antecedentes de un parto por cesárea hace 3 años, con depresión post-parto, tomando ansiolíticos hasta la actualidad. Acude a consulta por un cuadro de 3 años de evolución de dolor abdominal prácticamente diario, que asocia periodos de diarrea con 5 deposiciones diarias e importante meteorismo y distensión abdominal que alterna con periodos cortos de leve estreñimiento. La diarrea no muestra productos patológicos y no la despierta por la noche. Durante estos años no ha perdido peso. En sus antecedentes familiares destaca su padre diagnosticado de cáncer de colon a los 33 años.

2. Exploración física y pruebas complementarias

Exploración física: Delgada. No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando sin masas y no doloroso a la palpación.

Aproximación diagnóstica: Se realiza perfil bioquímico completo y hemograma normales:

- Glucosa 85 mg/ml, creatinina 0,64 mg/ml, GPT 17 U/L, amilasa 94 U/L, colesterol 231 mg/dl, albúmina 4,6 g/dl, calcio 9,5 mg/dl, Na 141 mEq/L, K 4,7 mEq/L, vitamina B12 470 pg/ml, ferritina 86 ng/ml.
- Hemoglobina 14 g/dl y VSG 15 mm.
- Anticuerpos de celiaquía negativos.
- Coprocultivos y parásitos en heces negativos.
- Hormonas tiroideas normales (T4 libre 1,1 ng/dl, TSH 3,2 mIU/L).
- Proteína C reactiva < 0,1 mg/dl
- Calprotectina fecal indetectable.

Por los antecedentes familiares se realizó ileocolonoscopia que fue normal tomándose biopsias de colon derecho que no mostraron alteraciones.

3. Diagnóstico

- Con todos estos datos fue diagnosticada de **Síndrome de Intestino Irritable con predominio de diarrea SII-D**.

4. Tratamiento

Inicialmente fue tratada con loperamida para el control de la diarrea (dosis inicial de 4 mg seguida de 2 mg tras cada deposición hasta un máximo de 10 mg al día) y espasmolíticos para el control del dolor (Otilonio bromuro a dosis de 40 mg cada 8 horas). Se aconseja además restringir el consumo de alimentos productores de gas.

Con este tratamiento inicial la paciente es capaz de controlar la diarrea y el dolor abdominal, pero en la consulta de revisión a los tres meses refiere episodios de distensión abdominal con flatulencia intensa que le limitan de forma importante su calidad de vida. Se repite analítica con perfil bioquímico y hemograma que vuelven a ser normales y de nuevo la calprotectina fecal es indetectable lo que sigue apoyando nuestro diagnóstico inicial de SII.

Se insiste a la paciente en la dieta que previamente no había seguido de forma estricta, con restricción de alimentos que favorezcan la producción de gas (cebollas, apio, zanahorias, pasas, plátanos, albaricoques, ciruelas, coles de Bruselas, legumbres y bebidas carbonatadas) y se añade al tratamiento el uso de probióticos: Vivomixx® a dosis de 2 sobres al día durante dos semanas seguido de un sobre al día durante un mes.

5. Evolución

La paciente refiere mejoría de los síntomas a la semana de iniciar la dieta y probióticos permitiéndole suspender el uso de loperamida y un uso muy ocasional de espasmolítico. La distensión abdominal y la flatulencia solo se presentan si realiza transgresiones dietéticas.

En la revisión realizada en consulta a los 6 meses, la paciente describe recidivas leves de la clínica que controla con ciclos cortos de probiótico (Vivomixx® un sobre al día durante una semana).



6. Discusión

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno caracterizado por dolor abdominal de curso crónico y recidivante que se alivia tras la defecación y que se asocia a alteraciones en el hábito intestinal, sin que se evidencie un daño estructural o bioquímico que pueda justificar los síntomas. Este trastorno gastrointestinal funcional afecta entre el 5 y 20% de la población general, principalmente a mujeres jóvenes y niños¹.

En el SII no existe un marcador biológico específico, por lo que su diagnóstico ha de apoyarse en criterios basados en síntomas. Un panel internacional de expertos estableció en 1992 los criterios de Roma para el diagnóstico de los trastornos funcionales digestivos. La última versión fue revisada en 2016 (Roma IV)². En todos los casos, es condición *sine qua non* la presencia de dolor o disconfort abdominal (sin el cual no puede establecerse el diagnóstico) asociado a un cambio en la frecuencia o consistencia de las deposiciones (al menos 3 días/mes) por un período no inferior a 3 meses y un comienzo de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico. Dentro de esta categoría se reconocen 4 subtipos: SII con predominio de estreñimiento (SII-E); SII con predominio de diarrea (SII-D); SII con patrón alternante y SII con patrón indefinido.

Los pacientes con un SII-D pueden beneficiarse del empleo de antidiarreicos como la loperamida o el difenoxilato, especialmente durante los periodos de exacerbación. La participación del músculo liso en la patogénesis de los síntomas del SII ha conducido al empleo de agentes con propiedades relajantes del músculo liso con la intención de obtener alivio del dolor espasmódico que caracteriza a la enfermedad.

En las últimas décadas se han ido sumando evidencias a favor de una etiología multifactorial que podría abocar a un estado de inflamación de bajo grado, responsable, en gran medida, de las alteraciones motoras y de la sensibilidad visceral que caracterizan a este síndrome, por otro lado, determinados estados psicológicos podrían modular al alza la magnitud y percepción de los síntomas.

Recientes investigaciones sugieren que al igual que ocurre en la enfermedad inflamatoria, en el SII el sistema inmune del huésped podría responder de forma anormal (en individuos genéticamente susceptibles), a un conjunto de factores incluyendo determinados componentes de la dieta, infecciones entéricas o el propio estrés. Alteraciones en la microbiota intestinal podrían desempeñar un papel determinante al interactuar con todos estos mecanismos. Todas estas evidencias han propiciado el uso de probióticos también para el SII.

Los probióticos son bacterias vivas que poseen diversas características como son la supervivencia en el tracto gastrointestinal, la adherencia al epitelio intestinal y la modulación de la flora intestinal, inhibiendo las bacterias potencialmente patógenas y produciendo diversos efectos inmunomoduladores e inmunoestimulantes, como el estímulo para la proliferación de células inmunitarias, el aumento en la actividad de las células fagocíticas o el incremento en la producción de IgA.

En base a las revisiones sistemáticas y meta-análisis existentes al respecto, el uso de los probióticos para el alivio de los síntomas globales (mejoría de la defecación, de la hinchazón abdominal y el dolor abdominal) de los pacientes con SII es todavía incierto, existiendo tanto estudios que arrojan resultados positivos sobre su uso, así como otros que no encuentran diferencias significativas³⁻⁴. **Un reciente metaanálisis en el que se analizaron 43 ensayos y un total de 3.452 pacientes, concluyó que el uso de probióticos disminuye la persistencia de síntomas del SII en un 21%, con efectos benéficos sobre el dolor y distensión abdominales y las flatulencias.** El *Lactobacillus plantarum* DSM 9843 y combinaciones de *Bifidobacterium* y *Lactobacillus* fueron las que mostraron evidencias de grado más alto⁵.

En pacientes pediátricos varios ensayos clínicos han obtenido buenos resultados con la combinación de probióticos vivos VSL#3 (actualmente Vivomixx®) tras 5-6 meses de tratamiento⁶. Otras cepas que también han demostrado algún efecto beneficioso en el tratamiento del SII fueron el *E. Coli* DSM y el *Lactobacillus GG*⁷.

En resumen podemos afirmar que los estudios han demostrado ganancias terapéuticas al usar probióticos en comparación con placebo y existe un interés cada vez mayor en el uso de probióticos y prebióticos para el tratamiento de las SII, pero la interpretación de los ensayos hasta la fecha se ha visto obstaculizada por un diseño de ensayo subóptimo, tamaños de muestra pequeños y la amplia variedad de cepas probióticas y formulaciones que se han utilizado, por lo que el uso generalizado de probióticos en esta entidad sigue sin estar totalmente establecido.

7. Bibliografía

1. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of, and risk factors for, irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10: 712 – 21.
2. Douglas A. Drossman. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology* 2016;150:1262–1279.
3. McFarland LV, Dublin S. Meta-analysis of probiotics for the treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2008;14: 2650-61.
4. Moayyedi P, Ford AC, Talley NJ, Cremonini F, Foxx-Orenstein AE, Brandt LJ, et al. The efficacy of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Gut* 2010;59: 325–32.
5. Ford AC, Quigley EM, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR. Efficacy of Prebiotics, Probiotics, and Synbiotics in Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation: Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014;109: 1547-1561.
6. Guandalini S, Magazzu G, Cucchiara S, Gopalan S, Romano C, Canani RB et al. VSL#3 improves symptoms in children with irritable bowel syndrome: a multicentre, randomized, placebocontrolled, double-blinded, cross-over study. *JPGN* 2010; 51:24-30.
7. Sandhu BK, Paul SP. Irritable bowel syndrome in children: pathogenesis, diagnosis and evidence-based treatment. *World J Gastroenterol* 2014; 28;20: 6013-23.