

# El Colon Irritable: una consulta frecuente en la clínica diaria

R. O. CARNOTA •

## Definición

El colon irritable, llamado también colitis mucosa, colon espástico, colon inestable y colitis de adaptación, puede definirse como un trastorno de la motilidad colónica de etiología desconocida pero relacionado con la tensión emocional y las situaciones de alarma, que condiciona la aparición de alteraciones en el ritmo intestinal, acompañadas frecuentemente de dolor abdominal. Este trastorno es muy frecuente, y se considera que lo padecen entre un 40 y un 70% de los pacientes que consultan por problemas gastroenterológicos. Desde el punto de vista de la medicina laboral constituye, después del resfrío común, la causa más importante de ausentismo.

Dada la alta incidencia de pacientes que pasan por nuestro consultorio con dicha patología, como así también la creciente utilización de dieta y fármacos específicos en su tratamiento, considero que esta actualización del tema puede resultar de interés para el médico clínico.

## Etiopatogenia

Onto y filogenéticamente, el tubo digestivo puede considerarse como una prolongación del sistema nervioso central, lo que unido a su rica inervación automática le otorga la peculiaridad de ser el blanco de toda serie de somatizaciones que simulan la presencia de una enfermedad orgánica en gran parte de los casos.

La musculatura del tracto gastrointestinal está formada por dos capas de músculo liso, una circular y otra longitudinal externa. En el colon, la capa longitudinal externa muscular se dispone en forma de tres bandas o tenias colónicas. La actividad basal consiste en movimientos lentos e irregulares, que tienden a producir la deshidratación del contenido colónico. Existen dos ritmos de frecuencia: uno lento y otro rápido. El lento es de tres ciclos por

minuto y se acompaña de baja presión. El rápido es de nueve ciclos por minuto, de alta presión, y su principal función es la propulsión. El tiempo normal de tránsito es de dos o tres días.

Hoy en día, se reconocen plenamente los trastornos en la actividad mioeléctrica y en la motilidad colónica de los pacientes afectados de colon irritable. Se han observado trastornos importantes de la función colónica al provocar tensión emocional en estos enfermos, y han aparecido también como manifestaciones corporales normales de la emoción. Las vías por las cuales se producirían tales reacciones estarían probablemente relacionadas con las porciones periféricas y central del sistema nervioso vegetativo, ya que dichos efectos pueden reproducirse con la administración de neostigmina y metacolina. Es probable también la intervención de otros mediadores químicos como la serotonina y colecistocinina, y otras hormonas digestivas del intestino.

Parece estar clara la relación entre el colon irritable y alteraciones psicológicas, e inclusive con enfermedad psiquiátrica.

## Manifestaciones Clínicas

El colon irritable se presenta con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre, en una proporción de casi dos a uno, y la mayoría de las veces en la tercera y cuarta décadas de la vida. Su evolución es crónica y recidivante, y sus manifestaciones pueden englobarse dentro de tres variedades clínicas:

- 1- Colon espástico, variedad en la que el dolor abdominal y el estreñimiento constituyen los principales síntomas.
- 2- Diarrea acuosa, indolora, con abundante moco.
- 3- Estreñimiento y diarrea alternantes.

El dolor abdominal se observa en la mayoría de los pacientes. Su localización es variable, suele

estar localizado en hipocondrio o fosa iliaca izquierda; raras veces en región periumbilical. En algunos casos suele presentarse dolor intenso a nivel del reborde costal izquierdo que se irradia hacia la zona precordial, hombro y brazo izquierdos; este cuadro se denomina "de la flexura esplénica" y se produce en los individuos en que esta flexura se encuentra en posición elevada y muy acodada.

En la mayor parte de los casos el dolor desaparece o se alivia al eliminar heces o gases, lo que hablaría de la distensión y/o contracciones espasmódicas del colon con diversos lugares.

La constipación estaría relacionada con el aumento de la actividad no propulsiva, principalmente del colon sigmoide.

La diarrea es de pequeño volumen, acuosa y a veces con moco rectal. Va acompañada de urgencias y tenesmos, comunmente durante la mañana, antes o inmediatamente después del desayuno; casi nunca se presenta durante la noche. En algunos casos puede evacuarse moco solo sin residuos fecales.

Otras manifestaciones atribuibles al colon irritable son la pesadez epigástrica postprandial, náuseas, anorexia, meteorismo que alivia con la expulsión de gases. Como toda entidad funcional, puede ir acompañada del polimorfismo sintomático que caracteriza a estas afecciones, y que se relaciona con otros síntomas característicos de estos pacientes, como cefaleas, dismenorrea, polaiquiuria, disuria. Con frecuencia suele verse asociada con ashtenia neurocirculatoria (dolor precordial, palpitaciones, respiración corta y fatiga a los pequeños esfuerzos).

A la exploración física, el paciente no impresiona como un enfermo grave; sólo es llamativo el dolor a la palpación del colon descendente. Otro hecho importante es que el peso corporal no se modifica pese a la diarrea.

### Posibilidades diagnósticas

El diagnóstico de colon irritable implica consideraciones éticas y prácticas, como la necesidad de confianza por parte del enfermo, para pedir después de un prolijo y concienzudo examen, la exclusión de patología orgánica como una poliposis, diverticulosis, enfermedad de Crohn o un cáncer. La irrupción de este cuadro en la vejez, la progresión continua de sus síntomas, la presencia nocturna de los mismos, la pérdida de peso, la fiebre, la rectorragia y la evidencia de esteatorrea, hablan en contra del colon irritable.

Un diagnóstico correcto debe basarse en tres premisas básicas: 1) reconocimiento de los signos característicos; 2) exclusión sistemática de toda otra patología que pueda ser la causa de los síntomas; y 3) confirmación en forma repetida y consciente de la teoría según la cual la presentación de los síntomas abdominales guarda relación directa con tensiones emocionales o situaciones difíciles del enfermo.

Al examen puede presentarse un colon sigmoi-

de palpable e hipersensible, y distensión y timpanismo a nivel del sector proximal. Una sistemática resumida para descartar la probable presencia de procesos orgánicos conocidos, debe incluir por lo menos: laboratorio de rutina, parasitológico de materia fecal, rectosigmoidoscopia y enema opaca. La rectosigmoidoscopia evidencia una mucosa ingurgitada, espasmo y secreción abundante de moco. En algunas ocasiones, el colon por enema puede brindar una imagen de colon izquierdo espasmódico, pero dicho dato no es patognomónico. Debe evitarse la repetición frecuente de las pruebas diagnósticas, sobre todo la enema opaca y la rectosigmoidoscopia, a menos que existan claras indicaciones para su realización.

El abuso de purgantes, las infecciones específicas del colon (como la amebiasis, shigelosis o linfogranuloma venéreo), la alergia alimenticia y por intolerancia a disacáridos específicos, en especial la lactosa, pueden simular el síndrome del colon irritable. La diferencia con la colitis ulcerosa y el carcinoma de colon debe realizarse por rectoscopia y enema de bario, preferentemente de doble contraste.

El diagnóstico diferencial con la enfermedad diverticular puede ser más difícil; ambos procesos pueden coexistir o guardar relación íntima. Havia y Manner han comprobado que el 25% de los pacientes con colon irritable desarrollan posteriormente la enfermedad diverticular, mientras que la incidencia en la población general es del 12%.

En términos generales, hay que distinguir al colon irritable de otras causas de dolor abdominal, estreñimiento y diarrea. Debe destacarse en particular el dolor de la enfermedad vesicular, que puede estar simulado por la distensión gaseosa en el ángulo hepático del colon: el dolor e hipersensibilidad de la apendicitis aguda por un ciego distendido y el síndrome de la flexura esplénica, que por su irradiación al precordio puede confundirse con angina de pecho o infarto de miocardio.

Como podemos apreciar por lo expuesto anteriormente, los síntomas de estos pacientes pueden superponerse a los de otras enfermedades más graves, por lo que debemos evaluar cuidadosamente la significación de cada proceso. De lo contrario, un carcinoma podría diagnosticarse demasiado tarde, o la extirpación de una vesícula biliar asintomática resultaría inútil para aliviar los síntomas abdominales sin relación con tales procesos.

El establecer un diagnóstico correcto sobre bases positivas depende de la interpretación correcta de la personalidad y el medio social del paciente.

### Pronóstico

Como en la mayoría de las enfermedades funcionales, el pronóstico con respecto a la curación total no es bueno, ya que son muy pocos los que llegan a ella. Sin embargo, el hecho de hacer un correcto diagnóstico y establecer un tratamiento minucioso y constante permite que gran parte de estos enfermos logren una notable mejoría clínica.

No existe relación entre colon irritable y el desarrollo posterior de carcinoma, aunque se ha puesto en evidencia, como ya se dijo, la mayor incidencia de diverticulosis en los portadores de esta colopatía funcional.

### Tratamiento

El tratamiento debe comenzar por un abordaje sensible y cuidadoso del enfermo, el reconocimiento del colon irritable como un problema clínico importante, la regularización de su función intestinal, el alivio del dolor abdominal y un enfoque psicológico adecuado. Desde el punto de vista práctico, el tratamiento se fundamenta actualmente en cuatro pilares básicos: apoyo psicológico, uso de anti-espasmódicos, dieta y ansiolíticos y/o antidepressivos. El aporte combinado de todos ellos brinda resultados muy superiores a los logrados por cada uno en forma aislada.

El tratamiento psicológico podrá realizarlo el médico clínico, conociendo en profundidad la personalidad del paciente, infundiéndole confianza acerca del carácter benigno de su dolencia y modificando en la medida de sus posibilidades los factores ambientales adversos. Es recomendable inducir al enfermo a las prácticas deportivas que requieran energía, con el objeto de disminuir su tensión emocional. Se debe derivar al psiquiatra cuando se comprueba una tensión interna y desproporcionada, si se perciben características psicóticas en su comportamiento, si se requiere manejo de psicotrópicos, si a los seis meses de tratamiento no hay mejoría, y por supuesto en cualquier momento si el paciente mismo manifiesta necesitar su ayuda.

En lo que respecta a la dieta, los últimos estudios afirman que el empleo de fibra dietética produce una evidente mejoría del cuadro funcional de estos enfermos. Se define como fibra dietética a aquella porción de alimentos vegetales que resisten a la hidrólisis por las enzimas digestivas del ser humano. La fibra dietética está principalmente formada por polisacáridos: celulosa, hemicelulosa, pectina, gomas y lignina. La fibra dietética está

disponible en todas las hortalizas: raíces, legumbres, verduras, cereales y frutas; pero el contenido más alto de fibra útil para la actividad colónica está en el salvado de trigo. Su mecanismo de acción está dado por un aumento de la velocidad del tránsito intestinal y una disminución de la actividad motora del colon claramente demostrable. Esto último se debe a su acción hidrofílica, con disminución de la consistencia de las heces y aumento de su volumen. En síntesis, es recomendable una dieta rica en residuos, completada con harina de salvado, con el objeto de normalizar el funcionamiento del colon.

El uso de antiespasmódicos no es permanente, y está relacionado con la presencia del dolor como cuadro más importante. Pueden utilizarse de 15 a 30 mg. de propantelina o 25 a 50 mg. de tridihexétilo. En los episodios de diarrea intensa deben administrarse 5 mg. de clorhidrato de difenoxilato de tres veces por día, o bien 4 a 10 mg de loperamida. Un adelanto importante en el tratamiento del colon irritable lo constituye la aparición del bromuro de pinaverio, un antiespasmódico no atropínico, musculotropo, con especificidad para el aparato digestivo. Su acción es diez veces superior a la papaverina, y se ejerce exclusivamente sobre la fibra muscular lisa por bloqueo del transporte de calcio a través de la membrana. Esto le confiere una característica que lo diferencia de los demás antiespasmódicos: la ausencia de efectos anticolinérgicos, permitiendo su administración a pacientes flaucomatosos o prostáticos. La dosis utilizada es de 50 mg tres veces por día, ingeridos durante las tres principales comidas.

De los ansiolíticos, los más utilizados son el bromazepan, en dosis de 3 a 9 mg por día, y el lorazepan, entre 1 y 5 mg diarios. En cuanto a los antidepressivos, su uso está un poco más restringido en este tipo de pacientes, pudiendo utilizarse la nortriptilina, amitriptilina, etcétera. Dentro de este tipo de fármacos, parece tener un efecto prometedor el clorhidrato de trazodone, en dosis que van de los 100 a los 300 mg/día.

### Bibliografía

- 1) Barrios Peinado C: Enfermedad diverticular del colon y síndrome del colon irritable. *Medicine*. (Barcelona) 5:72, 1985.
- 2) Pulpeiro A: Fibra dietética y colopatías. *Medicine* (Barcelona) 5:18, 1985.
- 3) Vidales JE: Enfoque psicofuncional del aparato digestivo. *Apuntes de Medicina Psicosomática* 2:6, 1985.
- 4) Loeb C: Tratado de Medicina Interna. Interamericana, México, 1976, p 1448.
- 5) Moyrand H: Acción del bromuro de pinaverio

en las colopatías funcionales. *Med Chir Digest* 10:5, 1981.

- 6) Azevedo V, de Noel B: Estudio multicéntrico del bromuro de pinaverio. *Jornal Do Médico*, 61:598, 1983.
- 7) Harvey RF, Read AE: Effect of cholecystokinin on colonic motility and symptoms in patients with the irritable bowel syndrome. *Lancet* 1:1, 1973.
- 8) Taylor I, Darby C, Hammond P, Basu P: Is there a myoelectrical abnormality in the irritable colon syndrome? *Gut* 19:391, 1978.

- 9) Snape WI, Carlson GM, Matarazzo SS, Cohen S. Evidence that abnormal myoelectrical activity produces colonic motor dysfunction in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 72:383, 1977.
- 10) Whitehead WE, Bernard TE, Schuster MM: Irritable bowel syndrome: physiological and psychological differences between diarrhea predominant and constipation predominant patients. *Dig Dis Sci* 25:404, 1980.
- 11) Young SJ, Alpers DH, Norland CC, Woodruff RA: Psychiatric illness and the irritable bowel syndrome: Practical implications for the primary physician. *Gastroenterology* 70:162, 1976.
- 12) Manning AP, Heaton KW, Harvey RF, uglow P: Wheat fiber and irritable bowel syndrome. A controlled trial. *Lancet* 2:417, 1977.
- 13) Ritchie JA, Truelove SC: Comparison of various treatments for irritable bowel syndrome. *Br Med J* 281:1317, 1980.
- 14) Habia T, Manner R: The irritable bowel syndrome. A follow-up study with special reference to the development of diverticula. *Acta Chir Scand* 137:569, 1971.
- 15) Almy TP: Experimental studies on the irritable colon. *Am J Med* 10:60, 1951.
- 16) Hislop IG: Psychological significance of the irritable colon syndrome. *Gut* 12:452, 1971.