

# Características clínicas del síndrome de intestino irritable en pacientes de dos centros asistenciales

## Clinical characteristics of the irritable bowel syndrome in patients from two medical centers

Franco León-Jiménez<sup>1</sup>, Fernando Cubas-Benavides<sup>2</sup>

### RESUMEN

**OBJETIVO.** Se realizó un estudio para conocer las características de los pacientes con síndrome de intestino irritable (SII). **MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con una encuesta en 77 pacientes con diagnóstico de SII, por los criterios ROMA III, en la ciudad de Chiclayo, capital del departamento de Lambayeque, en la costa norte del Perú. **RESULTADOS.** El 93,5% de pacientes fue del sexo femenino; las ocupaciones más frecuentes, los estudiantes y las amas de casa (30% y 28%, respectivamente). La media del tiempo de enfermedad fue de 62,5 meses. El lugar del dolor más frecuente fue la pelvis (18,2%), seguido del epigastrio (14,3%); el dolor cólico fue el tipo de dolor más frecuente (25,0%). La variedad de SII más frecuente fue la de constipación (47,0%). Otros trastornos asociados fueron: sueño (93,5%), lumbago crónico (79,2%), depresión mayor (50,6%), migraña (32,5%) y fibromialgia (14,3%). **CONCLUSIONES.** El dolor pélvico de tipo cólico y la constipación fueron las características principales del SII, y hubo una alta frecuencia de coexistencia de enfermedades funcionales, en especial trastornos del sueño y lumbago crónico.

**PALABRAS CLAVES.** Síndrome de intestino irritable, Estreñimiento, Dolor pélvico, Trastorno digestivo funcional.

### ABSTRACT

**OBJECTIVE.** It was carried out a study in order to determine the clinical characteristics of the irritable bowel syndrome (IBS) patients. **MATERIAL AND METHODS.** A descriptive, prospective and transversal study survey was done in 77 patients with diagnosis of IBS by ROMA III criteria, from two medical centers, in Chiclayo, capital city of the department of Lambayeque, Peruvian northern coast. **RESULTS.** 93,5% of the patients were women; the students and housewives represented the 30,0% and 28,0%; the median time of illness was 62,5 months; 18,2% had pelvic pain and epigastric pain (14,3%); colicky pain and constipation were the most frequent complaints among them. Related complaints were insomnia, chronic back pain, mayor depression, migraine and fibromyalgia were: 93,5%, 79,2%, 50,6%, 32,5% and 14,3%, respectively). **Conclusions.** Pelvic colic pain and constipation

were the most characteristics complaints among our patients of these patients, and, there was a high frequency of related complaints, mainly sleep disorders and chronic lumbago.

**KEY WORDS.** Irritable bowel syndrome, Constipation, Pelvic pain, Functional digestive disorder.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno gastrointestinal recurrente, caracterizado por dolor o malestar abdominal asociados con alteraciones de la defecación y distensión abdominal, en el que no se observa ninguna alteración morfofisiológica, metabólica ni infecciosa.<sup>(1-3)</sup> La primera descripción de la que se tiene datos es la del médico inglés William Powell, en 1812.<sup>(4)</sup>

En cuanto a la fisiopatología, esta es compleja, heterogénea y parcialmente entendida.<sup>(5)</sup> Los mecanismos más estudiados e implicados en el desarrollo son: la hipersensibilidad visceral (70% de los casos)<sup>(6)</sup>, la alteración de la motilidad gastrointestinal inferior y superior,

1. Médico internista. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo.

2. Médico gastroenterólogo. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo.



el procesamiento anormal de la información aferente sensorial a nivel cerebral, las infecciones gastrointestinales previas (6 a 17% de los casos), la asociación con enfermedades psiquiátricas y las anomalías en las señales serotoninérgicas. La serotonina regula la motilidad, secreción y sensibilidad intestinal; y, a nivel central, regula el estado del ánimo, la función sexual y el apetito.<sup>(7)</sup> Existen estudios que identifican a diferentes genes implicados en la aparición de diferentes fenotipos de SII, como polimorfismos asociados al gen que codifica al transportador de serotonina, que explicarían su asociación familiar.<sup>(8)</sup>

El SII afecta entre el 3% y el 25% de la población mundial.<sup>(9)</sup> En Perú, los estudios describen una prevalencia entre 22 y 26% en población general<sup>(9)</sup> y en pacientes hospitalizados, de 31,9%.<sup>(10)</sup> Constituye la consulta más frecuente, 38%, para el gastroenterólogo y el 12% de las consultas del médico general. Es más común que la hipertensión arterial (10%), el asma (4%) y la enfermedad coronaria (2%).<sup>(3)</sup> Es dos veces más frecuente en mujeres, en adolescentes y en adultos jóvenes. La edad de mayor prevalencia es entre la tercera y la cuarta década de la vida.<sup>(11)</sup>

Por otra parte, se sabe que de los pacientes con SII que buscan atención médica, 40 a 60%, tiene síntomas de depresión, ansiedad o ambos.<sup>(12)</sup> Según Lydiard, el 94% de los pacientes con SII tiene una patología psiquiátrica mayor.<sup>(13)</sup> Algunos estudios nacionales encontraron una prevalencia de síntomas gastrointestinales bajos de 26% y de síntomas depresivos de 29,7% en una población de nivel socioeconómico alto, y una relación significativa entre ellos.<sup>(14)</sup> Además de los síntomas colónicos, otras manifestaciones de orden sistémico descritas son: síntomas tipo reflujo gastroesofágico, urgencia urinaria, disfunción sexual, fibromialgia, dispareunia, dolor pélvico crónico, insomnio, dolores menstruales, lumbago crónico, cefalea y síndrome de fatiga crónica.<sup>(17-18)</sup> La asociación con fibromialgia está claramente demostrada en varios trabajos.<sup>(17-18)</sup>

En Estados Unidos, el SII genera 2,4 a 3,5 millones de consultas médicas al año; 2,2 millones de prescripción de medicamentos y un costo anual de 33 mil millones de dólares, de los cuales 8 mil millones son costos directos (utilización de los recursos de salud, consumo de medicamentos).<sup>(19-20)</sup> Cabe resaltar que estos pacientes son operados tres veces más de colecistectomías, dos veces más de histerectomías y apendicectomías y 50% más de cirugías de columna que los pacientes sin SII.<sup>(21)</sup>

Los primeros criterios diagnósticos fueron los de Manning, en 1978, luego surgieron los criterios de ROMA II y, finalmente, los criterios de ROMA III.<sup>(22-24)</sup> El diag-

nóstico de esta entidad es relativamente estable y solo en el 2% al 5% de pacientes se les encontrará una enfermedad orgánica durante el seguimiento.<sup>(25)</sup>

Según los criterios de ROMA III, para el diagnóstico se requiere que los síntomas se hayan originado seis meses antes del diagnóstico y que estén presentes durante los últimos tres meses. Los síntomas de alarma que harían necesario buscar organicidad son: edad mayor de 50 años, hematoquezia, diarrea persistente y nocturna, síntomas nocturnos, pérdida de peso considerable, fiebre e historia familiar de enfermedades digestivas orgánicas.<sup>(19-20)</sup>

Se conoce que la solicitud de exámenes auxiliares no permite discernir entre diagnósticos de tipo orgánico y el SII. Varias de estas pruebas 'diagnósticas' son semejantes en los pacientes con SII y en la población general, a excepción de las pruebas relacionadas con la enfermedad celiaca.<sup>(26)</sup> Las rectosigmoidoscopias, las ecografías abdominales y los estudios con bario, tan frecuentemente solicitados, no aportan nada en el diagnóstico. El hallazgo de divertículos, tan frecuente en la práctica clínica, no invalida el diagnóstico.<sup>(21)</sup>

En Chiclayo, muchos pacientes tienen síntomas no explicados por patologías orgánicas, muchos de ellos corresponden a trastornos funcionales, entre los que destacan las alteraciones del ritmo evacuatorio de origen funcional, las dispepsias funcionales tratadas como gastritis y los dolores pélvicos crónicos. Así, en un hospital local, se encontró que la frecuencia de estreñimiento fue de 58,1% en los pacientes con fibromialgia, un trastorno funcional frecuente.<sup>(27)</sup>

El objetivo de este trabajo fue describir el comportamiento clínico de los pacientes con SII.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo en el que se describe todos los pacientes con SII en un periodo determinado, el muestreo utilizado fue no probabilístico. Para tal fin, se elaboró una encuesta que, si bien no está validada en estudios anteriores, incluye las principales características epidemiológicas, clínicas y comorbilidades de los pacientes con SII. Esta se muestra en el Anexo 1.

A todo paciente que acudía al consultorio externo de medicina se le preguntó acerca de la presencia de alteraciones en el hábito intestinal (diarrea o estreñimiento) y dolor o disconfort abdominal durante los seis meses previos a la consulta (criterio ROMA III). A continuación si la respuesta era afirmativa para alguno de estos, se le sometía a los criterios de ROMA III.

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes atendidos en consultorio externo con historia de dolor abdominal y/o alteraciones del hábito intestinal que cumplan los criterios de SII según ROMA III.
- Pacientes atendidos por otra enfermedad en los que en la consulta se haga el diagnóstico simultáneo de SII.
- Pacientes con diagnóstico previo de SII, sintomáticos durante la entrevista y que acudan a la consulta por otro motivo médico.
- Que entiendan y puedan llenar la ficha de datos.
- Con edad igual o mayor de 15 años.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes de habla quechua u otro idioma diferente al español.
- Que no comprendan las preguntas del cuestionario.
- Que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes con diagnóstico previo de SII y asintomáticos al momento de la evaluación.

A todos los pacientes se les aplicó los criterios para diagnóstico de depresión del DSMIV (*Diagnosis of Mental Disorders, fourth version*), los criterios para diagnóstico de migraña de la IHS (*Internacional Headache Society*, de 1998) y los criterios de fibromialgia del Colegio Americano de Reumatología, de 1990.

Dado el tiempo limitado de la entrevista médica no se aplicó un consentimiento informado escrito; sin embargo, a cada uno de los pacientes se les explicó el motivo de la encuesta, la gratuidad de la misma, la confidencialidad de los datos y la posterior información de los resultados del estudio.

Se calcularon frecuencias para variables dicotómicas, ordinales y nominales y medias para las variables numéricas discretas. El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS versión 12.

## RESULTADOS

Cumplieron los requisitos 77 pacientes de dos centros asistenciales del distrito de Chiclayo: 40 pacientes del consultorio de medicina interna del Hospital de la Solidaridad de Chiclayo y 37 pacientes del Centro Integral de Salud de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; de setiembre de 2008 a junio de 2009.

Las mujeres fueron 72 (93,5%) y los varones, 5 (6,5%).

La distribución por edades fue la siguiente; de 15 a 45 años, 31 pacientes (40,3%); de 46 a 65 años, 17 pacientes (22,1%); mayores de 65 años, 29 pacientes (37,7%).

La media de edad fue de 40,27 años (rango: 16-83 años). Cabe mencionar que hubo 28 pacientes con edad mayor o igual a 50 años y 11 pacientes con edad mayor o igual a 65 años. Del total de pacientes mayores de 50 años, se solicitó colonoscopia completa en 13, llevándose a cabo en dos, con resultados normales.

La distribución por ocupación indicó: estudiantes, 30 (39%); ama de casa, 28 (36,4%); comerciante, 8 (10,4%); agricultor 4 (5,2%); profesor 3 (3,9%); personal de salud, 1 (1,3%); no mencionado, 2 (2,6%).

En cuanto al tiempo de enfermedad, el rango estuvo entre 6 meses (tiempo mínimo para el diagnóstico) y 40 años (paciente de 82 años con diagnóstico de SII de joven, con periodos de exacerbación frecuentes y que aún permanecía sintomática). El tiempo de enfermedad promedio fue de 62 meses. El 44,2% tuvo un tiempo de enfermedad menor de un año; 33,8%, de 1 a 5 años; 22,1%, mayor de 5 años.

En cuanto a la localización del dolor, pélvico fue en 14 (18,2%); epigástrico, 11 (14,3%); mesogástrico, 10 (13,0%); global, 8 (10,4 %); en el cuadrante superior derecho, 7 (9,1 %); en el cuadrante superior izquierdo, 5 (6,5 %); en el cuadrante inferior izquierdo, 3 (3,9 %); en el flanco derecho, 3 (3,9 %); en el flanco izquierdo, 3 (3,9 %); no descrito, 1 (1,3 %).

La intensidad del dolor abdominal fue leve en 6 (7,8%); moderado en 35 (45,5%) y severo en 33 (42,9%); no descrito en 3 (3,9%).

Según el número de días de dolor por semana, 49 pacientes (63,6%) refirieron dolor tres o menos días por semana y 22 pacientes (28,6%), dolor diario.

El tipo de dolor fue cólico en 25 (32,5%); punzante, 22 (28,6%); urente, 13 (16,9%); opresivo, 8 (10,4%); latido, 7 (9,1%); mixto, 1 (1,3%); no descrito: 1 (1,3%).

En cuanto a los subtipos de presentación del SII: con constipación, 47 (61,0%); con diarrea, 18 (23,4%); y, alternante constipación/diarrea, 12 (15,6%).

Cabe mencionar que no hubo información de algunas características; entre ellas el que el dolor abdominal descrito calme con la deposición. Este dato solo se obtuvo en 56 pacientes; y, la presencia de disquesia solo fue referido por 36 de 55 pacientes.

Los síntomas gastrointestinales y extradigestivos y la comorbilidad asociada son mostrados en la Tabla 1.

El número de médicos que con anterioridad había evaluado al total de pacientes fue de 1,3. Dos pacientes fueron evaluados antes por ocho médicos y otros dos pacientes, por 10 médicos, sin haberse diagnosticado previamente de SII.

**Tabla I.** Manifestaciones gastrointestinales y extradigestivas y comorbilidad en pacientes con síndrome de intestino irritable

	Presente		Ausente		Total
	N	%	N	%	
• Síntomas gastrointestinales					
– Tenesmo	65	86,6	10	13,4	75
– Pujo	61	80,2	15	18,8	76
– Disquesia	36	65,4	19	34,6	55
– Dolor (calma con evacuación)	45	80,3	11	19,7	56
– Mucosidad	23	30,6	52	69,4	75
– Distensión abdominal	59	83,1	12	16,9	71
– Pirosis	43	58,1	31	41,9	74
– Epigastralgia	57	78,1	16	21,9	73
– Hiporexia	26	35,6	47	64,4	73
– Eructos	31	40,8	45	59,2	76
– Flatos	42	56,0	33	34,9	75
• Síntomas extradigestivos					
– Palpitaciones	65	86,6	10	13,4	75
– Polo matutino	49	70,0	21	30,0	70
– Precordalgia	47	64,4	26	35,6	73
– Sudoración de manos	35	47,9	38	52,1	73
– Pérdida de peso	41	55,4	33	44,6	74
• Comorbilidad					
– Insomnio	72	97,3	2	2,7	74
– Migraña	25	33,3	50	66,7	75
– Depresión	39	50,6	38	49,4	77
– Lumbago	61	79,2	16	30,8	77
– Fibromialgia	11	15,3	61	84,7	72

## DISCUSIÓN

Si bien es cierto este trabajo es simple en cuanto a su metodología y con un tamaño de muestra relativamente pequeño, describe las diferentes características de los pacientes con SII.

El no haber aplicado un instrumento de medida previamente estructurado para describir a los pacientes no invalida los hallazgos ya que todos cumplieron con dos o más de los criterios de ROMA III: 1) variación en la frecuencia y/o 2) variación de la consistencia de las deposiciones asociado a 3) dolor o disconfort abdominal que calma luego de la defecación.

La edad característica de los pacientes con SII ha sido descrita entre la tercera y cuarta década.<sup>(11)</sup> En nuestro estudio, la edad promedio fue de 43 años, y el grupo más frecuente el de entre los 15 y 45 años. Se ha descrito también la presencia de este síndrome en pacientes adultos mayores (más de 65 años). En este grupo etario, obviamente, hay que te-

ner presente la posibilidad de una neoplasia como entidad de fondo, lo que hace necesario la solicitud de colonoscopia completa, como en todo paciente mayor de 50 años. Hubo 28 pacientes mayores de 50 años, de los cuales 11 fueron mayores de 65 años. La reticencia de los pacientes al estudio colonoscópico fue manifiesta, solo 2 de los 13 pacientes a los que se le solicitó el estudio se lo hicieron; ambos resultados fueron normales.

La alta preponderancia del sexo femenino puede tener dos explicaciones. En el primer centro de donde procedía la mayoría de pacientes se atiende a 3 mujeres por cada varón, por lo que hubo un sesgo de selección.<sup>(27)</sup> La otra es la ya descrita preponderancia del sexo femenino en cuanto a enfermedades funcionales.<sup>(28)</sup> El alto número de estudiantes probablemente se relaciona a que el segundo centro de incorporación de pacientes fue una universidad. Sin embargo, los estudios citan una alta prevalencia en este grupo etario. El importante número de amas de casa podría relacionarse con las características de la población atendida en el hospital.<sup>(29)</sup>

En cuanto al tiempo de enfermedad, los estudios describen promedios desde cinco años hasta trece años.<sup>(20)</sup> Hallamos un tiempo de enfermedad promedio de 5,25 años; 20 (25,97%) pacientes tuvieron tiempo de enfermedad mayor o igual a cinco años. Cuando se analiza el lugar del dolor abdominal, la literatura describe que es a predominio del cuadrante inferior izquierdo.<sup>(17)</sup> A diferencia de estas descripciones, el presente estudio halló una preponderancia del dolor en toda la pelvis. En algunas pacientes, este fue el síntoma de presentación del síndrome, por lo que muchas de ellas fueron enfocadas como dolor pélvico crónico de etiología ginecológica, como, por ejemplo, ovario poliquístico. El dolor pélvico crónico puede ser parte del síndrome o una comorbilidad ginecológica funcional.

La intensidad del dolor abdominal, la distensión abdominal y los factores psicosociales influyen en la búsqueda de ayuda médica.<sup>(30-31)</sup> Se usó una escala analógica visual para la descripción del dolor: dolor leve (intensidad 1-3), moderado (4-7) y severo (8-10). Este último se presentó en 40% de los pacientes y limitó la actividad de manera importante.

Se ha descrito que los subtipos diarrea, estreñimiento y el patrón alternante representan cada uno el 33% del total de casos.<sup>(29)</sup> En este estudio, al subtipo constipación corresponde el 61% de pacientes y al subtipo alternante, la minoría. También, se sabe que el 75% de los pacientes cambian de subtipo y, en el lapso de un año, el 29% de los pacientes pueden cambiar del subtipo diarrea al de estreñimiento y viceversa.

Se ha descrito comorbilidad del SII con síntomas de dispepsia funcional, reflujo gastroesofágico y dolor abdominal funcional; es así que la presencia de eructos, pirosis, epigastralgia, náuseas y vómitos es frecuente.<sup>(32)</sup> Muchos de nuestros pacientes habían recibido el diagnóstico de ‘gastritis’, sin endoscopia ni tamizaje de la sintomatología por los criterios de ROMA III.

Los síntomas gastrointestinales más frecuentes fueron: tenesmo rectal, pujo, distensión abdominal y epigastralgia. Poco más de la mitad de pacientes describieron que el dolor calma con la deposición y solo alrededor de 29% refirió mucosidad en las heces, síntomas frecuentemente asociados a SII.

Las enfermedades funcionales, llamadas así porque tras una exhaustiva investigación clínica y de exámenes auxiliares no se logra definir organicidad, son trastornos muy frecuentes en la práctica clínica del médico general, el internista y el gastroenterólogo. Entre los trastornos funcionales extradigestivos destacan la depresión, los síndromes de ansiedad (generalizada, trastorno de pánico, fobias), la fibromialgia, la migraña y la cefalea tensional; así como, el dolor lumbar crónico, el dolor pélvico crónico, la dismenorrea, la cistitis intersticial y los trastornos del sueño.

Una crítica al presente trabajo es no haber incluido al total de trastornos funcionales; para ello habría que realizar una investigación exhaustiva de muchas patologías, lo que es difícil dada la escasez de tiempo para su realización en el consultorio de medicina interna.

Otra crítica es no haber descrito la frecuencia de la ansiedad generalizada, la distimia y la manía. Un estudio encontró que 59,32% de los pacientes con SII cumplía criterios de distimia vs. 1,86% del grupo control sin SII.<sup>(33)</sup>

Con estas salvedades, es importante el hallazgo, según los criterios del DSMIV, de que el 50% de pacientes tuvo –o tenía al momento del diagnóstico de SII– depresión mayor. Estos hallazgos concuerdan con varios estudios en los que se sustenta que el 50% de pacientes tenían depresión, hipocondriasis o ansiedad.<sup>(12,34-36)</sup> En otro estudio se encontró que el 94% de pacientes tenía alguna alteración psiquiátrica.<sup>(13)</sup> En Perú, también se ha encontrado una prevalencia de depresión en los pacientes con SII de 37,2% y 29,7%, respectivamente.<sup>(14-15)</sup>

El nexo probable es la relación intestino-cerebro mediante las vías serotoninérgicas. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos actuarían en los receptores del hipocampo y en el sistema enterocromafín del intestino, para regular la motilidad colónica. Dado que existen

polimorfismos en los genes de los receptores de la serotonina, habría diferentes patrones de respuesta terapéutica entre los pacientes, más aún teniendo en cuenta que la teoría serotoninérgica no es la única implicada. Es importante que todo paciente con dolor abdominal y alteraciones en el ritmo evacuatorio de más de 6 meses, sea sometido a una evaluación de la esfera afectiva (depresión, ansiedad), así como de hipocondría y trastornos de somatización. Es fundamental el conocimiento de la patología mental por parte de los médicos de atención primaria. Sin embargo, se sabe que si un paciente con síntomas digestivos crónicos presenta síntomas de la esfera mental, estos no sirven para distinguir entre problema funcional y orgánico.<sup>(4,15)</sup>

La coexistencia con el dolor lumbar crónico también está ampliamente descrito.<sup>(15,37)</sup> En nuestro estudio, cerca de 80% de pacientes con SII tuvo dolor lumbar bajo más de tres meses. Los pacientes refieren ‘dolor en los riñones’ o ‘problemas de hernia’ de larga data, con ingestión crónica de antiinflamatorios, relajantes musculares e, inclusive, antibióticos sin respuesta aparente. La literatura también reporta que existe relación entre los trastornos del estado del ánimo y el dolor lumbar crónico; es decir, el lumbago crónico como ‘equivalente depresivo’.<sup>(38)</sup> El dolor lumbar puede ser, asimismo, la forma de presentación de una forma localizada de fibromialgia, inclusive con irradiación tipo ‘ciática’. En muchos pacientes, la disminución del dolor con amitriptilina apoya esta hipótesis.<sup>(39)</sup> Se cree que la regulación de la sustancia P en el asta posterior de la médula espinal es uno de los mecanismos implicados. Es evidente que debe investigarse acerca de síntomas afectivos a todo paciente con lumbago crónico.

Uno de los puntos más llamativos de este estudio fue la alta frecuencia de insomnio, inclusive en el 50% de pacientes que no cumplía criterios de depresión. El sueño más afectado es el de segunda mitad o el despertar por la madrugada, característico del paciente deprimido. El insomnio es un desorden frecuente en los pacientes ambulatorios que acuden a consultorio externo de medicina interna y puede llegar del 48% al 60% en pacientes ambulatorios.<sup>(40)</sup>

En cuanto a la fibromialgia, los estudios señalan una frecuencia de este trastorno en 20% a 50% de pacientes con SII.<sup>(42,48)</sup> Otros estudios mencionan que de los pacientes con SII, el 77% desarrollará en algún momento de su vida fibromialgia.<sup>(11)</sup> Un estudio piloto reciente mencionó que muchos de los pacientes con fibromialgia respondían al tratamiento con un agonista parcial de la 5-hidroxitriptamina, el tegaserod, fármaco utilizado



en el tratamiento del subtipo constipación del SII.<sup>(41)</sup> En realidad, ambos trastornos pertenecen a lo que se denomina síndrome sensitivo central en el que se incluyen también el síndrome de fatiga crónica, la disfunción temporomandibular, el síndrome de piernas inquietas, las disautonomías, el insomnio, el bruxismo y las desregulaciones neuroendocrinas.<sup>(42)</sup>

En cuanto a los pacientes con SII y migraña, los indicios que apoyan una fisiopatología común son varios. Por ejemplo, los niños que tienen migraña abdominal suelen tener dolor epigástrico intenso, a manera de un dolor funcional; migraña, fibromialgia y el síndrome de intestino irritable comparten la característica de tener una deficiencia endógena de cannabinoides. El cannabis está implicado en la regulación del peristaltismo abdominal, el aumento de secreciones en el lumen y el dolor, además de haberse observado su participación en la disminución en la intensidad de la cefalea y de los impulsos aferentes a la médula.<sup>(43)</sup> En un estudio llevado a cabo por el investigador en Chiclayo, se halló que 80% de los pacientes con fibromialgia tenían cefalea y 50% constipación.<sup>(29)</sup> En otro se halló que los pacientes con cefalea crónica, con y sin migraña, tenían una alta prevalencia de síntomas musculoesqueléticos.<sup>(44)</sup> Por otra parte, se ha observado que los migrañosos con vértigo responden muy bien al tratamiento con ISRS.<sup>(45)</sup>

Se sabe que 46% de los pacientes con depresión tienen migraña. A mayor severidad de la depresión más frecuentes los episodios de migraña. En gemelos de sexo femenino las dos entidades coexisten frecuentemente, sugiriendo un patrón multifactorial de herencia compartida en estas dos entidades.<sup>(46)</sup>

Todos estos datos sugieren que los pacientes con SII atendidos tuvieron de fondo un síndrome sensitivo central que encierra a todas estas entidades y que probablemente cada una de ellas sea una forma diferente de presentación del mismo problema, donde el fondo es un aumento en la amplificación central del dolor y de la sensibilidad periférica al mismo.

El número de médicos que en promedio habían evaluado previamente a los pacientes no llamó la atención; pero, dos pacientes fueron evaluados por 10 médicos antes de llegar al diagnóstico por ROMA III y otros dos por ocho médicos, datos muy llamativos.

Las debilidades del estudio fueron: 1) el uso de un cuestionario no validado anteriormente, en la revisión de la literatura no se encontró ningún cuestionario validado anteriormente para el diagnóstico de SII; 2) el tamaño pequeño de la muestra pequeño y el probable sesgo de

selección, al ser principalmente amas de casa y estudiantes universitarios; 3) realización por un solo investigador y el pobre retorno de los pacientes a la consulta para verificar los síntomas. Se requiere de un estudio con mayor número de pacientes, realización en forma multicéntrica, utilización de una ficha previamente validada e incluir la evaluación de la calidad de vida de estos pacientes.

De lo expuesto, podemos concluir que, en los pacientes con síndrome de intestino irritable atendidos en la consulta de medicina interna, el subtipo más frecuente fue constipación; que, el dolor pélvico de tipo cólico, el tenesmo rectal, el pujo y la distensión abdominal fueron los síntomas más frecuentemente encontrados; que, más de una tercera parte de los pacientes era mayor de 65 años; y, que, es frecuente la coexistencia de insomnio, lumbago, depresión mayor, migraña y fibromialgia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45(Suppl II):II43-II47.
2. León Barúa R. Definición de lo que se acepta por trastorno digestivo funcional. *Arq Gastroent* (Sao Paulo) 1980;17(3):161-166.
3. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, et al. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 2108-2131.
4. Olden KW, Drossman DA. Psychological and psychiatric aspects of gastrointestinal disease. *Med Clin North Am* 2000;84:1313-1327.
5. Otero Regino W, Gómez Zuleta M. Síndrome de intestino irritable. Diagnóstico y tratamiento farmacológico: revisión concisa. *Rev Gastroenterol Perú* 2005;25(2):189-197.
6. Barbara G, de Giorgio R, Stanghellini V, et al. New pathophysiological mechanisms in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20 (Suppl 2):1-9.
7. Talley NJ. Serotonergic neuroenteric modulators. *Lancet* 2001;358: 2061-2068.
8. Locke GR, Zinsmeister AR, Talley NJ, et al. Familial association in adults with functional gastrointestinal disorders. *Mayo Clin Proc* 2000;75:907-912.
9. Soriano Álvarez C. Intestino irritable: cuadro clínico y diagnóstico. *Diagnóstico* (Lima) 2003;42(5y6).
10. Spiller RC. Postinfectious irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003; 124: 1662-1671.
11. Mearin F, Balboa A, Badin X, et al. Irritable Bowel Syndrome subtypes according to bowel habit: revisiting the alternative subtype. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003;15:165-172.
12. De Ponti F, Tonini M. Irritable bowel syndrome: new agents targeting serotonin receptor subtypes. *Drugs* 2001; 61:317-332.
13. Cornejo C, Villareal J. Relación entre síntomas de síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados. *Rev Gastroenterol Perú* 2005;25:156-160.
14. Farthing MJG. Treatment options in irritable bowel syndrome. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004;18:773-786.
15. Camilleri M. Review article: Tegaserod. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15:277-289.
16. Ayala E, León Barúa R, Berendson R, y col. Depression and irritable bowel in a Peruvian population. Abstract. 24th International Congress of Internal Medicine 1998, Lima, Perú.
17. Lea R, Houghton LA, Calvert EL, Larder S, Gosalkorale WM, et al. Gut focused hypnotherapy normalizes disorders rectal sensitivity in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:635-642.
18. Lydiard RB. Anxiety and the irritable bowel syndrome. *Psychiatr Ann* 1992;22:612-8.

19. Frank K, Kleinman L, Rentz A, et al. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases. *Clin Ther* 2002;24:675-689.
20. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, et al. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000;119:654-660.
21. Campos HG, Villarreal MJ, Cornejo ZC, y col. Asociación entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto de Lima. *Rev Gastroenterol Perú* 2001;21(3):198-204.
22. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: A systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1910-1915.
23. Hahn BA, Yan S, Strassels S. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom. *Digestion* 1999;60:77-81.
24. Longstreth GF, Yao JF. Irritable bowel syndrome and surgery: a multivariate analysis. *Gastroenterology* 2004;126:1665-1673.
25. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel syndrome. *BMJ* 1978;2:653-4.
26. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. In: Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, Spiller RC, Talley NJ, Thompson WG and Whitehead WE (ed.). *ROME III The Functional Gastrointestinal Disorders*. 3rd. ed., Virginia USA: Degnon Associates Mc Lean, 2006, pp 1-29.
27. El-serag HB, Pilgrim P, Schoenfeld P. Systematic review: natural history of Irritable Bowel Syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:861-870.
28. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA et al AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123:2108-2131.
29. León Jiménez FE. Perfil epidemiológico y clínico de los pacientes con fibromialgia atendidos en el consultorio externo del Hospital de la Solidaridad de Chiclayo durante el mes de junio del 2008. Presentado al XX Congreso peruano de Medicina Interna, Lima, 2008.
30. Drossman DA. Do psychosocial factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome? *Am J Med* 1999;107:41-50.
31. Koloski NA, Talley NU, Boyce PM. Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and non ulcer dyspepsia: a critical review of literature on symptom and psychosocial factors. *Am J Gastroenterol* 2001;96:1340-1349.
32. Cash BD, Andrews AH, Lee DH, Smith JH, Kim CH, Saad R, et al. Yield of diagnostic testing in patients with suspected irritable bowel syndrome (IBS): A prospective, US multi-center trial. *Gastroenterology* 2006;130 (suppl 2):A-111-112.
33. Camilleri M. Management of the Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology* 2001;120:652-68.
34. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002;122:1140-1156.
35. Sykes MA, Blanchard EB, Lackner J, et al. Psychopathology in irritable bowel syndrome: support for a psychophysiological model. *J Behav Med* 2003;26:361-372.
36. Bennett EJ, Piesse C, Palmer K, et al. Functional gastrointestinal disorders: psychological, social and somatic features. *Gut* 1998;42:414-420.
37. Whorwell PJ, McCallum M, Creed F, et al. Non-colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut* 1986;27:37-40.
38. Bardhan KD, Bodemar G, Geldof H, et al. A double blind, randomized placebo-controlled dose-ranging study to evaluate the efficacy of Alosetron in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2000;14: 23-34.
39. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *NEJM* 2001;344:363-370.
40. Pacheco-Quesada GM, Rey-de-Castro-Mujica J. Insomnio en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Med Hered* 2003;14(2):63-68.
41. Reiblat T, Zamir D, Polischuck I, et al. Patients treated by Tegaserod for Irritable Bowel Syndrome with constipation showed significant improvement in Fibromyalgia symptoms. A pilot study. *Clin Rheumatol* 2009;28 (9). Published online: 26 May 2009.
42. Jacobsen S, Danneskiold-Samsøe, Lund B. Consensus document of Fibromyalgia; the Copenhagen declaration. *J Musculoske Pain* 1993;1:295-312.
43. Russo EB. Clinical endocannabinoid deficiency. Can this concept explain therapeutic effects of cannabis in migraine, fibromyalgia, Irritable Bowel Syndrome and other treatment resistant conditions? *Neuro Endocrinol Lett* 2004;25(1-2):31-9.
44. Hagen K, Einarsen C, Zawrt JA, Sveback S, Bovim G. The co-occurrence of headache and musculoskeletal symptoms amongst 51050 adults in Norway. *Eur J Neurol* 2002;9:527-533.
45. Staab JP, Ruckenstein MJ, Solomon D, Shepard NT. Serotonin reuptake inhibitors for dizziness with psychiatric symptoms. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:554-560.
46. Schur EA, Noonan C, Buchwald, D; Goldberg J, Afari N. A twin study of depression and migraine: Evidence for a shared genetic vulnerability. *Headache* 2009;49(10):1493-1502.

Correspondencia a: Dr. Franco Ernesto León Jiménez,  
fleon@usat.edu.pe

Fecha de recepción: 30-06-09.  
Fecha de aceptación: 16-07-09.