

Diagnóstico del síndrome de intestino irritable

Evidence and Consensus – Based Practice Guidelines for the Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome. Fass R.; Longstreth G. y col.; Arch Intern Med; vol 161; sep 24; 2001

Objetivo

Revisar la evidencia científica y la opinión de los expertos para establecer una guía para el diagnóstico presuntivo del síndrome de intestino irritable (SII).

Fuentes de datos

Se utilizaron cuatro bases de datos: Medline; Healthstar, Evidence – Based Medicine y Cochrane; desde 1966 a 2000. La búsqueda se focalizó en artículos que evaluaron el rendimiento de las pruebas diagnósticas para SII. Se aceptaron aquellos que utilizaron un test de referencia objetivo (Manning; Kruiss; Rome I) y que cumplieran uno de los siguientes criterios: comparación de dos modalidades diagnósticas, distinción de SII de otra condición, evaluación de síntomas individuales para la asociación diagnóstica o datos de sensibilidad/especificidad sobre la modalidad diagnóstica.

La información fue incorporada al algoritmo cuando era respaldada por bibliografía basada en la evidencia o por un panel de expertos.

Resultados principales

Fueron identificados 13 estudios sobre la efectividad del diagnóstico de SII.

Los criterios de Manning fueron los más estudiados y se refieren a síntomas significativamente más frecuentes en pacientes con SII que en "controles" con enfermedad orgánica, presentando una sensibilidad de 65 % y una especificidad de 86 a 96%.

Los criterios de Rome tienen una sensibilidad de 65% y una especificidad de 100%, oscilando, con una muestra pequeña, su valor predictivo positivo entre 69 y 100%. Se detallan en el cuadro 1.

Cuadro 1: criterios de Rome para el diagnóstico de colon irritable.

Presencia, durante por lo menos tres meses, de dos de los siguientes criterios principales (síntomas continuos o recurrentes que incluyan):

- 1) Dolor o disconfort abdominal que se alivia con la defecación.
- 2) Cambio de consistencia en las heces.
- 3) Cambio en la frecuencia de la evacuación.

Criterios de apoyo ("supportive criteria") que sirven para categorizar la molestia predominante (ej. diarrea, constipación, distensión abdominal con dolor, etc.):

- 2) Frecuencia "alterada" de las deposiciones (más de tres por día o menos de tres por semana).
- 3) Alteración en la forma de la materia fecal (heces acintadas, tipo bolita, etc.).
- 4) Alteración en el "pasaje" de la materia fecal (urgencia o sensación de evacuación incompleta).
- 5) Presencia de moco en la materia fecal.
- 6) Meteorismo o distensión abdominal.

Cuadro 2: Síntomas de alarma

- a) pérdida de peso
- b) sangrado GI
- c) anemia
- d) fiebre
- e) síntomas nocturnos frecuentes

Mientras los criterios sintomáticos fueron validados, la utilidad de la endoscopia y otras intervenciones diagnósticas fueron controvertidas.

Conclusiones

En los pacientes con dolor y alteración de la función intestinal se recomienda el uso de estos criterios hasta que se disponga de mayor evidencia sobre nuevos métodos de diagnóstico para el SII.

Palabras claves: SII, Rome, Manning, dolor abdominal, diarrea

Fuente de financiamiento: Novartis Pharmaceuticals Corp, East Hanover, NJ

Comentario

El SII es un problema clínico muy frecuente en la consulta de atención primaria (12%) y en la del especialista (28%). En 1992 Talley y col. calcularon que cada paciente con SII consume u\$s 740 anuales en gastos de salud respecto de los u\$s 430 correspondientes a un paciente asintomático de similares características. Teniendo en cuenta las 3 millones de visitas y las 2.2 millones de prescripciones anuales sólo por esta causa, puede estimarse su impacto en los costos médicos¹.

Este trabajo hace hincapié en que no existe un estudio que determine con certeza el diagnóstico de SII y por lo tanto siguen en vigencia los conocidos criterios diagnósticos de Manning y Rome^{1,2}. En base a estos, se desarrolló un práctico algoritmo de diagnóstico y tratamiento que ayuda a determinar el momento en que debe hacerse la derivación al especialista.

En el congreso de gastroenterología llevado a cabo en Argentina en el 2002 también se sugiere el uso de los criterios de Rome y

que permiten incluir la variable "tiempo" y enfatizar para el diagnóstico el concepto de la alternancia de los síntomas².

En relación al tratamiento no hay trabajos que demuestren efectividad por lo tanto el manejo del paciente es sintomático siendo importante mantener una buena relación médico paciente.

Es importante destacar que si bien la mayoría de estos pacientes serán vistos y seguidos por médicos de atención primaria, se deben tener en cuenta la edad de comienzo del cuadro y la presencia de los llamados síntomas de alarma. El inicio de síntomas en pacientes mayores de 50 años y / o la presencia de alguno de los síntomas de alarma hace necesario considerar otros estudios de laboratorio, estudios invasivos (colon por enema y / o sigmoidoscopia) y la consulta con el especialista

Conclusión del comentador: Siguen siendo vigentes los criterios diagnósticos de Manning y Rome. En base a estos, se desarrolló un práctico algoritmo de diagnóstico y tratamiento que ayuda a determinar el momento en que debe hacerse la derivación al especialista.

Dr. Bruno Zanotti [Servicio de Gastroenterología. Hospital Aeronáutico Central]

Referencias

1. Talley N, Gabriel S, Harmsen W, y col. Medical costs in community subjects with IBS. Gastroenterology 1995; 109:1736.
2. Simposio del Síndrome de Intestino Irritable. Congreso de Gastroenterología y Endoscopia digestiva; Argentina 2002.