

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: UNA REVISIÓN NARRATIVA SOBRE PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

AUTORES: DANIELA GISELLE CANSECO MEDINA, BLANCA ABIGAIL HERNANDEZ ALCÁNTARA, MARCELA HERNÁNDEZ RODRIGUEZ, ESTEFANNY GUADALUPE MENDIOLA RODRIGUEZ

ESCUELA DE MEDICINA, DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD.
UNIVERSIDAD ANAHUAC QUERETARO.

Abstract

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno de la interacción intestino-cerebro caracterizado por dolor abdominal recurrente y alteraciones en los hábitos intestinales, en ausencia de una causa orgánica identificable. Su prevalencia varía de manera significativa según los criterios diagnósticos utilizados: Roma III identifica hasta tres veces más casos que Roma IV debido a diferencias en la definición y la exigencia del componente dolor, generando discrepancias epidemiológicas relevantes a nivel mundial y en México.

La fisiopatología del SII es multifactorial e involucra hipersensibilidad visceral, disbiosis, inflamación de bajo grado, alteraciones inmunológicas y disfunción en la señalización intestino-cerebro, procesos modulados por factores psicosociales como ansiedad, depresión y estrés.

El diagnóstico se basa en la sintomatología clínica mediante criterios de Roma y continúa siendo uno de exclusión, requiriéndose descartar enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones, neoplasias y otros trastornos orgánicos mediante una evaluación dirigida. El manejo óptimo es multidisciplinario e incluye intervenciones dietéticas, terapia psicológica y tratamiento farmacológico específico según el subtipo, con opciones como antiespasmódicos, moduladores serotoninérgicos, laxantes osmóticos, antidiarreicos, secretagogos, neuromoduladores centrales, probióticos y antibióticos no absorbibles.

Este abordaje integral permite reducir la carga sintomática, mejorar la calidad de vida y optimizar el control a largo plazo en una condición crónica, fluctuante y altamente heterogénea.

Introducción

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno intestinal funcional caracterizado por malestar, dolor, distensión abdominal, y alteración en la frecuencia y/o consistencia de las evacuaciones. (1) Se ha demostrado que existe una alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas como ansiedad y trastornos del estado de ánimo. (2)

Recientemente, se ha reconocido como un trastorno benigno de la interacción intestino-cerebro (DGBI, por sus siglas en inglés), a pesar de ser tradicionalmente considerado como un trastorno funcional del intestino. Esta nueva conceptualización fue consecuencia de nuevos descubrimientos fisiopatológicos como la hipersensibilización visceral, la disbiosis y la señalización intestino-cerebro. (8)

En el mundo la prevalencia es del 4.1% en adultos utilizando los criterios Roma IV y 10.1% de adultos utilizando los criterios Roma III. (3) En México la incidencia es desconocida y la prevalencia varía del 4.4% utilizando los criterios de Roma IV al 35% utilizando los criterios de Roma III, se estima que tiene mayor prevalencia en jóvenes y mujeres. (1)

A pesar de ser un trastorno benigno, el SII afecta la calidad de vida y productividad de

quienes lo padecen, se asocia a mayores casos de somatisación y comorbilidades psicológicas como la depresión y el suicidio. (4) La severidad de los síntomas aumenta a la par del incremento en las comorbilidades psicosociales. (14)

Fisiopatología

Los criterios de Roma IV redefinieron el SII como un trastorno de la interacción intestino-cerebro, ya que se encuentra alterada de manera bidireccional. (11). El modelo biopsicosocial plantea una predisposición genética que explica el dolor abdominal y alteraciones en los hábitos intestinales, en este modelo eventos adversos en la edad temprana, factores psicosociales e infecciones gastrointestinales provocan alteraciones en el sistema nervioso entérico, el cual se encarga de controlar respuestas gastrointestinales motoras, sensoriales, en la barrera mucosa y secretoras. (5)

El sistema nervioso autónomo se encarga de mediar la comunicación entre el intestino y el cerebro, en el SII la actividad parasimpática disminuye y existe un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático. Los síntomas son generados por señales interoceptivas del intestino y memorias de dichas señales, las cuales son moduladas por factores emocionales, cognitivos y motivacionales. La activación alterada de regiones encargadas de dichos procesos provoca estímulos viscerales y somáticos, consistentes con hipersensibilidad visceral, hipervigilancia y ansiedad relacionada con los síntomas. (11)

La prevalencia de síntomas relacionados con la ansiedad en pacientes con SII es de 29.1% y la prevalencia de síntomas depresivos es de 28.8% aproximadamente. El estrés se ha relacionado como un síntoma causal y agravante del SII. (12)

En pacientes con SII se ha observado alteraciones en el sistema inmune en las citocinas, activación de células inmunes y

TABLA 3
 Criterios diagnósticos de Roma III del síndrome del intestino irritable

Dolor o molestia* abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses relacionado con 2 o más de los siguientes: Mejoría con la defecación Comienzo coincidente con un cambio en la frecuencia de las deposiciones Comienzo coincidente con un cambio en la consistencia de las deposiciones

* Como molestia se entiende una sensación desagradable que no se describe como dolor. En los estudios fisiopatológicos y en los ensayos clínicos, la frecuencia de dolor o molestia abdominal debe ser de al menos 2 días por semana durante el período de inclusión. Los criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas, haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.
 Tabla 1. Criterios de Roma III para el síndrome de intestino irritable.
 Adaptado de Drossman et al., 2006.

aumento en la permeabilidad de la membrana gastrointestinal, así como niveles elevados del factor de necrosis tumoral alfa (13). Puede observarse inflamación de bajo grado en la mucosa intestinal debido a una barrera epitelial disfuncional, disbiosis, niveles de estrés alterados, o gastroenteritis previa.

Histológicamente, se han encontrado mastocitos en el colon descendente, el rectosigmoideo y el intestino delgado. Cambios en la microbiota intestinal pueden modificar la motilidad intestinal, la sensación visceral, permeabilidad intestinal y consistencia de las evacuaciones, La microbiota puede verse afectada por infecciones bacterianas, virales y parasitarias, así como el uso de antibióticos puede propiciar la aparición o aumento de los síntomas. (11)

El SII se subdivide en categorías dependiendo de los hábitos intestinales predominantes con la escala de Bristol:

- SII con predominio de estreñimiento (SII-C): >25% de las deposiciones presentan heces de tipo 1 o 2 y <25% heces tipo 6 o 7.
- SII con predominio de diarrea (SII-D): >25% de las deposiciones presentan heces tipo 6 o 7 y <25% heces tipo 6 o 7.
- SII mixto (SII-M): >25% de las deposiciones presentan heces tipo 6 o 7 y >25% con tipos 1 o 2.
- SII no clasificado (SII-U): Cumple criterios para SII, pero las deposiciones no cuentan con los criterios antes mencionados.

Criterios de Roma IV para los subtipos del síndrome del intestino irritable

Subtipo de SII	Criterios
SII-C	Más de una cuarta parte (25%) de las deposiciones corresponden a los tipos 1-2 de la escala de heces de Bristol y menos de una cuarta parte (25%) a los tipos 6-7.
SII-D	Más de una cuarta parte (25%) de las deposiciones corresponden a los tipos 6-7 de la escala de heces de Bristol y menos de una cuarta parte (25%) a los tipos 1-2.
SII-M	Más de una cuarta parte (25%) de las deposiciones con tipos 1-2 de la escala de heces de Bristol y más de una cuarta parte (25%) con tipos 6-7.
IBS-U	Los pacientes cumplen los criterios diagnósticos del SII, pero sus hábitos intestinales no pueden clasificarse con precisión en ninguno de los subtipos anteriores.

Tabla 2. Criterios de Roma IV para el síndrome de intestino irritable. Adaptado de los criterios de Roma IV y de Zarepour M et al., quienes reportan que el SII compromete notablemente la calidad de vida, con ausentismo laboral estimado entre el 5 % y el 10 % de los pacientes

La sensibilidad de los criterios de Roma es del 62.7% y especificidad de 97.1% a diferencia de los criterios Roma III del 73.1% y 93.1% respectivamente (13). Un metaanálisis realizado en 2020 encontró que la prevalencia mundial de SII es mayor utilizando los criterios de Roma III (9.2%) a comparación de los criterios Roma IV (3.8%), así como una diferencia en la categoría con más prevalencia, siendo el SII-M el subtipo con mayor prevalencia aplicando los criterios Roma III y el SII-D aplicando los criterios Roma IV en la misma población (4).

Manifestaciones clínicas

Aunque el SII puede presentarse a cualquier edad, se ha demostrado que la prevalencia es mayor en mujeres de 20-40 años y en varones de 16-30 años. La evidencia sugiere que el inicio de los síntomas del SII aparecen en la adultez temprana.

Los pacientes presentan principalmente 4 tipos de síntomas: dolor abdominal, diarrea, estreñimiento y distensión abdominal. Sin embargo, pueden aparecer otros síntomas gastrointestinales (malestar postprandial, saciedad precoz, náuseas, y en menor frecuencia, emesis y pirosis) y no gastrointestinales (lumbalgia, síntomas ginecológicos y vesicales), por lo que su diagnóstico puede representar un reto. (2) (11)

Un estudio realizado demostró que la sintomatología gastrointestinal se asociaba también con otros factores predisponentes,

tales como el sedentarismo, el índice de masa corporal elevado, la poca actividad física, mastitación deficiente, falta de sueño y trastornos como la ansiedad y depresión. Al identificar correctamente estos factores, se logró consolidar una visión integral del SII.

Los síntomas pueden estar presentes durante varios años sin que los pacientes acudan a revisión médica, siendo manejados con automedicación.

El SII tiene un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes, teniendo efectos negativos en la vida personal, social y laboral. Se ha reportado en diversos estudios que el 5-10% de pacientes necesitan ausentarse del trabajo debido a la presencia de los síntomas y el 82% de los pacientes experimentan afectación en su productividad laboral. (14).

Abordaje diagnóstico

Debido a que existe un amplio diagnóstico diferencial, es esencial realizar una anamnesis completa para identificar el subtipo específico del SII y descartar otras afecciones con sintomatología similar.

En la historia clínica debe cuestionarse sobre diarrea nocturna, dificultad para evacuar, comorbilidades somáticas como alteraciones psicosociales, síntomas vesicales e historial familiar de intolerancia alimentaria o enfermedad celíaca. (3)

Sin embargo, la aparición de síntomas posterior a los 50 años, fiebre, pérdida de peso involuntaria, cambio en la sintomatología típica del SII, sangre en heces, entre otras características de alarma deben generar sospechas de un trastorno orgánico subyacente. (6) Se debe solicitar serología para enfermedad celíaca, calprotectina o lactoferrina fecal para descartar enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Así mismo, pruebas de rutina para alergias o intolerancias alimentarias, análisis general de heces o prueba de aliento de hidrógeno para sobrecrecimiento bacteriano en el intestino. (6)

Manejo terapéutico

El tratamiento farmacológico del síndrome de intestino irritable (SII) constituye uno de los pilares del manejo integral, especialmente en aquellos pacientes cuya sintomatología interfiere de forma notable con su calidad de vida. Debido a la heterogeneidad del trastorno, la farmacoterapia no es universal, sino que debe adaptarse al subtipo predominante y a la fisiopatología subyacente —hipersensibilidad visceral, disbiosis, alteraciones en la motilidad y regulación neuroentérica— que varía de un paciente a otro.

Esta individualización terapéutica es esencial, pues pocos fármacos ofrecen un alivio total, pero la combinación de agentes dirigidos puede transformar significativamente el curso sintomático.

Antiespasmódicos y anticolinérgicos: cuando el intestino “habla demasiado”

Los antiespasmódicos, como la hioscina y el bromuro de otilonio, continúan siendo fármacos de primera línea gracias a su capacidad para disminuir la contractilidad del músculo liso intestinal. Son especialmente útiles cuando el dolor abdominal está impulsado por espasmos intensos o hipermotilidad segmentaria. La respuesta clínica suele observarse en pocas semanas; sin embargo, en pacientes con tendencia al estreñimiento pueden exacerbar la lentitud intestinal, por lo que deben usarse con prudencia. (8)

La Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) respalda su uso inicial por al menos cuatro semanas y recomienda combinaciones con dimeticona y alfa-galactosidasa,

cuya sinergia puede atenuar la fermentación de carbohidratos y la permeabilidad colónica inducida por estrés, modulando así síntomas como distensión y malestar posprandial. (8)

Neuromoduladores: cuando el dolor no solo es intestinal

Los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) representan una estrategia fundamental cuando el componente dominante del SII es la hipersensibilidad visceral o cuando existe comorbilidad afectiva. Más allá de su efecto sobre el ánimo, estos fármacos actúan como neuromoduladores del eje intestino-cerebro, disminuyendo la amplificación central del dolor, modulando la motilidad y estabilizando el procesamiento de señales viscerales. (7) Los ATC suelen preferirse en SII-D por su efecto anticolinérgico leve; los ISRS, por el contrario, pueden ser útiles en SII-C o en pacientes con ansiedad prominente. No son fármacos de rescate: requieren semanas para mostrar beneficio, pero cuando funcionan, cambian de manera profunda la percepción del dolor y la relación del paciente con su enfermedad. (8)

Antidiarreicos y laxantes: restaurar el equilibrio perdido

En el SII-D, la loperamida sigue siendo una herramienta valiosa para disminuir frecuencia y urgencia, mejorando la consistencia. Su perfil de seguridad es excelente, aunque no impacta dolor ni distensión, por lo que rara vez es un tratamiento único.

En el extremo opuesto, el SII-C se beneficia de laxantes osmóticos como el polietilenglicol (PEG), considerado primera línea con evidencia 1A. PEG aumenta el contenido de agua en el colon, mejora el tránsito y reduce el esfuerzo evacuatorio. La lactulosa, aunque efectiva en estreñimiento simple, no se recomienda en SII debido al aumento significativo de gas y distensión abdominal. (8)

Moduladores serotoninérgicos: afinando la señal intestinal

La serotonina regula prácticamente cada aspecto de la función intestinal: motilidad, sensibilidad y secreción. Por ello, los fármacos serotoninérgicos son particularmente útiles en SII.

Antagonistas 5-HT₃, como el ondansetrón, mejoran la consistencia fecal y reducen la urgencia en SII-D.

Agonistas 5-HT₄, como la mosaprida, pueden mejorar la motilidad en SII-C, normalizando el tránsito.

Estos fármacos son bien tolerados y suelen incorporarse cuando las terapias iniciales son insuficientes. (8)

Secretagogos: cuando la motilidad necesita un impulso suave y constante

La linaclotida, disponible en México, se ha establecido como una de las terapias más eficaces para el SII-C. Actúa incrementando la secreción de cloro y bicarbonato, lo que aumenta el contenido de agua luminal y acelera el tránsito. Además, reduce la hipersensibilidad visceral, un beneficio especialmente valioso en pacientes con dolor intenso. Ensayos clínicos han demostrado mejoría en frecuencia, consistencia y dolor en hasta un tercio de los pacientes. (8)

Rifaximina: una terapia dirigida a la microbiota

La rifaximina ha cobrado protagonismo en los subtipos SII-D y SII-M, especialmente en pacientes whose persecución sintomática sugiere un componente microbiano o de sobrecrecimiento bacteriano. Al no absorberse sistémicamente, actúa directamente sobre la luz intestinal, modulando la microbiota y reduciendo la inflamación local. Los estudios TARGET demostraron mejoras significativas en dolor, distensión y síntomas globales luego de un esquema corto de 14 días. (8)

Probióticos: modulando una microbiota impredecible

Los probióticos ofrecen beneficios modestos pero significativos para distensión y malestar,

particularmente *Bifidobacterium infantis* 35624y *Bifidobacterium longum* NCC 3001. Aunque la evidencia es heterogénea y no todas las cepas ofrecen beneficios equivalentes, su uso como terapia adyuvante resulta razonable en muchos pacientes, respetando siempre un periodo de prueba limitado para evaluar respuesta. (8)

Terapias herbolarias: tradición con evidencia moderna

El extracto multicomponente STW-5 y el aceite de menta han mostrado beneficios consistentes en dolor y distensión, con excelente tolerabilidad. STW-5 combina efectos antiespasmódicos, antiinflamatorios y moduladores de microbiota. El aceite de menta, rico en mentol, produce relajación del músculo liso al bloquear canales de calcio y reduce la sensibilidad visceral. En México, ambos se utilizan ampliamente y representan opciones terapéuticas seguras como complemento al manejo estándar. (8)

Conclusiones

El síndrome de intestino irritable (SII) continúa representando un desafío clínico debido a la ausencia de biomarcadores específicos y a la gran variabilidad en su presentación.

Las diferencias metodológicas entre los criterios de Roma III y Roma IV evidencian esta complejidad: mientras Roma IV exige un componente de dolor más constante y restrictivo, Roma III incluía un espectro más amplio de malestares abdominales. Como consecuencia, la prevalencia estimada del SII varía de forma considerable según el criterio aplicado, con cifras que pueden duplicarse o incluso triplicarse entre una versión y otra. Esta discrepancia resalta la necesidad de interpretar la epidemiología del SII con cautela y bajo el marco conceptual que actualmente lo reconoce como un trastorno de la interacción intestino-cerebro.

El abordaje terapéutico debe ser individualizado, guiado por el subtipo predominante y la intensidad de los síntomas. El manejo farmacológico incluye antiespasmódicos, antidiarreicos, laxantes osmóticos, secretagogos, moduladores serotoninérgicos, antibióticos no absorbibles y agentes neuromoduladores como antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Su eficacia es mayor cuando se integran en estrategias multimodales junto con intervenciones dietéticas —como la dieta baja en FODMAP—, probióticos, terapia psicológica y modificaciones en el estilo de vida. A pesar de la variedad de alternativas disponibles, la respuesta terapéutica sigue siendo heterogénea, lo cual reafirma la naturaleza multifactorial del trastorno.

Finalmente, es fundamental enfatizar que el SII es un diagnóstico de exclusión. La historia clínica, la identificación de signos de alarma y estudios dirigidos son indispensables para descartar enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca, infecciones, neoplasias y otros trastornos orgánicos que pueden simular su presentación. Solo tras una evaluación adecuada puede establecerse con certeza el diagnóstico y ofrecer al paciente un manejo integral y seguro.

Referencias:

1. Carmona-Sánchez R, Icaza-Chávez ME, Bielsa-Fernández MV, Gómez-Escudero O, Bosques-Padilla F, Coss-Adame E, et al. The Mexican consensus on irritable bowel syndrome. *Rev Gastroenterol Mex.* 2016;81(3):149–67.
2. Camilleri M. Diagnosis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome A Review. *JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION.* 2021;325(9):865–77.
4. Oka P, Parr H, Barberio B, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(10):908–17.
5. Ford A, Corsetti M, Camilleri M. Irritable Bowel Syndrome. *Lancet* [Internet]. 2020; (10263):[1675–88 pp.]. Available from: https://www.clinicalkey.com/?adobe_mc=MCMID%3D37870773680990420470506943202419821986%7CMCORGID%3D4D6368F454EC41940A4C98A6%2540AdobeOrg%7CTS%3D1762366688#!/content/journal/1-s2.0-S0140673620315488.
6. Nathani RR, Sodhani S, Vadakekut ES. Irritable Bowel Syndrome. [Updated 2025 Sep 15]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534810>
7. Temido MJ, Cristiano M, Gouveia C, Mesquita B, Figueiredo P, Portela F. Antidepressants in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Gastroenterol.* 2025 May-Jun;38(3):284-293. doi: 10.20524/aog.2025.0962. Epub 2025 Apr 23. PMID: 40371198; PMCID: PMC12070339.
8. Remes-Troche JM, et al. "Pharmacologic treatment of irritable bowel syndrome." *Revista de Gastroenterología de México.* 2025.
11. Vasant D, Paine P, Black C, Houghton L, Everitt H, Corsetti M, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *GUT.* 2021;70(7):1214–40.
12. Ali A, Shah A, Amina A, Ruddock-Scott ZA, Shah Z, Rios VL, et al. Prevalence of Irritable Bowel Syndrome Symptoms and Associated Risk Factors Among Medical Students. *Cureus.* 2025;17(4):e82900.
13. Hung TH, Wang CY, Lee HF. Update in diagnosis and management of irritable bowel syndrome. *Tzu Chi Med J.* 2023;35(4):306–11.
14. Staudacher H, Black C, Teasdale S, Mikocka-Walus A, Keefer L. Irritable bowel syndrome and mental health comorbidity - approach to multidisciplinary management. *NATURE REVIEWS GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY.* 2023;20(9):582–96.