
DIAGNÓSTICO

Hasta hace algún tiempo, el diagnóstico del síndrome de intestino irritable solía establecerse por exclusión de otros posibles padecimientos de manifestación clínica similar, lo que hacía que el proceso fuera prolongado y costoso para los pacientes e instituciones de salud. A partir de la aparición de los criterios de Manning se han propuesto diversos criterios clínicos con el propósito de establecer un diagnóstico positivo basado en los síntomas, con el fin de acelerar y reducir el costo del diagnóstico. En la actualidad los criterios de Roma en sus diferentes versiones gozan de la más amplia aceptación y uso y están en constante revisión, lo que ha permitido mejorar la definición de los trastornos y establecer su existencia con mayor precisión.

Diagnóstico de pacientes con síndrome de intestino irritable

Ramón Carmona-Sánchez

ANTECEDENTES

El síndrome de intestino irritable representa retos particulares en el proceso diagnóstico porque se manifiesta como un grupo inespecífico de síntomas que pueden ser comunes a otros padecimientos. Además, su alta prevalencia puede hacer que coincida con otros padecimientos frecuentes en la población general y la sobreposición con otras enfermedades es frecuente. Su carácter crónico y recurrente, la dificultad para alcanzar alivio adecuado y la personalidad ansiosa y demandante de los pacientes hacen que el médico mantenga un cierto nivel de duda acerca de si esos malestares son producto de una enfermedad funcional o pueden ser indicio de algún padecimiento grave, incluso cáncer. El diagnóstico preciso del síndrome de intestino irritable permite aliviar la incertidumbre del paciente, evitar estudios diagnósticos y cirugías innecesarios, seleccionar mejor el tratamiento y reducir sus efectos adversos.

Estudio del paciente con sospecha de síndrome de intestino irritable

El primer paso en todo paciente con sospecha de la enfermedad es hacer una cuidadosa historia clínica y una exploración física completa. Se debe tomar el tiempo y procurar un ambiente adecuado para establecer la empatía que permita explorar aspectos y rasgos psicológicos posiblemente relacionados con la enfermedad. Aunque la exploración física suele ser inespecífica, no deben omitirse aspectos relevantes, como el tacto rectal, sobre todo en pacientes con estreñimiento. Aunque no se ha evaluado ampliamente, la relación médico-paciente tiene, por sí misma, un efecto terapéutico y se ha considerado que quizá es el factor más robusto del efecto placebo en el síndrome de intestino irritable.¹

Unidad de Medicina Ambulatoria
Christus Muguerza, San Luis Potosí,
SLP, México.

Correspondencia
rcarmonas1@prodigy.net.mx

El primer paso es reconocer los datos clínicos que caracterizan al síndrome de intestino irritable y establecer el malestar predominante y motivo de la consulta. El dolor o malestar y distensión abdominal asociados con cambios en la forma de las heces y en los hábitos de evacuación, caracterizan al síndrome de intestino irritable. Además, la historia clínica permite conocer algunas características que apoyan el diagnóstico, como los hábitos de dieta y su relación con los síntomas, los antecedentes de cirugías, síndromes dolorosos asociados (migraña, lumbalgia, dispareunia, dolor pélvico crónico, disfunción de la articulación temporomandibular y disuria), rasgos de ansiedad, depresión o somatización, antecedente familiar de padecimientos digestivos similares y antecedente personal de alta demanda de servicios de salud. Si los datos clínicos obtenidos en la entrevista son comunes a la mayoría de los enfermos con síndrome de intestino irritable, la probabilidad de llegar a un diagnóstico de manera directa y no por exclusión es alta. A este grupo de síntomas con características específicas, cuidadosamente ordenados, se les conoce como *criterios diagnósticos basados en síntomas*.

El segundo paso es establecer los factores de riesgo de enfermedades graves (familiares de primer grado con cáncer de colon o enfermedad inflamatoria, tabaquismo, alcoholismo, consumo de antiinflamatorios, etc.). Al mismo tiempo se debe corroborar la ausencia de datos de alarma porque su sola presencia suele indicar la existencia de enfermedades orgánicas. Se consideran datos de alarma la pérdida de peso involuntaria y significativa (más de 10% del peso habitual en los últimos seis meses), el inicio de los síntomas después de los 50 años de edad, cualquier evidencia de pérdida de sangre o anemia, así como adenopatías y visceromegalia.

El tercer paso es seleccionar de manera individual y juiciosa los exámenes de laboratorio o gabinete que deberán realizarse para cada caso en particular. No existe un grupo de exámenes que deba efectuarse de manera sistemática en todos los casos con sospecha del síndrome de intestino irritable.

Así, el diagnóstico de síndrome de intestino irritable se establece mediante la detección de los síntomas de la enfermedad, la aplicación de criterios clínicos basados en síntomas, la ausencia de datos de alarma o factores de riesgo de enfermedades potencialmente graves y la realización de exámenes seleccionados que permitan detectar padecimientos con manifestación clínica similar (**Figura 1**).¹

El diagnóstico del síndrome de intestino irritable se basa en síntomas que se interpretan en paralelo según los criterios para el diagnóstico porque hasta ahora no hay marcadores biológicos ni exámenes paraclínicos específicos para confirmarlo.

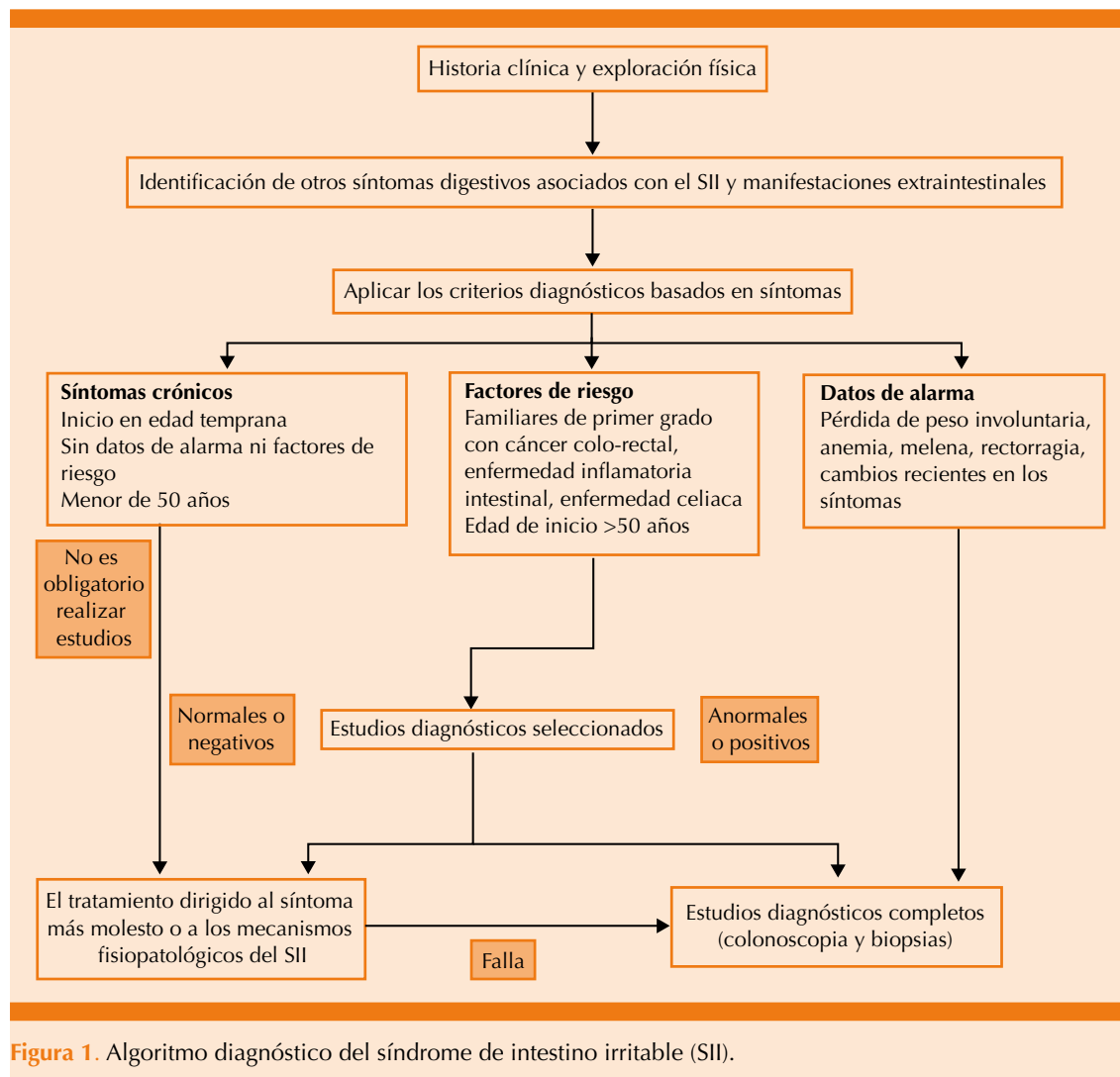


Figura 1. Algoritmo diagnóstico del síndrome de intestino irritable (SII).

Criterios clínicos basados en síntomas

Desde hace casi medio siglo, los investigadores han intentado definir la existencia del síndrome de intestino irritable con base en el reconocimiento de los datos clínicos, comunes en la mayoría de los pacientes, identificados en estudios epidemiológicos. Manning encontró cuatro síntomas frecuentes en el síndrome de intestino irritable y su combinación dio por resultado los primeros criterios clínicos, aplicados en la investigación clínica de esta enfermedad.² En el decenio de 1980 Kruis y colaboradores³ integraron la realización de exámenes clínicos básicos para establecer el diagnóstico de síndrome de intestino irritable con mayor precisión y fueron los primeros en ser ampliamente evalua-

dos para conocer su sensibilidad y especificidad en el diagnóstico del síndrome de intestino irritable.

Casi al mismo tiempo se desarrolló un consenso de expertos que trabajaron en la definición de los criterios clínicos del síndrome de intestino irritable y otros trastornos funcionales, conocidos como criterios de Roma.⁴ Estos criterios se organizaron por regiones anatómicas, lo que permitió establecer definiciones y subgrupos de los diversos trastornos funcionales que afectan al aparato digestivo, tal y como los conocemos hasta ahora. Sus clasificaciones se publicaron como criterios de Roma II en septiembre de 1999⁵ y su tercera versión apareció en 2006 como criterios de Roma III.⁶ La versión más reciente se dio a conocer en mayo de 2016 y son los criterios de Roma IV. Los criterios de Roma son elaborados, modificados y promovidos por la Fundación de Roma, una organización internacional científica con fines de investigación y educación, que promueve el conocimiento global y legitimización de los trastornos funcionales digestivos.

Los criterios de Roma en sus diferentes versiones gozan actualmente de la más amplia aceptación y uso y están en constante revisión, lo que ha permitido mejorar la definición de los trastornos y establecer su existencia con mayor precisión. Las diferentes versiones de los criterios de Roma han modificado los parámetros, como el tiempo durante el cual los enfermos deben manifestar sus malestares y el umbral de sus molestias, con el fin de incluir a mayor número de pacientes en la clasificación correspondiente. También han modificado la forma como se subclasifican, lo que ha repercutido en la manera como entendemos estas enfermedades y cómo se seleccionan los tratamientos iniciales. Otras aportaciones de las diferentes versiones de los criterios de Roma han sido la introducción de criterios diagnósticos específicos para niños y ancianos, el diseño del perfil multidimensional que permite ampliar la visión de estos trastornos y la inclusión de materiales adicionales, como la escala de Bristol, escala visual que correlaciona la forma de las evacuaciones con el tránsito colónico, lo que permite estimar de manera fácil y práctica los hábitos de evacuación de los pacientes.

La versión IV de los criterios de Roma aporta una nueva definición de los trastornos funcionales digestivos, ya que ahora se consideran “trastornos de la interacción cerebro-intestino” y los define como padecimientos caracterizados por diversas combinaciones de síntomas gastrointestinales causados en mayor o menor medida por la combinación de alteraciones de la motilidad, de la función inmunológica, de las alteraciones de la barrera intestinal, de la hipersensibilidad visceral, de las alteraciones de la microbiota intestinal y de la existencia de in-

La evolución de los distintos criterios de Roma se ha refinado al punto de aportar más elementos para entender la enfermedad y elegir el tratamiento ideal para cada paciente.

inflamación de bajo grado y del procesamiento por el sistema nervioso.⁷ Los criterios de Roma IV introducen también un cambio conceptual, al limitar el término “funcional” que por mucho tiempo ha estigmatizado a los enfermos quienes con frecuencia son encasillados con trastornos psicológicos o rasgos psiquiátricos.

Los médicos y pacientes consideran que estas enfermedades son menos legítimas al no encontrarse un defecto estructural que explique los malestares (por ejemplo, una úlcera péptica o un tumor) y ha propiciado que se minimice su importancia dejando de lado el gran deterioro de la calidad de vida que el síndrome de intestino irritable causa. Los criterios de Roma IV también reconocen el amplio espectro de la manifestación clínica de estos trastornos y la sobreposición que frecuentemente se observa en la práctica diaria. Este traslape sintomático se observa no sólo entre los subtipos de síndrome de intestino irritable, con predominio de estreñimiento, diarrea o mixto, sino también entre otros trastornos funcionales, como la dispepsia y el síndrome de intestino irritable.⁸ Asimismo, en esta versión de los criterios se introdujeron nuevas enfermedades, que si bien no son verdaderos trastornos funcionales, cumplen con la definición de ser producidas por las alteraciones de la interacción cerebro-intestino e incluyen la hiperalgesia gastrointestinal inducida por opioides, el estreñimiento inducido por opioides y la heperemesis por cannabinoides.⁹

Los criterios de Roma IV modificaron los requisitos para establecer el diagnóstico de la enfermedad: introdujeron cambios en la temporalidad y frecuencia de los síntomas.

En el síndrome de intestino irritable, Roma IV modificó los criterios diagnósticos para establecer la existencia de la enfermedad. Se introdujeron cambios en la temporalidad y frecuencia de los síntomas.⁷ En la versión previa se requería la existencia de los síntomas al menos tres días por mes, mientras que ahora se requiere al menos una vez por semana. También se eliminó el término “malestar” al hacer referencia a uno de los síntomas del síndrome y dejó solo el término “dolor”. Finalmente, se eliminó el alivio sintomático con la defecación y se dejó solo la asociación de los síntomas con la defecación. Todas estas características se hicieron con el objetivo de clasificar mejor a los enfermos con síndrome de intestino irritable (**Cuadro 1**).

Limitaciones de los criterios diagnósticos basados en síntomas

Los criterios diagnósticos permiten establecer el diagnóstico positivo del síndrome de intestino irritable en los enfermos sin datos de alarma y sin factores de riesgo, además de que ayudan a seleccionar la mejor alternativa de tratamiento inicial.¹ A pesar de su innegable utilidad, sus limitaciones son bien reconocidas. La sensibilidad y especificidad de los criterios basados en síntomas son variables y

Cuadro 1. Comparación de las diversas versiones de los criterios de Roma

Versión	Criterios de Roma
Roma I	Síntomas continuos o recurrentes de dolor abdominal que se alivia con la defecación o asociado con cambios en la frecuencia y consistencia de las heces, alteraciones en la defecación (o ambos) [dos o más de los siguientes datos]: 1. Frecuencia alterada 2. Forma alterada 3. Urgencia 4. Sensación de evacuación incompleta 5. Moco, usualmente con distensión abdominal
Roma II	Al menos 12 semanas durante los 12 meses previos de dolor o malestar abdominal con dos de los siguientes: 1. Alivio con la evacuación 2. Se asocia con cambios en la frecuencia de las evacuaciones 3. Se asocia con cambios en la consistencia de las evacuaciones Criterios de apoyo: menos de tres evacuaciones a la semana, más de tres evacuaciones al día, escíbalos, evacuaciones líquidas, pujo, urgencia, moco, tenesmo, llenura, distensión o inflamación
Roma III	Dolor o malestar abdominal recurrente al menos tres días al mes en los últimos tres meses asociados con dos o más de los siguientes: 1. Alivio con la evacuación 2. Su inicio se asocia con cambios en la frecuencia de las evacuaciones 3. Se asocia con cambios en la forma (apariencia) de las heces Los criterios deben cumplirse durante al menos tres meses, cuyos síntomas hayan iniciado al menos seis meses antes del diagnóstico
Roma IV	Dolor abdominal recurrente, al menos un día por semana en los últimos tres meses, asociado con dos o más de los siguientes criterios: 1. Relacionado con la defecación 2. Asociado con cambios en la frecuencia de las evacuaciones 3. Asociado con cambios en la forma (apariencia) de las evacuaciones Los criterios deben cumplirse durante al menos tres meses, cuyos síntomas hayan iniciado al menos seis meses antes del diagnóstico

Modificado de las referencias 4 a 7.

se calcula que 1 de cada 12 enfermos con criterios de síndrome de intestino irritable (Roma III) sin datos de alarma tienen cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal. Por el contrario, una proporción considerable de sujetos con enfermedades orgánicas cumple cabalmente con los criterios diagnósticos de síndrome de intestino irritable.¹⁰⁻¹² Otros estudios han demostrado la dificultad que los criterios tienen para diferenciar padecimientos con características clínicas similares. Tal es el caso de la sobreposición entre síndrome de intestino irritable y colitis microscópica. Se ha demostrado que 1 de cada 5 enfermos con criterios de Roma II de síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea en realidad tienen colitis microscópica.¹³ Por el contrario, más de la mitad de los enfermos con colitis microscópica cumplen criterios clínicos de síndrome de intestino irritable.¹⁴

Investigación limitada

Se ha recomendado practicar un mínimo de pruebas diagnósticas con el fin de descartar enfermedades orgánicas potencialmente graves y confirmar el síndrome de intestino irritable. Esto se conoce como “investigación limitada”. No existe un acuerdo generalizado de qué pruebas realizar y se reconoce que su uso debe ser juicioso e individualizado. Algunos estudios en los que se han efectuado exámenes de manera sistemática en todos los sujetos con criterios clínicos de síndrome de intestino irritable demostraron frecuencia elevada de resultados anormales.¹⁵ Sin embargo, la detección de estas enfermedades no descarta trastornos funcionales, no garantiza el control sintomático ni modifica el comportamiento clínico del síndrome de intestino irritable.¹⁶

No existe evidencia suficiente para recomendar la realización de un grupo estándar de pruebas diagnósticas en todos los pacientes que cumplen criterios de síndrome de intestino irritable basados en síntomas y estas pruebas deben hacerse de manera selectiva. La selección de las pruebas diagnósticas debe hacerse en forma individual considerando las características clínicas del síndrome de intestino irritable y la probabilidad de enfermedades orgánicas.⁹ Así, una biometría hemática completa, la determinación de proteína C reactiva o calprotectina fecal pueden ser útiles ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal. Los anticuerpos para detectar enfermedad celiaca son recomendables en sujetos con criterios clínicos de síndrome de intestino irritable con diarrea y en síndrome de intestino irritable con síntomas resistentes.¹

La minuciosidad y precisión de la historia clínica son decisivas para saber qué estudios deben indicarse, o si no hacen falta, antes de establecer el diagnóstico.

La colonoscopia debe practicarse en pacientes con criterios de síndrome de intestino irritable y factores de riesgo de cáncer de colon, inicio de los síntomas en etapas tardías de la vida, cambios en el patrón del hábito intestinal, sangre en heces y en todos los pacientes que no reaccionan favorablemente al tratamiento. En los pacientes con síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea resistente deben tomarse biopsias del colon, aun en ausencia de lesiones, para búsqueda intencionada de colitis microscópica.

Biomarcadores

En los últimos años ha habido un interés creciente en la búsqueda y desarrollo de biomarcadores en los trastornos funcionales digestivos, en especial en el síndrome de intestino irritable. Un biomarcador es un indicador biológico objetivo de función normal, de procesos patológicos o de respuestas farmacológicas ante una intervención terapéutica.⁹ La utilidad potencial de los biomarcadores en el síndrome

de intestino irritable se ha investigado en el diagnóstico diferencial, a través de la detección de enfermedades orgánicas (inflamatorias, infecciosas o neoplásicas) manifestadas con datos clínicos inespecíficos que sustituyan a la “investigación limitada”.¹⁷ Se han estudiado múltiples biomarcadores relacionados con el síndrome de intestino irritable. Los biomarcadores fecales de inflamación, como calprotectina, lactoferrina, entre muchos otros, así como los marcadores séricos de inflamación, como la proteína C reactiva, se han evaluado para establecer el diagnóstico diferencial del síndrome de intestino irritable con enfermedad inflamatoria intestinal, pero no excluyen otros posibles diagnósticos.¹⁷⁻¹⁹ Aun cuando ha habido progresos en el desarrollo de los biomarcadores, es muy poco probable que la identificación de un biomarcador individual explique por completo todo el conjunto de manifestaciones clínicas altamente prevalentes del síndrome de intestino irritable. Hasta este momento los biomarcadores disponibles no son superiores a los criterios basados en síntomas y, por sí solos, no permiten establecer el diagnóstico de síndrome de intestino irritable.²⁰

CONCLUSIONES

El proceso de diagnóstico en un paciente con sospecha de síndrome de intestino irritable implica retos especiales. Establecer el diagnóstico preciso del síndrome de intestino irritable permite aliviar la incertidumbre del paciente, evitar estudios diagnósticos innecesarios, seleccionar el tratamiento inicial y reducir sus efectos adversos. El diagnóstico del síndrome de intestino irritable se establece mediante la detección de criterios clínicos basados en síntomas (por ejemplo, los criterios de Roma), la ausencia de datos de alarma o factores de riesgo de enfermedades graves y mediante la realización de exámenes seleccionados de manera individual.

La sospecha de síndrome de intestino irritable es un paso decisivo; establecer el diagnóstico certero abre la posibilidad de un tratamiento eficaz.

REFERENCIAS

1. Carmona-Sánchez R, Icaza-Chávez ME, Bielsa-Fernández MV, y cols. Consenso mexicano sobre el síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex* 2016;81:149-167.
2. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978;277:653-4.
3. Kruis W, Thieme CH, Weinzierl M, Schüssler P, Holl J, Paulus W. A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology* 1984;87:1-7.
4. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology* 2016;150:1262-1279.
5. 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.
6. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.

7. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016;50:1393-1407.
8. Remes-Troche JM, editor. Síntomas gastrointestinales en México –Un estudio epidemiológico- SIGAME. 1ª ed. México: Editorial ASECOM; 2015.
9. Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil* 2017;23:151-163.
10. Ford AC, Bercik P, Morgan DG, et al. Validation of the Rome III criteria for the diagnosis of irritable bowel syndrome in secondary care. *Gastroenterology* 2013;145:1262-70.
11. Engsbro AL, Begtrup LM, Kjeldsen J, et al. Patients suspected of irritable bowel syndrome- cross-sectional study exploring the sensitivity of Rome III criteria in primary care. *Am J Gastroenterol* 2013;108:972-80.
12. Jellema P, van der Windt DA, Schellevis FG, et al. Systematic review: Accuracy of symptom-based criteria for diagnosis of irritable bowel syndrome in primary care. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30:695-706.
13. Carmona-Sánchez R, Carrera-Alvarez MA, Pérez-Aguilar RM. Prevalencia de colitis microscópica en pacientes con criterios de síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Méx* 2011;76:39-45.
14. Roth B, Ohlsson B. Gastrointestinal symptoms and psychological well-being in patients with microscopic colitis. *Scand J Gastroenterol* 2013;48:27-34.
15. Carmona-Sánchez R. El valor diagnóstico de la investigación limitada en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Méx* 2004;69:24-29.
16. Carmona-Sánchez R. La detección y tratamiento del hipotiroidismo subclínico en pacientes con síndrome de intestino irritable ¿modifica el uso de recursos de salud? *Rev Gastroenterol Méx* 2007;72:222-6.
17. Soares RL. Irritable bowel syndrome: A clinical review. *World J Gastroenterol* 2014;20:12144-60.
18. Däbritz J, Musci J, Foell D. Diagnostic utility of faecal biomarkers in patients with irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2014;20:363-75.
19. Chang MH, Chou JW, Chen SM, et al. Faecal calprotectin as a novel biomarker for differentiating between inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Mol Med Rep* 2014;10:522-6.
20. Sood R, Ford AC. Use of Biomarkers in Irritable Bowel Syndrome: To Predict the Future, Look at the Past. *Clin Transl Gastroenterol* 2015;6:e116.