

DOCUMENT DE POSICIONAMENT

Diagnòstic i Tractament de la Síndrome de l'Intestí Irritable

Agustín Balboa, Fermín Mearin, Constanza Ciriza, Silvia Delgado,
Fernando Fernández-Bañares, Miguel Mínguez, Enrique Rey i Jordi Serra



Societat
Catalana de
Digestologia



L'Acadèmia



Aquest document està basat en el *Documento de Actualización de la Guía de Práctica Clínica del Síndrome del Intestino Irritable*, editat per l'*Asociación Española de Gastroenterología* (AEG).

Per això, s'ha comptat amb l'aprovació d'ambdues Societats així com dels autors dels Documents.

Correspondència

Fermín Mearin

Servei d'Aparell Digestiu
Centre Mèdic Teknon, Barcelona
Carrer de Vilana, 12 • 08022 Barcelona

Telèfon +34 933 933 143

Fax +34 933 933 043

mearin@dr.teknon.es

Agustín Balboa¹, Fermín Mearin², Constanza Ciriza³, Silvia Delgado⁴, Fernando Fernández-Bañares⁵, Miguel Mínguez⁶, Enrique Rey⁷ i Jordi Serra⁸.

(1) Servei de l'Aparell Digestiu, Centre Mèdic Teknon, Barcelona; (2) President del Comitè de Roma de Trastorns Funcionals Digestius. Director del Servei d'Aparell Digestiu, Centre Mèdic Teknon, Barcelona; (3) Metgessa Adjunta d'Aparell Digestiu, Unitat de Motilidat Digestiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; (4) Coordinadora del Grup de Neurogastroenterología y Motilidat de l'Asociación Española de Gastroenterología (AEG). Membre de la Junta Directiva de l'AEG; (5) Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Mútua Terrassa, CIBERehd. Terrassa, Barcelona; (6) Servei de Medicina Digestiva, Hospital Clínic de València, València. Professor Titular, Universitat de València; (7) Cap de Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Professor Titular de Medicina, Universidad Complutense, Madrid; i (8) Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

1. DEFINICIÓ I CRITERIS DE DIAGNÒSTIC

La síndrome de l'intestí irritable (SII) es defineix com la presència de dolor abdominal recurrent associat a alteracions del ritme deposicional, ja sigui en forma de restrenyiment, de diarrea, o d'ambdues; la inflamació i la distensió abdominal són molt freqüents en la SII¹. Lògicament, com en qualsevol altre trastorn funcional, no ha d'existir cap malaltia orgànica, metabòlica o neurològica que pugui causar els símptomes.

D'acord als Criteris Diagnòstics de Roma IV, el SII es diagnostica per la presència de dolor abdominal recurrent que ha d'estar present almenys un dia a la setmana, amb dues o més de les següents característiques: 1. S'associa a la defecació; 2. Està relacionat amb un canvi en la freqüència de les deposicions; 3. Està relacionat amb un canvi en la consistència de les deposicions. Respecte als requeriments temporals, cal tenir en compte que els criteris han de complir-se durant els últims tres mesos i els símptomes haver començat un mínim de sis mesos abans del diagnòstic¹. Roma IV aconsella establir els subtipus del SII d'acord a la consistència de les deposicions avaluada segons l'Escala de Bristol².

2. DIAGNÒSTIC DEL SII AMB PREDOMINI DE RESTRENYIMENT (SII-R)

El diagnòstic de SII-R s'estableix mitjançant una acurada història clínica que inclou el compliment dels criteris de Roma IV¹, a més d'excloure altres malalties intestinals i extraintestinals, o de la presa de fàrmacs, que justifiquin els símptomes. Així mateix, cal avaluar si existeixen criteris d'alarma que comportin la realització específica de determinats estudis complementaris. D'altra banda, hi ha certes dades clíniques que recolzen el diagnòstic de SII com són la cronicitat dels símptomes, l'associació amb altres trastorns funcionals digestius (dispepsia funcional i símptomes de reflux gastroesofàgic), extradigestius (fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica, dolor pèlvic crònic, etc.), i certs determinants psicològics¹.

Proves de Laboratori

En absència de criteris d'alarma, un hemograma i paràmetres bioquímics com a proteïna C reactiva i VSG són suficients. La majoria de les guies clíniques consideren que el cribratge de la malaltia celíaca mitjançant serologia només resulta cost-efectiu en pacients amb símptomes de SII no associats a restrenyiment, i per tant, no es recomana de rutina en aquest subgrup de pacients³. Altres marcadors d'inflamació com la calprotectina fecal no semblen d'utilitat en pacients amb restrenyiment¹.

Colonoscòpia en SII-R

No hi ha cap evidència que suporti la utilitat de la realització de colonoscòpia en pacients amb clínica de restrenyiment sense altres símptomes d'alarma associats o altres factors de risc. No obstant això, aquesta ha de realitzar-se en pacients amb criteris de SII que tinguin símptomes d'alarma, factors de risc per a càncer de còlon, inici dels símptomes en etapes tardanes de la vida, agreujament dels símptomes i si no hi ha resposta al tractament.

Estudis funcionals en SII-R

Alguns pacients amb SII-R poden presentar algun tipus d'alteració funcional ano-rectal o de la motilitat del còlon que no responen a les mesures habituals, per la qual cosa precisen de la realització d'estudis funcionals per establir un diagnòstic específic.

3. DIAGNÒSTIC DEL SII AMB PREDOMINI DE DIARREA (SII-D)

El diagnòstic del SII-D, igual que en el SII-R, es basa en tres aspectes clau: història clínica, exploració física i un nombre limitat de proves diagnòstiques. Diverses patologies poden tenir un quadre clínic indistinguible del SII-D o de la diarrea funcional, tals com la malaltia celíaca, la colitis microscòpica, la diarrea per àcids biliars i la intolerància a la lactosa i a la fructosa⁴. Per això, es recomana realitzar les proves necessàries per descartar aquestes entitats. La proteïna C reactiva i el recompte leucocitari han d'avaluar-se en tots els pacients amb diarrea crònica. El perfil tiroïdal ha de realitzar-se si hi ha sospita clínica d'hipertiroïdisme. La serologia per a malaltia celíaca (anticossos antitransglutaminasa tissular IgA, o IgG si hi ha dèficit d'IgA) deu investigar-se en els pacients que no han millorat amb tractament empíric. Si la serologia és positiva o la sospita clínica és elevada cal considerar la realització d'una gastroscòpia amb biòpsies duodenals. En aquests pacients la realització prèvia de l'estudi genètic HLA-DQ2/8 pot ser de gran utilitat donat el seu elevat valor predictiu negatiu (>99%)⁵. Els estudis de paràsits en femta (p.ex. per descartar *Giardia lamblia*) i la calprotectina fecal (sospita de procés inflamatori) poden ser útils.

Diversos metaanàlisis indiquen que la determinació de calprotectina fecal posseeix una elevada sensibilitat i especificitat per diferenciar malaltia inflamatòria intestinal (MII) i SII⁶. La colonoscòpia està indicada quan falla el tractament empíric, quan hi ha senyals d'alarma, i en tots els pacients de 50 anys o més amb finalitat de cribratge de càncer de còlon.

En aquests casos, si la mucosa del còlon és macroscòpicament normal cal prendre biòpsies esgraonades per descartar una colitis microscòpica.

La diarrea per àcids biliars es diagnostica mitjançant el test de ⁷⁵SeHCAT. Si no es disposa d'aquest test pot realitzar-se una prova diagnòstica amb colestiramina.

La malabsorció de sucres, el sobrecreixement bacterià i la sensibilitat al gluten no celíaca també han de formar part del diagnòstic diferencial.

4. TRACTAMENT DEL SII AMB PREDOMINI DE RESTRENYIMENT (SII-R)

En els pacients amb SII-R l'avaluació individualitzada dels símptomes predominants, la comorbiditat psiquiàtrica, l'experiència amb tractaments previs i la relació dieta/símptomes és essencial per establir el tractament i la intensitat del mateix.

Relació metge-pacient

L'efecte que té la relació terapèutica que estableix el metge amb el pacient s'associa a un descens en el nombre de consultes, una disminució de la simptomatologia i un increment en la satisfacció del pacient.

Fibra

La fibra soluble ha demostrat ser beneficiosa en el SII-R fonamentalment sobre el restrenyiment però pot incrementar el dolor abdominal, la distensió i el meteorisme⁷.

Dieta

La majoria dels pacients amb SII-R considera responsable dels símptomes a elements de la dieta. Per això és important intentar identificar quins aliments o grups d'aliments poden desencadenar o incrementar els símptomes i distingir entre pacients amb criteris diagnòstics de SII a aquells que compleixen a més criteris d'intolerància/malabsorció a la lactosa, al sorbitol, a la fructosa o són sensibles al gluten no celíacs.

Els FODMAP (oligosacàrids, disacàrids, monosacàrids i poliols fermentables) constitueixen una sèrie de carbohidrats de cadena curta que són malabsorbits a l'intestí i poden produir per la seva activitat osmòtica i per la fermentació dels bacteris intestinals (excés de producció de gas) símptomes com la diarrea, la distensió i/o el dolor abdominal i el meteorisme. Alguns pacients amb SII-R, bé per malabsorció o per hipersensibilitat visceral, poden manifestar una exacerbació d'aquests símptomes i per tant una dieta restrictiva podria ser significativament beneficiosa⁸.

Diversos estudis no controlats han demostrat que els pacients amb SII milloren amb dieta restrictiva de gluten. No obstant això, la importància del gluten en el desencadenament dels símptomes s'ha qüestionat de forma evident.

Laxants

L'eficàcia dels laxants, independentment del seu mecanisme d'acció (osmòtics o estimulants) està ben documentada per al tractament del restrenyiment, no obstant això, tenen moltes limitacions per als símptomes associats en el SII atès que no milloren el dolor ni la distensió abdominal i la majoria d'ells poden incrementar-los.

Probiòtics

Sobre la base de les revisions sistemàtiques i metaanàlisis existents⁹ alguns probiòtics produeixen una millora significativa sobre la percepció global dels símptomes en pacients amb SII, i selectivament sobre el dolor, la distensió i el meteorisme.

Espasmolítics

La majoria dels espasmolítics, independentment del seu mecanisme d'acció, antagonistes de canals del calci (otilonio i pinaverium), relaxants directes del múscul llis (mebeverina) i anticolinèrgics/antimuscarínics (hioscina, cimetropium, hidroclofur de diclofemina) han demostrat ser més eficaços que el placebo en la millora del dolor i la distensió abdominal en pacients amb SII¹⁰.

Fàrmacs secretagogs. Linaclotida

La linaclotida és un agonista de la guanilatociclasa C que actua produint un augment de la secreció de bicarbonat i clor cap a la llum intestinal (incrementa el contingut intestinal, accelerant el temps de trànsit) i una disminució de la sensibilitat visceral. La linaclotida és el fàrmac d'elecció per a pacients amb SII-R en els quals la fibra soluble, els laxants i/o els espasmolítics han fracassat o quan existeix intolerància o contraindicació a qualsevol d'ells¹¹.

Antidepressius

Els antidepressius tricíclics (ADT) i els inhibidors de la recaptació de la serotonina (ISRS) milloren de forma global el dolor i la distensió abdominal, incrementant el restrenyiment els ADT. Per això, en el SII-I han d'evitar-se els ADT.



5. TRACTAMENT DEL SII AMB PREDOMINI DE DIARREA (SII-D)

Modificacions dietètiques específiques

Dieta baixa en FODMAP

L'experiència s'explica a l'apartat anterior, sent els resultats més favorables pel SII-D que pel SII-R.

Dieta lliure de gluten

L'eficàcia de la dieta sense gluten no ha estat avaluada formalment en cap assaig controlat en pacients amb SII no seleccionats. Tots els estudis realitzats avaluen de forma aleatoritzada i cega la reaparició de símptomes amb una re-exposició o no en pacients que havien millorat prèviament amb una dieta sense gluten, la qual cosa en realitat suposa el diagnòstic d'una sensibilitat al blat no celíaca i no pròpiament el tractament del SII. Per tant, no es recomana la dieta lliure de gluten en pacients amb SII amb predomini de diarrea de forma sistemàtica al no existir evidència de la seva eficàcia comparat amb altres mesures dietètiques, especialment tenint en compte les dificultats d'adherència i el cost afegit per al pacient.

Suplements de fibra i agents augmentadors *del bolo*

El mecanisme d'acció de la fibra proposat és l'increment de la massa fecal i l'absorció d'aigua, presumint-se que actua com a prebiòtic, modificant el metabolisme i la fermentació colònica. No obstant això, cap estudi ha avaluat aquests mecanismes en pacients amb SII amb predomini de diarrea. Per això, encara que hi ha evidència que la fibra soluble pot millorar globalment els símptomes del SII, no hi ha evidència específica per als pacients amb predomini de diarrea. No es recomana la utilització de fibra de forma sistemàtica en pacients amb SII amb predomini de diarrea.

Colestiramina

La malabsorció d'àcids biliars (MAB) té alta prevalença entre pacients que es presenten clínicament amb SII-D, per la qual cosa la colestiramina és un fàrmac que cal considerar en el seu tractament. Per tant, és adequat utilitzar la colestiramina com a tractament, així com alternativa diagnòstica de MAB (diagnòstic *ex juvantibus*) si no es disposa de mètodes objectius de diagnòstic (SeHCAT).

Loperamida

Encara que l'evidència és de baixa qualitat, es recomana l'ús de loperamida en pacients amb SII en els quals el símptoma predominant és la diarrea, especialment si s'associa amb urgència defecatoria i incontinència.

Espasmolítics

Tal com s'esmenta en l'apartat de SII-R els espasmolítics són eficaços per millorar globalment els símptomes i especialment el dolor abdominal.

Rifaximina

La utilització de la rifaximina es basa en la hipòtesi del sobrecreixement bacterià en el SII, però el seu mecanisme d'acció no està completament aclarit. La rifaximina és un fàrmac segur i eficaç en pacients amb SII sense restrenyiment, sent especialment útil en aquells pacients amb SII-D en els quals a més hi ha distensió abdominal.

Antidepressius

Els antidepressius, i específicament els antidepressius tricíclics, són eficaços per a la millora dels símptomes del SII-D.

Normalitzadors de la permeabilitat intestinal

L'augment de permeabilitat és un mecanisme fisiopatològic ben caracteritzat en pacients amb SII amb predomini de diarrea. Recentment ha estat autoritzada la comercialització d'un producte sanitari compost de xiloglucano, proteïna vegetal reticulada i xylooligosacaridos que actua sobre aquest mecanisme d'acció de forma mecànica. Mancant assajos clínics amb el producte final comercialitzat, és una opció terapèutica que considerar.

Eluxalodina

La eluxalodina és un fàrmac aprovat per l'EMA encara que no comercialitzat al nostre país. És una agonista mu-opioide i antagonista delta-opioide que ha demostrat ser eficaç en el tractament del SII-D tant per a la diarrea com per al dolor¹². Des del punt de vista de la seguretat, l'efecte advers més freqüent és el restrenyiment; no obstant això, l'efecte advers més limitant és la pancreatitis aguda (0,2% amb 75mg i 0,4% amb 100 mg), que contraindica la seva utilització en pacients amb antecedents de pancreatitis, colecistectomitzats o amb antecedents de consum elevat d'alcohol.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Lacy BE, Mearin F, Chang L et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1393-407.
2. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:920-4.
3. Bharucha AE, Dorn S, Lembo A, Pressman A. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology* 2013;144:211-7.
4. Fernández-Bañares F, Accarino A, Balboa A, Domènech E, Esteve M, Garcia-Planella E, et al. Chronic diarrhoea: Definition, classification and diagnosis. *Gastroenterol Hepatol* 2016;39:535-59.
5. Rubio-Tapia A, Hill ID, Kelly CP, Calderwood AH, Murray JA. American College of Gastroenterology. ACG clinical guidelines: Diagnosis and management of celiac disease. *Am J Gastroenterol* 2013;108:656-76.
6. Walsham NE, Sherwood RA. Fecal calprotectin in inflammatory bowel disease. *Clin Exp Gastroenterol* 2016;9:21-9.
7. Rao SSC, Yu S, Fedewa A. Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;41:1256-70.
8. Marsh A, Eslick EM, Eslick GD. Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr* 2016;55:897-906.
9. Ford AC, Quigley EMM, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. Efficacy of prebiotics, probiotics, and synbiotics in irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation: Systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1547-61.
10. Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Metaanalysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15:355-61.
11. Rey E, Mearin F, Alcedo J, Ciriza C, Delgado-Aros S, Freitas T, et al. Optimizing the use of linaclotide in patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome: An expert consensus report. *Adv Ther* 2017;34:587-98.
12. Lembo AJ, Lacy BE, Zuckerman MJ, Schey R, Dove LS, Andrae DA, et al. Eluxadoline for irritable bowel syndrome with diarrhea. *N Engl J Med* 2016;374:242-53.

Figura 1. Algoritme terapèutic de la síndrome de l'intestí irritable amb predomini de restrenyiment.

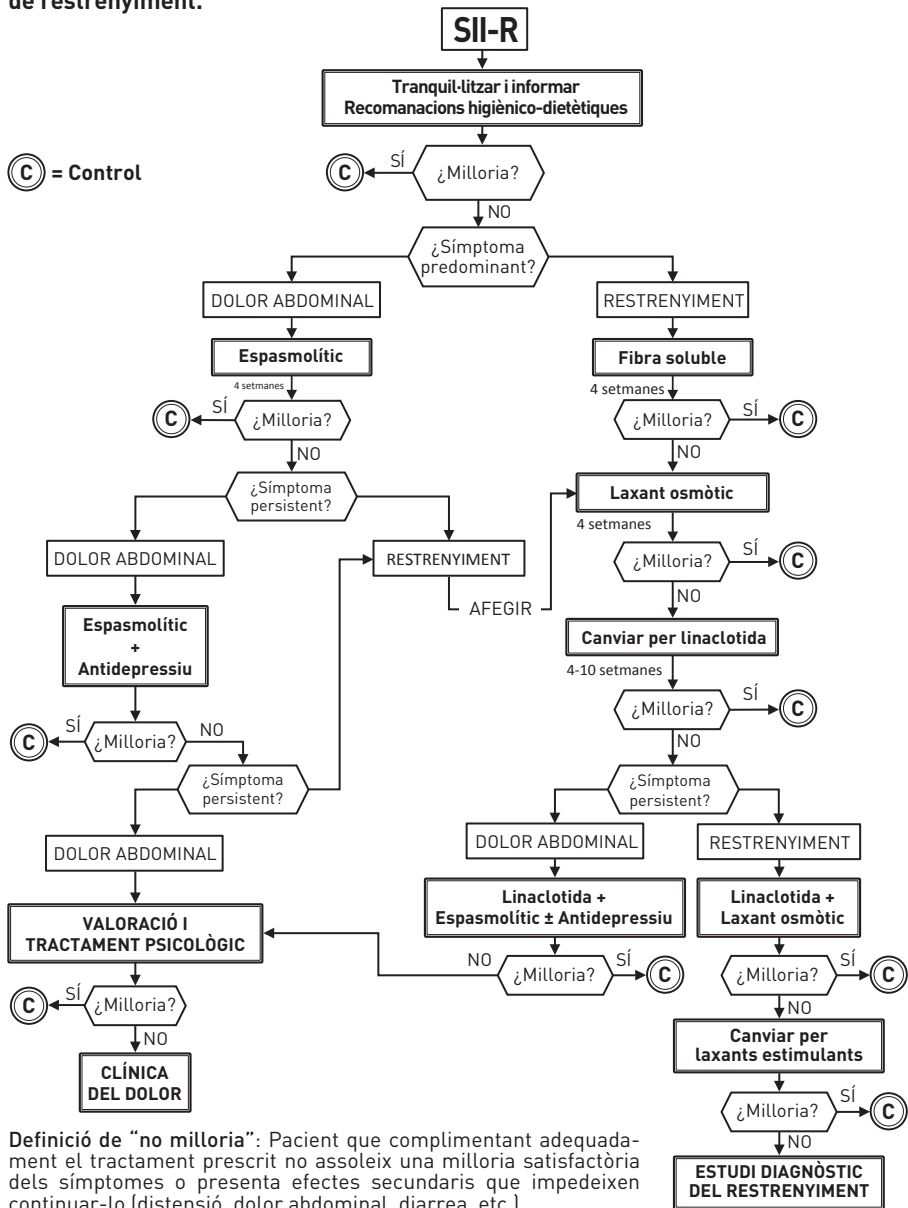
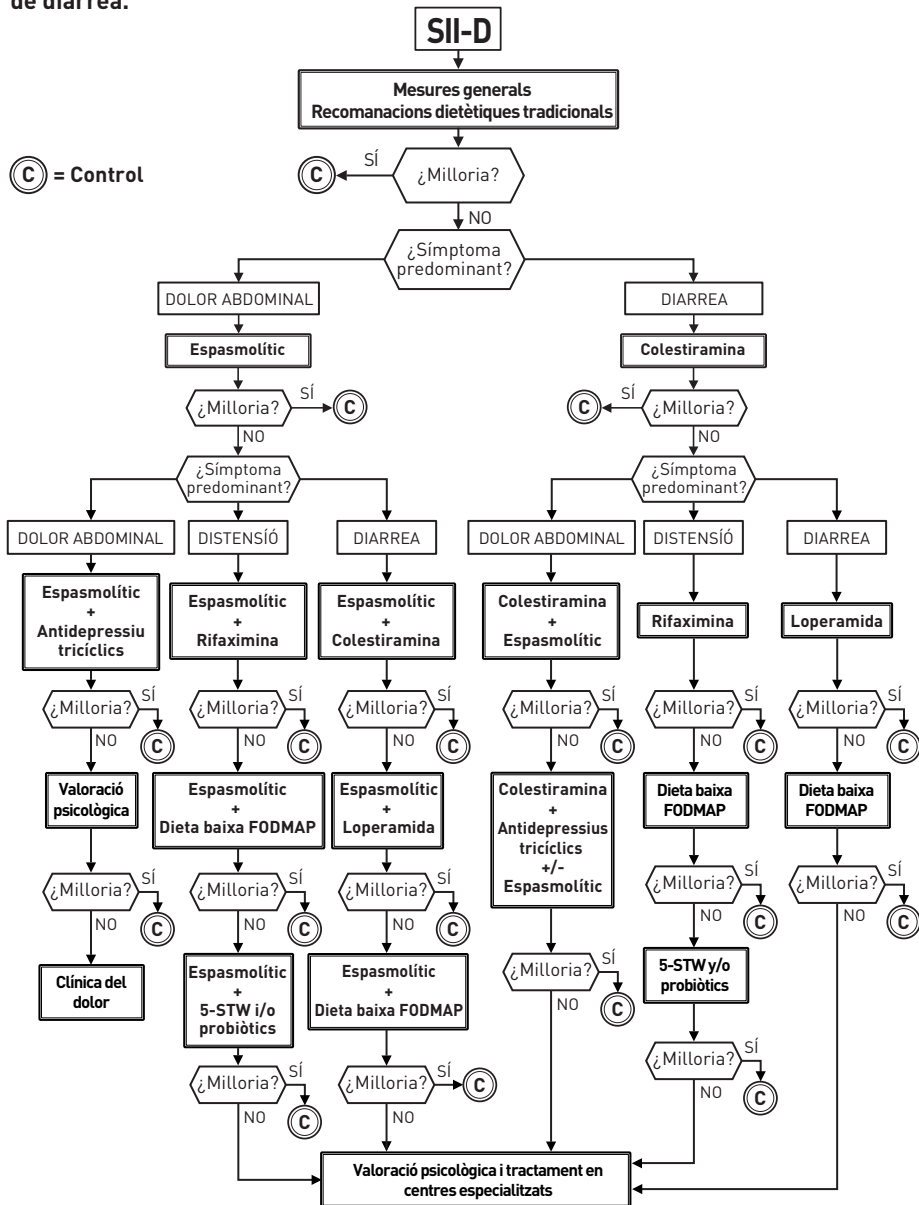


Figura 2. Algorisme terapèutic de la síndrome de l'intestí irritable amb predomini de diarrea.



Secretaria Tècnica



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS



Sr. Enric Clarella

L'Acadèmia. Departament d'Activitats i Congressos

Major de Can Caralleu, 1-7 • 08017 Barcelona

Tel. 932 031 852 • Fax 932 123 569

enricclarella@academia.cat

www.scdigestologia.org

Documents publicats



2011

Utilitat Diagnòstica del Fibroscan®
Utilitat Diagnòstica de la Càpsula Endoscòpica



2012

Tractament Triple de l'Hepatitis Crònica C, Genotip 1
Sedació a l'Endoscòpia Digestiva



2013

Maneig de l'Hemorràgia Digestiva per Hipertensió Portal
Recomanacions pel Maneig de l'Hemorràgia Digestiva Baixa Aguda



2014

Valoració i Tractament de la Pancreatitis Aguda
Recomanacions pel Maneig del Fetge Gras no Alcohòlic



2015

Recomanacions per l'Avaluació i Tractament del Pacient Cirròtic Crític
Diarrea Crònica: Definició, Classificació i Diagnòstic



2016

Hemorràgia Digestiva Alta No Deguda a Hipertensió Portal
Malalties Hepàtiques Autoimmunes



2017

Recomanacions per al Maneig de les Malalties Vasculares Hepàtiques
Actualització en el Tractament de la Infecció per *Helicobacter pylori*



2018

Maneig de la Insuficiència Hepàtica Aguda Greu
Diagnòstic i Tractament de la Síndrome de l'Intestí Irritable