

La prevalencia de comorbilidades en el síndrome de intestino irritable requiere enfoque clínico integral

The prevalence of comorbidities in Irritable Bowel Syndrome requires a comprehensive clinical approach

David B. Páramo-Hernández.¹ 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Páramo-Hernández D. La prevalencia de comorbilidades en el síndrome de intestino irritable requiere enfoque clínico integral. Revista. colomb. Gastroenterol. 2025;40(2):143-144.
<https://doi.org/10.22516/25007440.1397>

¹ Médico gastroenterólogo y epidemiólogo clínico. GutMédica, Instituto de salud digestiva. Editor Revista colombiana de Gastroenterología. Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: David B. Páramo Hernández.
paramo.david@gmail.com

Fecha recibido: 15/06/2025
Fecha aceptado: 16/06/2025

Dentro de los trastornos funcionales digestivos, conocidos ahora como *trastornos de la interacción cerebro-intestino*, el síndrome de intestino irritable (SII) es la condición más prevalente a nivel global; se estima entre un 10% y un 15%, con variaciones regionales significativas⁽¹⁾. Según un estudio global realizado por medio de la recolección de datos por internet en 24 países y entrevistas personales en 7 países, se reportó una prevalencia en Colombia de 4,3% usando los criterios diagnósticos de Roma IV en la población adulta⁽²⁾. El estudio de los doctores Saade y Roselli⁽³⁾ estima una prevalencia en la población general de 2,7% en Colombia en el periodo comprendido de 2018 a 2022. Estos dos estimativos de prevalencia son relativamente bajos para lo observado comúnmente en la práctica clínica, pero que probablemente están influenciados porque los registros de diagnóstico del Ministerio de Salud solo toman a los pacientes que acceden a consulta médica, o también por los temas de subregistro o subdiagnóstico, o porque no se trata del diagnóstico principal. Igualmente, como se trata de una encuesta por internet y tiene criterios diagnósticos más restrictivos, como los usados por Roma IV, aunque podrían mejorar la sensibilidad, también podrían significar sesgos de selección importantes.

Los hallazgos del estudio de Saade y Roselli⁽³⁾ son una evidencia más de la realidad que constituye el eje cerebro-intestino, que es el sistema de comunicación neurohumoral bidireccional entre el cerebro y el intestino, el cual envía señales continuamente sobre la condición homeostática o fisiológica o patológica del sistema digestivo al cerebro a través de nervios aferentes (espinal y vagal) y humoral del sistema nervioso entérico o “cerebro intestinal”^(2,4,5). La respuesta eferente luego del procesamiento central, en particular por la ínsula, la amígdala y la corteza cerebral del cíngulo anterior perigenual (áreas que simultáneamente procesan la sensibilidad visceral, como también nuestra respuesta a las emociones) se dirige por proyecciones descendentes de los núcleos del tronco encefálico hasta la médula ventral rostral lateral, al asta dorsal de la médula espinal, que modula la transmisión de dolor aferente a nivel de la primera sinapsis^(2,4,5). Es importante señalar que estas proyecciones son principalmente de naturaleza opioide, noradrenérgica y serotoninérgica, hecho de implicaciones terapéuticas significativas^(2,4,5).

Dentro de un modelo de concepción biopsicosocial, se cuenta con suficiente evidencia sobre el aporte de componentes genéticos, epigenéticos y culturales. Se han propuesto como los de mayor peso los eventos estresantes de la vida (incluidos abusos sexuales, maltratos físicos y abuso emocional, en particular en la infancia), en comparación con los controles⁽⁶⁾. Y precisamente por la condición bidireccional del eje cerebro-intestino, los pacientes con SII informan una mayor prevalencia de este tipo de eventos



adversos y, en general, dicha historia está relacionada con trastornos de ansiedad y depresión y una mayor gravedad de los trastornos funcionales gastrointestinales (TFGI) con peores desenlaces, con estrés clínico y afectación del funcionamiento diario y su calidad de vida^(2,4,5).

Entre las comorbilidades más frecuentes destacan los trastornos del afecto, en particular, la ansiedad y la depresión. Revisiones sistemáticas indican que entre el 40% y el 60% de los pacientes con SII presentan síntomas psiquiátricos clínicamente relevantes⁽⁷⁾. Además, el SII suele coexistir con otras condiciones de dolor crónico funcional, tales como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la dispepsia funcional y la migraña⁽⁸⁾.

La presencia de estas comorbilidades implica un aumento de la utilización de servicios de salud, un incremento de los costos directos e indirectos en salud, una mayor carga sintomática y un impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes⁽⁹⁾. Asimismo, se ha observado que los individuos con SII y comorbilidades tienden a presentar una

menor respuesta a las terapias convencionales, incluidos los agentes antiespasmódicos, antidiarreicos o laxantes⁽⁹⁾. Esto subraya la necesidad de implementar estrategias de tratamiento multimodales e integrales, que incluyan intervenciones psicológicas (como la terapia cognitivo-conductual o la hipnoterapia)⁽¹⁰⁾, modificaciones en el estilo de vida y, en algunos casos, psicofármacos, en este caso llamados *neuromoduladores*⁽⁵⁾.

El manejo del SII debe adoptar un enfoque interdisciplinario, integral e individualizado que contemple tanto el manejo de los síntomas intestinales como las condiciones comórbidas. Identificar estos trastornos asociados no solo mejora el diagnóstico diferencial, sino que también permite optimizar el tratamiento, reducir la cronicidad y mejorar el pronóstico del paciente. El reconocimiento de la prevalencia elevada de comorbilidades en el SII plantea un reto clínico importante, pero también representa una oportunidad para transformar el paradigma de atención desde un enfoque puramente digestivo hacia uno biopsicosocial más amplio y eficaz^(11,12).

REFERENCIAS

1. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation global study. *Gastroenterology*. 2021;160(1):99-114.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>
2. Páramo Hernández DB, Pineda Ovalle LF, Moya Valenzuela LM, Concha Mejía A. Trastornos de la interacción cerebro-intestino (trastornos funcionales digestivos), racionalidad para el uso de la neuromodulación. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2023;38(2):180-7. <https://doi.org/10.22516/25007440.997>
3. Saade Cleves N, Rosselli D. Comorbilidades del síndrome de intestino irritable en Colombia: análisis de datos del Ministerio de Salud. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2025;40(2):145-152. <https://doi.org/10.22516/25007440.1289>
4. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1257-61. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.035>
5. Drossman DA, Tack J, Ford AC, Szigethy E, Törnblom H, van Oudenhove L. Neuromodulators for Functional Gastrointestinal Disorders (Disorders of Gut-Brain Interaction): A Rome Foundation Working Team Report. *Gastroenterology*. 2018;154(4):1140-1171.e1. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.11.279>
6. Drossman DA. Abuse, trauma, and GI illness: is there a link? *Am J Gastroenterol*. 2011;106(1):14-25. <https://doi.org/10.1038/ajg.2010.453>
7. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Zamani V. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019;50(2):132-143. <https://doi.org/10.1111/apt.15325>
8. Arendt-Nielsen L, Morlion B, Perrot S, Dahan A, Dickenson A, Kress HG, et al. Assessment and manifestation of central sensitisation across different chronic pain conditions. *Eur J Pain*. 2018;22(2):216-241. <https://doi.org/10.1002/ejp.1140>
9. Black CJ, Ford AC. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17(8):473-486. <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0286-8>
10. Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, Quigley EMM, Moayyedi P, Ford AC. Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. 2020;69(8):1441-1451. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321191>
11. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, Chey WD, Keefer LA, Long MD, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(1):17-44. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001036>
12. Vasant DH, Paine PA, Black CJ, Houghton LA, Everitt HA, Corsetti M, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut*. 2021;70(7):1214-1240. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-324598>