



Síndrome de Intestino Irritable

R B Lynn, L S Friedman: Irritable Bowel Syndrome. N Eng J Med 1993; 329 (26): 1940-5

La fisiopatogenia del Síndrome de Intestino Irritable es aún desconocida. Actualmente para considerar el diagnóstico se incluyen seis criterios (Manning); por lo menos tres de ellos deben estar presentes en forma continua o intermitente durante un período mínimo de tres meses. Los criterios son: distensión abdominal, mejoría del dolor abdominal al defecar, aumento en el número de deposiciones al día con aparición de dolor abdominal, deposiciones más blandas, y presencia de moco en la deposición y sensación de evacuación incompleta. Los pacientes aquejados por este síndrome presentan con mayor frecuencia reflujo gastroesofágico y pirosis, disfagia, sensación de llenura y dolor torácico de origen no-cardíaco.

Un 33% de la población adulta presenta manifestaciones gastrointestinales. Los síntomas compatibles con el síndrome de intestino irritable pueden estar presentes en el 10 al 20% de la población mundial adulta, con leve predominio del sexo femenino. Sin embargo, únicamente del 14 al 50% de estos pacientes buscan asistencia médica.

El síndrome de intestino irritable parece ser causado por una alteración en la motilidad del colon, ya que la mayoría de los síntomas son atribuibles a la distensión del colon. No obstante, existen estudios en los que se ha encontrado una alteración en la motilidad del intestino delgado. Recientemente se le da gran importancia también a una alteración en la sensibilidad visceral ya que en dichos pacientes se encuentra un bajo umbral para el dolor como respuesta a la distensión del intestino causada por una variación en la *compliance* intestinal. La evidencia sugiere que la fisiopatogenia del síndrome está mediada por el sistema nervioso que inerva el intestino, aunque también es posible que exista una anomalía intrínseca del músculo liso intestinal. En algunos casos existen factores psicosociales asociados que pueden influir en la calidad de los síntomas pero no son la causa de la enfermedad.

La evaluación del paciente debe ser exhaustiva e incluye una anamnesis extensa con una buena historia nutricional, medicamentosa y psicológica. El examen físico debe ser completo para descartar siempre patología orgánica. En los pacientes por encima de los 40 años se debe realizar una rectosigmoidoscopia.

El estudio y tratamiento del paciente consiste en establecer una excelente relación médico-paciente, educarlo con respecto a su enfermedad y utilizar las medidas generales y farmacológicas que en más del 60% de los casos resultarán en una mejoría de la enfermedad. Las recomendaciones iniciales deben ser de tipo nutricional y consisten en eliminar los derivados lácteos y las leguminosas altamente generadoras de gas, y la administración de un suplemento de fibra que en un 63 a 71% de los pacientes resulta en una marcada mejoría mediante un efecto placebo. Se recomienda, además, un tratamiento sintomático, y en algunos casos empírico, con diversos fármacos con resultados variables. Es fundamental en el futuro establecer el mecanismo fisiopatológico básico para ofrecer una terapia más adecuada.

Esta es una excelente y actualizada revisión del tema, que incluye 71 referencias sobre este frecuente y molesto síndrome.

Prevención del Cáncer Colorrectal Mediante Polipectomía por Colonoscopia.

S J Winawer, A G Zauber, Nah Ho M et al. N Eng J Med 1993; 329: 1977-81.

Este es un trabajo multicéntrico del Estudio Nacional del Pólipo que se basa en la hipótesis de que la polipectomía por colonoscopia reduce la incidencia de cáncer colorrectal teniendo en cuenta el concepto de que los pólipos adenomatosos son precursores del cáncer y que extirpándolos y estableciendo un seguimiento periódico, se previene el desarrollo del cáncer.

*Sección a cargo del doctor Jaime Escallón, Presidente de la Sociedad Colombiana de Cirugía.

Los objetivos del trabajo eran confirmar la hipótesis de progresión de un pólipo adenomatoso y la aparición del cáncer y, además, demostrar la efectividad de la práctica actual de seguimiento mediante la utilización de la colonoscopia y la resección de los pólipos. Un total de 1.418 pacientes ingresaron al estudio y en forma aleatoria fueron asignados a dos grupos: al primero se le practicaba una colonoscopia al año y a los 3 años; y al segundo se le practicaba la colonoscopia únicamente a los 3 años. De otro lado, se tomaron tres grupos de referencia así: una serie producto de un estudio de la Clínica Mayo con 226 pacientes a quienes se les encontró un pólipo mayor o igual a 1 cm y cuya incidencia acumulada de cáncer a 5 años fue del 4%, y a 10 años del 14%. Un segundo grupo de referencia con una serie producto de un estudio retrospectivo realizado en el Hospital San Marcos de Londres que incluyó 1.618 pacientes. Estos pacientes fueron seguidos durante 14 años y se detectaron 35 cánceres de colon, para una tasa de incidencia estandarizada de 2.1. Por último, el tercer grupo de referencia era el registro epidemiológico de población general siguiendo el programa del Instituto Nacional de Cáncer de los EEUU.

Noventa y siete por ciento de los pacientes que ingresaron al estudio fueron seguidos por un total de 8.401 personas-año y 80% de ellos volvieron para uno o más controles colonoscópicos. Fueron detectados 5 casos de cáncer colorrectal asintomático y temprano (pólipos malignos), 3 de ellos a los 3 años, 1 a los 6 años y 1 a los 7 años. No fue detectado ningún cáncer sintomático. El número de cánceres esperados con base en los estudios de referencia era de 48.3, 43.4 y 20.7, respectivamente, para una reducción en la incidencia del cáncer colorrectal del 90, 88 y 76%, respectivamente ($p < 0.001$). Este estudio concluye y refuerza el concepto de los anteriores de que la incidencia de cáncer colorrectal se reduce mediante la polipectomía por colonoscopia. Estos resultados demuestran una vez más la evidencia de la cadena de progresión adenoma-adenocarcinoma y la efectividad de la práctica actual con la búsqueda y resección de los pólipos adenomatosos del colon.