

# Trastornos funcionales intestinales

P. Biclet

*El síndrome del colon irritable agrupa diferentes trastornos dolorosos abdominales y anomalías del tránsito intestinal para los cuales no existe todavía en la actualidad un marco fisiopatológico definido. Los tratamientos, sintomáticos hasta hace poco, se han beneficiado con los trabajos recientes de investigación patogénica.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Colon irritable (síndrome); Colopatía espasmódica; Trastornos funcionales intestinales; Diarrea funcional; Estreñimiento funcional; Dispepsia

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Epidemiología. Frecuencia</b>	1
■ <b>Semiología</b>	1
Dolor abdominal	2
Distensión abdominal	2
Trastornos del tránsito	2
■ <b>Manejo diagnóstico</b>	2
Cuadros clínicos funcionales importantes	2
Patologías que hay que descartar	3
■ <b>Mecanismos fisiopatológicos</b>	4
Hipersensibilidad visceral	4
Trastornos de la motricidad	4
Papel de la flora intestinal en el síndrome del colon irritable	4
Causas psicósomáticas	4
■ <b>Tratamientos</b>	4
En presencia de estreñimiento	4
En presencia de diarrea	5
Para tratar el dolor	5
Tratamiento psicológico y prescripción de ansiolíticos	6
■ <b>Conclusión</b>	6

## ■ Introducción

El síndrome del colon irritable, llamado también colopatía espasmódica o trastornos funcionales intestinales, corresponde a un cuadro doloroso casi siempre crónico, en el cual las pruebas complementarias no demuestran, al menos en la actualidad, una patogenia identificable.

Muy frecuente, el síndrome del colon irritable obliga al médico a descartar una enfermedad con tratamiento específico. Mientras que las causas psicósomáticas eran los datos etiológicos más frecuentemente sugeridos, estudios recientes actualizan el tema poniendo de relieve el papel de las bacterias intestinales. Por lo tanto, no se descarta en los próximos años la aparición de nuevos tratamientos.

Con este tipo de pacientes que padecen trastornos que repercuten durante mucho tiempo en su vida diaria, el médico debe mantener una escucha cuidadosa sin olvidar descartar diagnósticos diferenciales con manejos específicos.

## ■ Epidemiología. Frecuencia

El desarrollo de criterios diagnósticos, llamados «criterios de Roma<sup>[1]</sup>», revisados en tres ocasiones, ha permitido estimar la prevalencia de la enfermedad. Dos encuestas realizadas en 2004 basadas en los criterios «de Roma III», «dolor abdominal recidivante al menos 3 días/mes durante al menos los últimos 3 meses, que calma con la defecación y que se acompaña de un cambio en el ritmo intestinal y en la consistencia de las heces», han ofrecido una estimación de entre el 2,5 y el 4,7% de la población general. Es una frecuencia elevada, que sin embargo, no se aproxima a las estimaciones previas, que alcanzan el 10% de la población. Esta cifra justifica realizar más estudios fisiopatológicos y terapéuticos. La población más frecuentemente afectada es la de mujeres de edades comprendidas entre 40 y 50 años.

Los cuestionarios realizados por los pacientes demuestran una importante alteración de la calidad de vida, privaciones alimentarias y trastornos sexuales.

La determinación del coste global del colon irritable ha sido objeto de recientes trabajos. El coste está representado por los gastos directos de cuidados: fundamentalmente los terapéuticos y las pruebas diagnósticas (sobre todo la colonoscopia) prescritas para descartar enfermedades que justifiquen un tratamiento específico, pero también por los gastos ligados al absentismo laboral. El total de 756 euros por paciente y año, en relación con el número de pacientes afectados, obliga a considerar al colon irritable como una de las principales afecciones crónicas a cargo del estado.

## ■ Semiología

Los síntomas referidos son dolores abdominales crónicos o de tipo cólico, asociados a distintos trastornos del tránsito intestinal:

estreñimiento, diarrea o alternancia de diarrea y estreñimiento. También se han descrito otros síntomas digestivos como la distensión abdominal y la dispepsia.

Los síntomas extradigestivos están representados por migraña, dolores dorsales o lumbares, trastornos urinarios con frecuencia dolorosos como cistalgias con orina clara.

La clínica proteiforme del colon irritable puede confundirse con la de la mayoría de las enfermedades digestivas.

## Dolor abdominal

Con frecuencia se describe como quemazón en los cuatro cuadrantes, con sensación de distensión. En ocasiones, se trata de verdaderos calambres de varias horas de duración. Es frecuente que aparezca el dolor desde la mañana, al despertarse el paciente. A veces un dolor muy intenso en la fosa ilíaca izquierda o derecha puede alcanzar el grado de intensidad de los cólicos nefríticos, lo cual obliga a descartar este diagnóstico. En un paciente no apendicetomizado, un dolor intenso en la fosa ilíaca derecha obliga a descartar la posibilidad de una apendicitis aguda. El dolor de la fosa ilíaca izquierda puede sugerir una diverticulosis complicada. Por lo general, el dolor crónico evoluciona por episodios de varias semanas de duración.

## Distensión abdominal

Es frecuente, posprandial, y en ocasiones obliga al paciente a aflojarse la ropa. Puede asociarse a expulsión de gases por el ano y a eructos. En algunos casos, es necesario realizar una radiografía simple de abdomen o una ecografía abdominal para descartar un cuadro suboclusivo.

## Trastornos del tránsito

Pueden ser de naturaleza diarreica, heces matinales fragmentadas, líquidas, acompañadas de dolor a la expulsión de tipo tenesmo o estreñimiento más o menos costoso. Casi siempre, se detecta el mismo tipo de alteración del tránsito en un mismo paciente durante mucho tiempo, pero se puede observar una alternancia de diarrea y estreñimiento.

### “ Punto importante

La existencia de dolor abdominal crónico asociado a adelgazamiento o a otros signos generales obliga a realizar:

- de entrada, una ecografía abdominal, colonoscopia y gastroscopia, estudio parasitológico de las heces y detección de anticuerpos antitransglutaminasas;
- en un segundo tiempo, tomografía computarizada (TC) abdominal y eco-Doppler de las arterias digestivas.

## ■ Manejo diagnóstico

El paciente colópata es casi siempre un enfermo crónico que visita con frecuencia a su médico<sup>[2]</sup>. A lo largo de estas consultas, la recurrencia del síntoma obliga de forma progresiva a solicitar pruebas específicas para descartar una enfermedad orgánica. No tiene sentido, por causas económicas y de seguridad sanitaria, realizar a todos los pacientes estudios endoscópicos y determinaciones biológicas específicas. La experiencia clínica es, por lo tanto, esencial para dispensar la atención médica adecuada.

La anamnesis debe ser precisa, ya que permite al médico juzgar las probabilidades de diagnósticos diferenciales, sin que pueda descartarlos por completo. Conviene, por lo tanto, sin dar detalles

al paciente, buscar síntomas clínicos sugerentes de úlcera gastroduodenal, de estenosis digestiva o de episodios suboclusivos y de parasitosis intestinales. Se debe permitir una cierta libertad al paciente para expresarse, de forma que sus palabras puedan revelar conflictos familiares o laborales, una ansiedad mórbida que origine un verdadero estado depresivo, en ocasiones reactivo. Debe buscarse la existencia de enfermedades crónicas o de duelos recientes en la familia más cercana, fuente de un verdadero estado fóbico. Se deben estudiar cuidadosamente los hábitos alimentarios: frecuencia y ambiente de las comidas, rapidez de absorción, alimentos ingeridos y análisis de las consecuencias, sobre todo para las verduras, la leche, las bebidas gaseosas y el pan. Se debe valorar la ingesta de café. De forma sistemática se deben conocer los fármacos prescritos las semanas o días previos a los trastornos: antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos responsables de alteración de la flora intestinal, biguanidas responsables de diversos trastornos. En la mujer fértil, se debe siempre buscar la existencia de manifestaciones dolorosas relacionadas con el ciclo menstrual susceptibles de sugerir una endometriosis.

Mediante la anamnesis se buscan enfermedades asociadas, viajes a zonas tropicales, antecedentes familiares de cánceres digestivos fundamentalmente cólicos y enfermedades inflamatorias digestivas.

Se deben valorar los diferentes tratamientos prescritos, las pruebas endoscópicas o de imagen efectuadas y las fechas de realización. Se deben solicitar informes al paciente con el fin de comprobar la fecha de los controles y la calidad del estudio: realización de biopsias, exploración de la última asa del intestino delgado. Se estudia la evolución de la curva ponderal en busca de un adelgazamiento, fuente de organicidad.

## Cuadros clínicos funcionales importantes

### Dolor

Los dolores crónicos incluyen todas las características del dolor; los datos de la palpación abdominal sólo son contributivos para el diagnóstico diferencial cuando se detecta una masa abdominal o un aumento del tamaño de los órganos sólidos. En el episodio doloroso, a la palpación de la fosa ilíaca izquierda se puede detectar un cordón cólico correspondiente a espasmos sigmoideos. La palpación de pequeñas masas duras en la fosa ilíaca izquierda puede corresponder a la presencia de fecalomas.

### Dispepsia

En el límite de los trastornos intestinales, en ocasiones difícil de diferenciarse clínicamente, se sitúa la dispepsia, que se caracteriza por una sensación de saciedad y náusea con frecuencia secundaria a una gastroparesia. Se asocia en ocasiones a una distensión abdominal. Una dispepsia crónica obliga a realizar una gastroscopia para descartar un reflujo duodenogástrico o una gastritis por *Helicobacter pylori*. Para algunos autores, excepto las dispepsias directamente ligadas a un trastorno del vaciado gástrico causado, por ejemplo, por una neuropatía vegetativa diabética, la dispepsia es una alteración funcional muy relacionada con la colopatía espasmódica, a la que puede preceder o que puede aparecer en un segundo tiempo.

### Estreñimiento

Las exploraciones complementarias que permiten evaluar el estreñimiento, están representadas fundamentalmente por el estudio radiológico de los marcadores radiopacos: tiempo de tránsito cólico (TTC), prueba apenas realizada en la actualidad, y manometría anorrectal (MAR), prueba necesaria ante una dificultad crónica para la defecación.

El estreñimiento se presenta en dos formas:

- el estreñimiento funcional caracterizado por la normalidad del TTC y de la MAR (o de la prueba de expulsión). Esta forma de estreñimiento se asocia con mayor frecuencia a trastornos psicológicos de naturaleza obsesiva;
- el estreñimiento distal o disquecia, caracterizado por trastornos de la evacuación rectal. En este caso, la MAR es anormal y el TTC puede ser normal o estar retardado.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465354>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465354>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)