

# DOCUMENT DE POSICIONAMENT

## Abordatge inicial de les malalties funcionals digestives

Síntomes esofàgics

Síntomes epigàstrics

Dolor abdominal amb diarrea

Dolor abdominal amb restrenyiment

Diarrea crònica funcional

Restrenyiment crònic funcional

Tractament farmacològic (Taules resum)



Societat  
Catalana de  
Digestologia



*L'Acadèmia*

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES  
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARIS





## **Correspondència**

### **Anna Accarino Garaventa**

Servei d'Àparell Digestiu.  
Hospital Universitari Vall d'Hebron.  
Planta 8, Residència General,  
Universitat Autònoma de Barcelona  
Passeig de la Vall d'Hebron, 119- 129,  
08035 Barcelona

[aaccarino@telefonica.net](mailto:aaccarino@telefonica.net)

## Síntomes esofàgics

**Jordi Serra.** CIBERehd. Unitat de Motilitat i Trastorns Funcionals Digestius.  
Servei d'Àparell Digestiu. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

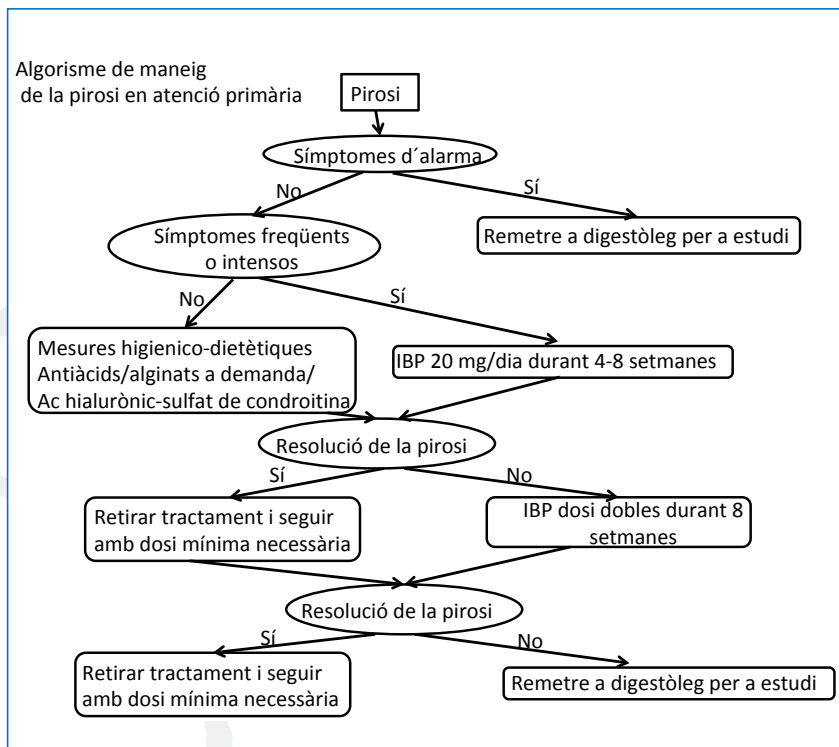
### Index

1. PIROSI
  - 1.1. Definició
  - 1.2. Diagnòstic
2. DOLOR TORÀCIC D'ORIGEN NO CARDIOLÒGIC
  - 2.1. Definició
  - 2.2. Diagnòstic
  - 2.3. Tractament
3. DISFÀGIA
  - 3.1. Definició
  - 3.2. Diagnòstic
  - 3.3. Principals causes per a remetre el pacient amb símptomes esofàgics a l'especialista en digestiu
4. Bibliografia

## 1. PIROSI

### 1. 1. Definició:

Se sol descriure la pirosi com una sensació de cremor, que en el cas d'origen esofàgic es refereix al nivell retroesternal. Sovint, els pacients descriuen com la cremor o coïssor ascendeix des de l'epigastri per darrere de l'estèrnium. En ocasions l'ascens del material gàstric supera l' esfínter esofàgic superior i penetra a la cavitat oral produint regurgitació. La pirosi és un dels símptomes més freqüents en patologia digestiva i, en conseqüència, un motiu freqüent de consulta en medicina primària.



### 1. 2. Diagnòstic:

La principal eina diagnòstica en la pirosi és l'anamnesi i l'avaluació clínica del pacient. Es valorarà si la pirosi és un símptoma únic, o si s'associa a signes d'alarma com la disfàgia, l'hematèmesi o la pèrdua de pes. En cas d'estar presents aquests símptomes, el pacient hauria de derivar per a estudi endoscòpic

Altres símptomes associats que cal valorar són la regurgitació àcida, el dolor toràctic o símptomes otorinolaringològics com la tos o l'afonia. Aquesta associació és suggestiva de reflux gastroesofàgic com a causa de piroisi.

En absència de signes d'alarma, la piroisi es pot gestionar inicialment en atenció primària de forma empírica mitjançant antiàcids / alginats / tractaments locals o antisecretors, sense necessitat de realitzar més exploracions.

Aquells pacients que no responen al tractament empíric amb inhibidors de la bomba de protons a dosis plenes, s'haurien de remetre a l'especialista per valorar la realització d'un estudi de piroisi refractari. Abans de remetre el pacient s'hauria d'assegurar, mitjançant anamnesi, la correcta compliança i la presa dels inhibidors de la bomba de protons.

L'estudi a realitzar per l'especialista tindrà com a primer objectiu determinar si el pacient pateix reflux gastroesofàgic patològic. Per a això es realitzarà, en primer lloc, una fibrogastoscòpia, per descartar la presència d'esofagitis o altres complicacions del reflux com l'estenosi pèptica o l'esòfag de Barret.

Durant la fibrogastoscòpia s'han de prendre biòpsies seriadades per descartar esofagitis eosinofílica com a causa de piroisi.

Quan la fibrogastoscòpia no mostra signes de reflux es realitzarà un estudi amb manometria esofàgica i pH-metria ambulatoria de 24-48 hores.

En pacients correctament diagnosticats de reflux gastroesofàgic mitjançant gastroscòpia i pH-metria ambulatoria, però que no responen al tractament antisecretor i persisteixen amb símptomes freqüents que afecten la qualitat de vida del pacient, s'aconsella completar l'estudi mitjançant una pH-impedanciometria ambulatoria durant el tractament antisecretor per valorar la possible persistència d'acidesa tot i el tractament, o l'associació entre altres tipus de reflux i la piroisi del pacient.

Hi ha pacients que tenen bona resposta al tractament antisecretor però que presenten recidiva simptomàtica en suspendre el tractament, de manera que necessiten un tractament crònic i continuat. En aquests casos es recomana el tractament crònic amb fàrmacs antisecretors, ja que l'evidència actual mostra que aquests fàrmacs són molt segurs, i que els seus efectes secundaris són rars i lleus i, en la majoria dels estudis, controvertits.

En pacients que necessitin tractament crònic amb IBP, pot plantejar-se la cirurgia com una alternativa diagnòstica, però en aquest cas haurà de certificar prèviament el reflux gastroesofàgic patològic mitjançant proves diagnòstiques, incloent la valoració de la motilitat esofàgica mitjançant manometria. A més, s'ha de valorar que una proporció significativa dels pacients sotmesos a cirurgia antireflux segueixen consumint inhibidors de la bomba de protons 10 anys després de la funduplicatura.

Quan la pH-metria ambulatoria no evidencii reflux gastroesofàgic patològic, però mostri una bona associació entre el reflux i la piroisi referida pel pacient, es valorarà el diagnòstic d'hipersensibilitat a reflux (Taula 1).

<b>TAULA 1.</b>
<b>Criteris diagnòstics d'hipersensibilitat al reflux</b>
• Pirosi o dolor retroesternal.
• Endoscòpia normal i absència d'evidència d'esofagitis eosinofílica com a causa dels símptomes.
• Absència d'un trastorn major de la motilitat esofàgica.
• Evidència que els símptomes són desencadenats per reflux malgrat una exposició a l'àcid normal a la pH-metria o pH-Impedanciometria ambulatories.

Quan la pH-metria ambulatoria no evidencii reflux gastroesofàgic patològic ni cap associació entre el reflux i la pirosi referida pel pacient, es valorarà el diagnòstic de pirosi funcional (Taula 2).

<b>TAULA 2.</b>
<b>Criteris diagnòstics de pirosi funcional</b>
• Cremor retroesternal molesta o dolorosa.
• Absència de millora simptomàtica tot i teràpia antisecretora òptima.
• Absència d'evidència de reflux gastroesofàgic o esofagitis eosinofílica com a causa dels símptomes.
• Absència d'un trastorn major de la motilitat esofàgica.

NOTA ADJUNTA: valorar si en cas de presentar símptomes d'alarma, s'hauria de sol·licitar fibroscòpia amb Urgència des de Atenció Primària abans de remetre a DIG. Així mateix, si no millora amb IBP, valorar si no caldria que el MAP sol·licités FGS o combinar antiàcids, alginats o protectors tòpics de la mucosa (Ac hialurònic-sulfat de condroitina). Valorar procinètics en cas de símptomes dispèptics associats.

## 2. DOLOR TORÀCIC D'ORIGEN NO CARDIOLÒGIC

### 2.1. Definició

El dolor toràcic d'origen no cardiològic es defineix com un dolor referit a la zona toràcica en absència d'una causa cardiològica després de l'estudi diagnòstic adequat.

Pot tenir diferents orígens que inclouen tant causes esofàgiques com extraesofàgiques. D'entre les últimes s'inclouen trastorns musculoesquelètics, malalties pulmonars i pleurals, malalties del mediastí, herpes zòster, etc.

Les causes esofàgiques de dolor toràcic inclouen el reflux gastroesofàgic, la hipersensibilitat esofàgica, les alteracions de la motilitat de l'esòfag, i el dolor toràcic funcional.

Diferents estudis realitzats en pacients amb dolor toràcic no cardíològic, incloent endoscòpia, manometria esofàgica i pH-metria de 24 hores han constatat que, de totes aquestes causes, el reflux gastroesofàgic és la causa més freqüent de dolor toràcic d'origen no cardíològic. S'estima que entre el 30-60% dels pacients que presenten dolor toràcic d'origen no cardíològic té el seu origen en el reflux gastroesofàgic.

## 2.2. Diagnòstic

Un cop descartat l'origen cardíològic del dolor mitjançant les proves diagnòstiques oportunes, el primer pas diagnòstic serà unes exhaustives anamnesi i exploració.

L'associació de signes d'alarma (disfàgia, hematèmesi, pèrdua de pes) serà indicació de derivar per a estudi endoscòpic.

L'associació de pirosi o regurgitació àcida serà suggestiva de dolor toràcic secundari a reflux gastroesofàgic. En aquest cas, estarà indicat iniciar tractament empíric amb inhibidors de la bomba de protons durant 2-3 mesos. Si es produeix una adequada resposta al tractament, es reduirà la dosi d'IBP a la dosi mínima necessària per mantenir el pacient asimptomàtic.

En cas d'absència de resposta terapèutica a IBP en dosis dobles durant 8-12 setmanes es recomana derivar el pacient a l'especialista en digestiu per a estudi. Aquest decidirà la conveniència de realitzar exploracions funcionals a més d'estudis endoscòpics o radiològics.

En cas d'absència d'altres símptomes de reflux gastroesofàgic, i en absència de signes o símptomes suggestius de dolor musculoesquelètic o pleural, es recomana derivar el pacient a l'especialista en aparell digestiu per a estudi funcional, ja que el tractament empíric del dolor toràcic amb IBP en absència de símptomes típics de reflux no ha demostrat ser superior al placebo.

Quan el pacient és derivat a l'especialista, l'estudi del dolor toràcic de possible origen esofàgic consisteix en la fibrogastroscòpia amb biòpsies esofàgiques en sèrie, i en cas que no aporti un diagnòstic com a causa del dolor, la manometria esofàgica, i la pH-metria ambulatoria de 24-48 hores.

Es diagnosticarà dolor toràcic funcional quan l'estudi digestiu sigui negatiu (veure Taula 3), i es tractarà com a tal.

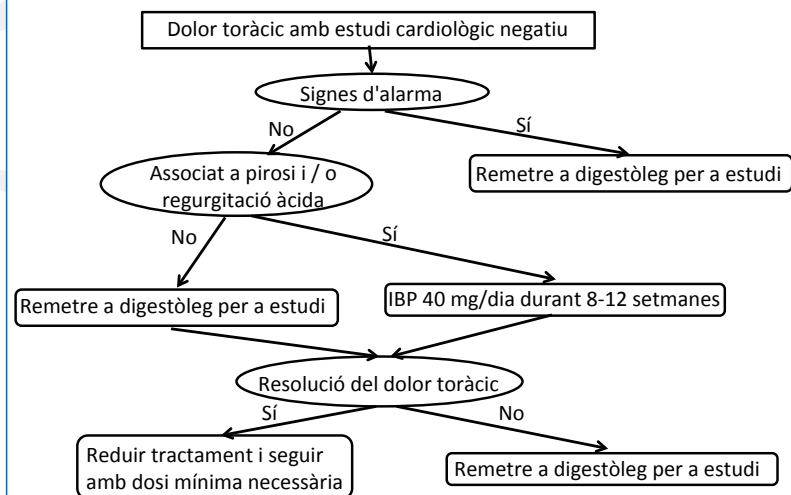
<b>TAULA 3.</b>
<b> criteris diagnòstics de dolor toràcic funcional</b>
• Dolor o molèsties retroesternals (causes cardiològiques descartades).
• Absència d'altres símptomes esofàgics associats com piroisi o disfàgia.
• Absència d'evidència de reflux o esofagitis eosinofílica com a causa del dolor toràcic.
• Absència d'un trastorn major de la motilitat esofàgica.

### 2.3. Tractament

El tractament del dolor toràcic depèn de la causa del dolor.

Els antidepressius, tant tricíclics, inhibidors selectius de la recaptació de serotonina, com mixtos, s'han mostrat superiors a placebo en diversos assaigs clínics per al tractament del dolor toràcic funcional, i són el tractament d'elecció per a la teràpia d'aquests pacients.

2. Algorisme de maneig del dolor toràcic de probable origen esofàgic en atenció primària





### 3. DISFÀGIA

#### 3.1. Definició

La disfàgia és la sensació de dificultat de pas dels aliments líquids o sòlids a través de l'esòfag.

S'ha de diferenciar la disfàgia esofàgica de la disfàgia orofaríngia, que consisteix en la dificultat de deglutir correctament els aliments a través de la unió faringoesofàgica, i que té causes diferents, generalment associades a malalties neurològiques o otorinolaringològiques, i diagnòstic i tractament específics .

La disfàgia esofàgica és un símptoma que es pot generar per una obstrucció a l'esòfag o la unió esofagogastrica que pot ser d'origen orgànic (tumor, estenosi ...) o per disfunció motora (acalàsia).

La disfàgia és un símptoma potencialment greu per si mateix que sempre serà motiu de derivació a l'especialista.

#### 3.2. Diagnòstic

La disfàgia d'origen esofàgic sempre serà motiu de derivació a l'especialista per a estudi.

La fibrogastroscòpia és la prova inicial a realitzar en els pacients amb disfàgia.

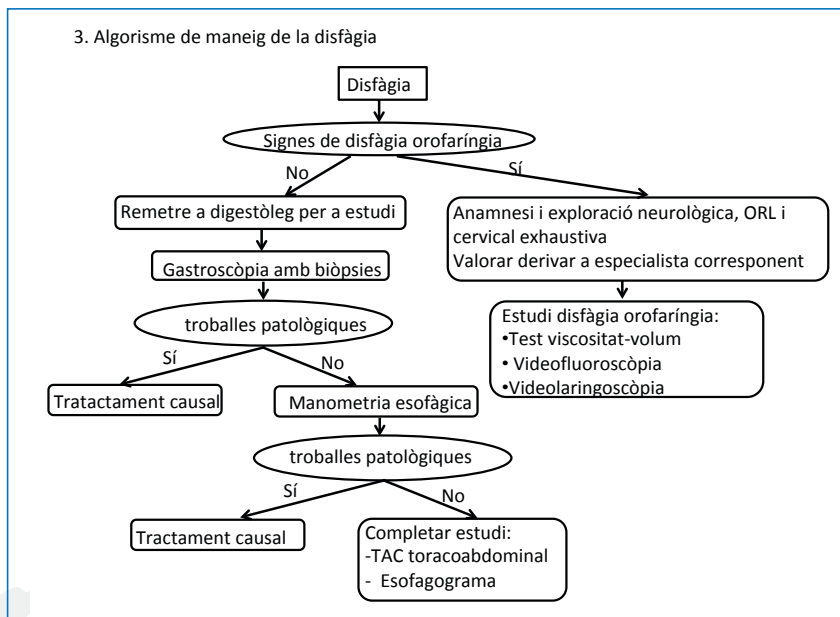
En absència de patologia macroscòpica a la fibrogastroscòpia, s'han de fer biòpsies esofàgiques seriades per descartar esofagitis eosinofílica.

Quan la fibrogastroscòpia no detecti patologia causant de disfàgia, es continuarà l'estudi de la disfàgia amb manometria esofàgica.

En alguns casos les proves radiològiques, com el trànsit esofagogastric baritat o el TAC abdominal, poden revelar patologia en pacients amb fibrogastroscòpia normal, i cal que siguin considerats en casos de sospita de pseudoacalàsia.

En alguns pacients la disfàgia pot associar-se a reflux gastroesofàgic, cosa per la qual és convenient realitzar un estudi amb pH-metria ambulatòria abans d'establir el diagnòstic de disfàgia funcional (Taula 4).

<b>TAULA 4.</b>
<b>Criteris diagnòstics de disfàgia funcional</b>
• Sensació que els aliments líquids o sòlids queden adherits, retinguts, o presenten un pas anormal a través de l'esòfag.
• Absència d'evidència d'anomalies estructurals o mucoses com a causa de la disfàgia.
• Absència d'evidència de reflux o esofagitis eosinofílica com a causa de la disfàgia.
• Absència d'un trastorn major de la motilitat esofàgica.



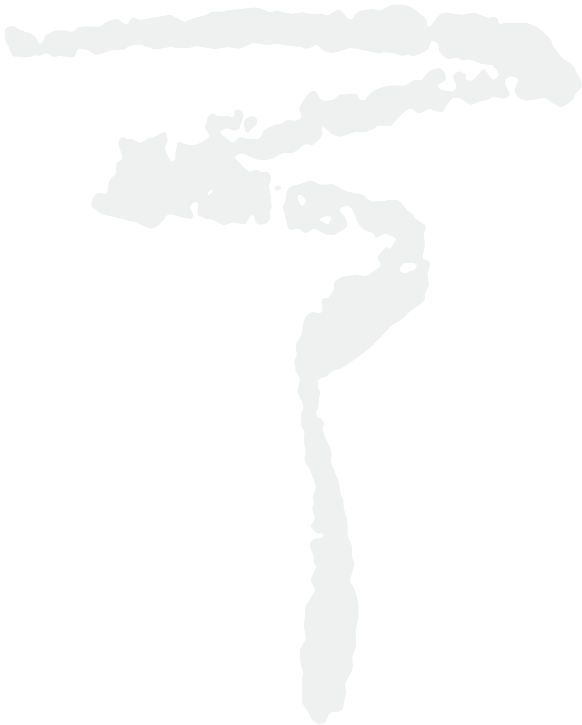
### 3.3. Principals causes per a remetre el pacient amb símptomes esofàgics a l'especialista en digestiu

- Pirosi associada a disfàgia, hematèmesi, melena o pèrdua no intencionada de pes.
- Manca de resposta a tractament amb inhibidors de la bomba de protons a dosis plenes.
- Mala tolerància al tractament farmacològic efectiu.
- Dolor toràcic no cardíac en cas d'absència de resposta terapèutica a IBP en dosis dobles.
- Disfàgia.

#### 4. Bibliografia

1. Fass R, Pandolfino JE, Aziz Q, Gyawali CP, Miwa H, Zerbib F. Esophageal disorders. A: Drossman DA, Chang L, Chey WD, Kellow J, Tack J, Whitehead WE, editors. Functional Gastrointestinal Disorders Disorders of Brain-Gut interaction. IV. Raleigh, NC: The Rome Foundation; 2016. p. 833–902.
2. Lundell L, Bell M, Ruth M. Systematic review: laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease in partial responders to proton pump inhibitors. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2014 Jan 21 [cited 2018 Jun 14];20(3):804–13. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24574753>
3. Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, Blandizzi C, SIF-AIGO-FIMMG Group, Italian Society of Pharmacology, the Italian Association of Hospital Gastroenterologists, and the Italian Federation of General Practitioners. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases? A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. *BMC Med* [Internet]. 2016 Dec 9 [cited 2017 Jun 22];14(1):179. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27825371>
4. George N, Abdallah J, Maradey-Romero C, Gerson L, Fass R. Review article: The current treatment of non-cardiac chest pain. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;43(2):213–39.





## Síntomes epigàstrics

**Anna Accarino Garaventa.** Servei d'Àparell Digestiu. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona

### Index

1. Definició i classificació
  - 1.1. Dispèpsia no investigada
  - 1.2. Dispèpsia orgànica o secundària
  - 1.3. Dispèpsia funcional
2. Diagnòstic
3. Tractament
4. Criteris de derivació a la consulta d'Àparell Digestiu
5. Bibliografia



## 1. Definició i classificació

S'entén per símptomes epigàstrics el conjunt de símptomes persistents o recurrents localitzats a l'epigastri / hemiabdomen superior que es consideren originats en el tracte gastroduodenal i que inclouen pesadesa postprandial, sacietat precoç, cremor epigàstrica i dolor epigàstric, i de manera conjunta s'engloben amb el terme de dispèpsia.

La dispèpsia es pot classificar en diversos subtipus, dependent de les exploracions que s'han dut a terme:

**1. 1. Dispèpsia no investigada.** Dispèpsia en absència d'estudis diagnòstics.

**1. 2. Dispèpsia orgànica o secundària:** dispèpsia en la qual, després d'estudis diagnòstics, s'ha identificat una causa que raonablement justifiqui els símptomes.

**1. 3. Dispèpsia funcional.** Segons els criteris diagnòstics de Roma IV, la dispèpsia funcional es diagnostica per

a. presència d'un o més dels següents símptomes: a) Pesadesa postprandial, b) sacietat precoç, c) cremor epigàstrica d) dolor epigàstric,

b. no explicats després d'una valoració clínica adequada que inclou endoscòpia digestiva alta, exclusió d'infecció per *Helicobacter pylori* i qualsevol malaltia sistèmica o / i metabòlica que justifiqui els símptomes.

Els criteris s'han de complir durant els últims tres mesos i els símptomes haver començat un mínim de sis mesos abans del diagnòstic. Roma IV estableix dos subtipus de dispèpsia funcional, dependent si els símptomes apareixen o no després de dinar.

I. Dispèpsia tipus destret postprandial si inclou un o els dos símptomes següents que siguin prou importants per interferir amb les activitats diàries:

- a. sacietat precoç,
- b. pesadesa postprandial

II. Dispèpsia tipus dolor epigàstric si inclou un o els dos símptomes següents que siguin prou importants per interferir en les activitats diàries:

- a. cremor epigàstrica,
- b. dolor epigàstric.

Tots dos subtipus de dispèpsia requereixen, per al diagnòstic, que s'hagi exclòs de manera raonable qualsevol malaltia orgànica, metabòlica o sistèmica que raonablement justifiqui els símptomes (inclouent endoscòpia digestiva), i temporalment els criteris s'han de complir durant els últims tres mesos i els símptomes haver començat un mínim de sis mesos abans del diagnòstic.

La piroisi no és un símptoma dispèptic sinó que és indicatiu de malaltia per reflux gastroesofàgic, però sovint tots dos trastorns poden coexistir.

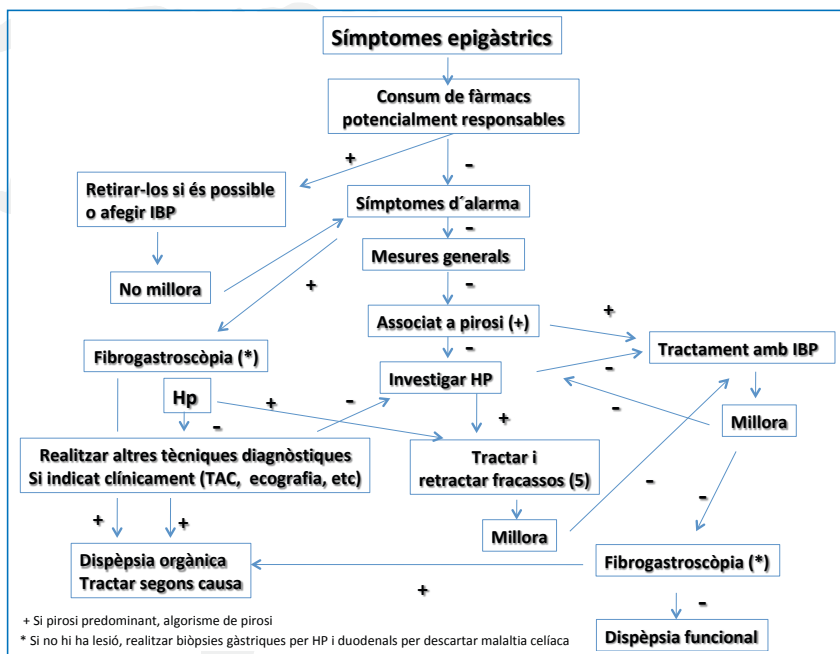
Els vòmits no solen ser un símptoma dispèptic i ha de fer pensar en un altre trastorn. Els símptomes que milloren amb les deposicions o emissió de gasos no solen ser part de la dispèpsia.

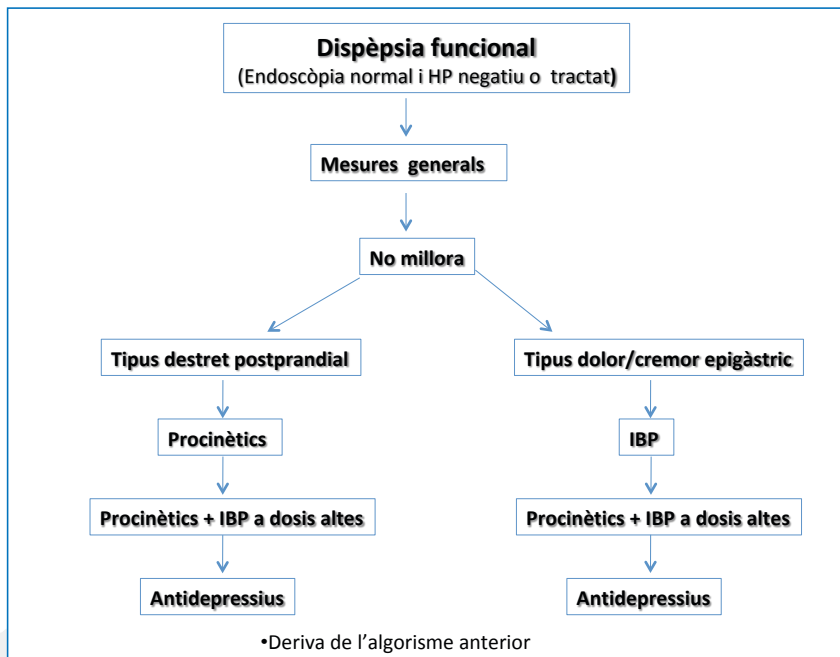
Poden coexistir amb els símptomes de dispèpsia les nàusees, els eructes i la distensió abdominal.

La dispèpsia funcional és un dels trastorns funcionals del tracte digestiu superior més freqüents. Els símptomes dispèptics són més freqüents en les dones i tendeixen a disminuir amb l'edat. A Espanya, la dispèpsia suposa el 8,2% de les consultes en atenció primària i fins al 40% a la del gastroenteròleg. No obstant això, se suposa que només el 50% dels malalts amb dispèpsia busquen atenció mèdica.

## 2. Diagnòstic

El diagnòstic dels símptomes epigàstrics (o dispèpsia no investigada) i la dispèpsia funcional s'exposen en els algorismes 1 i 2. Quan el pacient ve a la consulta amb símptomes epigàstric és important realitzar una història clínica detallada i una exploració física minuciosa.





**Intolerància a fàrmacs:** És conegut que un gran nombre de fàrmacs poden produir símptomes dispèptics si es prenen a llarg termini (Taula 1). És important recollir aquests fàrmacs en la història clínica per poder retirar-los si és possible, canviar-los a altres que produeixin menys símptomes o associar fàrmacs inhibidors de la bomba de protons (IBP) si els fàrmacs són gastrolesius.

<b>TAULA 1</b>	
<b>FÀRMACS POTENCIALMENT CAUSANTS DE SÍMPTOMES DE DISPÈPSIA</b>	a. Aspirina
	b. Antiinflamatoris no esteroïdes (AINES)
	c. Glucocorticoides
	d. Suplements de ferro
	e. Antibiòtics
	f. Anovulatoris
	g. Diürètics
	h. Digital
	i. Broncodilatadors
	j. Mòrfics
	k. Clorur potàssic



**Analítica general:** Habitualment, en un pacient amb dispèpsia sense signes d'alarma, una analítica general bàsica no sol aportar gaire informació rellevant. En els casos d'inici de símptomes en edat superior a 55 anys s'aconsella determinar reactants de fase aguda o, si coexisteix clínica de diarrea, determinar estudi de ferro i altres paràmetres per descartar malabsorció o una altra patologia orgànica.

**Fibrogastroscòpia.** És la tècnica d'elecció en l'estudi de la dispèpsia no investigada. Estaria indicada en tres situacions:

- Quan hi ha símptomes o signes d'alarma (Taula 2).

<b>TAULA 2</b>	
<b>SÍMPTOMES I SIGNES D'ALARMA</b>	a. Inici dels símptomes en edat superior als 55 anys
	b. Disfàgia progressiva
	c. Dolor intens i / o que impedeix el descans nocturn
	d. Snorèxia marcada
	e. Vòmits persistents
	f. Pèrdua de pes no intencionada > 10% del pes habitual
	g. Història familiar de càncer gàstric
	h. Cirurgia gàstrica prèvia
	i. Sagnat digestiu o anèmia sense altra causa que el justifiqui
	j. Massa abdominal, limfadenectomia, visceromegàlies, ascites o icterícia en exploració física

- Quan els símptomes de dispèpsia s'inicien després dels 55 anys, fins i tot en absència d'un altre símptoma d'alarma.

- Quan el pacient presenta una resposta nul·la o insuficient a tractament empíric inicial com la teràpia antisecretora o l'eradicació HP.

La realització de la fibrogastroscòpia permet el diagnòstic de la infecció per *Helicobacter pylori* mitjançant estudi histològic o test de la ureasa i biòpsies duodenals en els pacients en què se sospita clínica de malabsorció.

Determinació d'*Helicobacter pylori* (HP). El diagnòstic i el tractament d'HP s'ha demostrat rendible en els pacients amb dispèpsia no investigada i dispèpsia funcional. Es recomana que als pacients sense símptomes d'alarma se'ls faci una prova no invasiva per al diagnòstic d'*Helicobacter pylori* (Taula 3); en els casos en què es realitza una fibrogastroscòpia que és normal, efectuar el diagnòstic d'HP mitjançant biòpsies per a estudi histològic o test de la ureasa. Es recomana fer la prova d'alè amb urea marcada <sup>13</sup>C i la detecció d'antigen en femta després d'almenys dues setmanes sense IBP i quatre setmanes sense antibiòtics ni sals de

Bismut. No cal retirar els anti H2 ni els antiàcids i aquests poden ésser utilitzats com a tractament alternatiu als IBP.

<b>TAULA 3</b>	
<b>Recerca Helicobacter Pylori</b>	
<b>a. Proves invasives</b>	1. Es faran en cas de realitzar endoscòpia; es realitzaran biòpsies de cos i antre (x2) per a estudi histològic. La prova de la ureasa té pràcticament la mateixa fiabilitat que l'estudi histològic.
<b>b. Proves no invasives</b>	1. Diagnòstic: Prova d'alè amb urea marcada 13C. En la seva absència, detecció d'antigen en femta. En darrer lloc, serologia HP
	2. Comprovació després de tractament: Prova d'alè amb urea marcada 13C. En la seva absència, detecció d'antigen en femta. No es recomana la serologia per comprovar l'eradicació.

Tractar adequadament els casos HP positius (Taula 4).

<b>TAULA 4</b>	
<b>Tractament de la infecció per Helicobacter Pylori</b>	
<b>Teràpia quàdruple clàssica</b> (10 dies)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omeprazol 40 mg / 12h</li> <li>• Pylera 3 càpsules cada 6h</li> </ul>
<b>Teràpia quàdruple concomitant</b> (14 dies)	• Omeprazol 40 mg / 12h
	• Amoxicil·lina 1g / 12h
	• Claritromicina 500 mg / 12h
<b>Teràpia quàdruple amb Levofloxacina</b> (14 dies)	• Metronidazole 500 mg / 12h
	• Omeprazol 40 mg / 12h
	• Amoxicil·lina 1g / 12h
<b>Teràpia quàdruple amb Rifabutina</b> (14 dies)	• Levofloxacina 500 mg / 24h
	• Subcitrat de bismut 120 mg. 2comp / 12h
	• Omeprazol 40 mg / 12h
	• Rifabutina 150 mg / 12h
	• Amoxicil·lina 1g / 12h
	• Subcitrat de bismut 120 mg. 2comp / 12h

**Altres exploracions complementàries:** En els casos amb símptomes d'alarma i després d'una fibrogastrososcòpia normal, es pot realitzar ecografia i/ o Tac abdominal si hi ha sospita diagnòstica de patologia biliar, pancreàtica o extraintestinal personalitzant la indicació de les exploracions a la història clínica del pacient (Taula 5).

<b>TAULA 5</b>	
<b>Causes més freqüents de dispèpsia orgànica</b>	a. Úlcera gastroduodenal
	b. Esofagitis per reflux
	c. Càncer esofagògàstic
	d. Malaltia infiltrant gàstrica: Menetriere, malaltia de Crohn
	e. Gastroparèsia
	f. Dèficits de disacaridases i malaltia celíaca
	g. Pancreatitis crònica h. litiasi biliar
	i. Càncer de pàncrees
	j. Neoplàsia abdominal
	k. Malalties hepàtiques cròniques
l. insuficiència cardíaca	

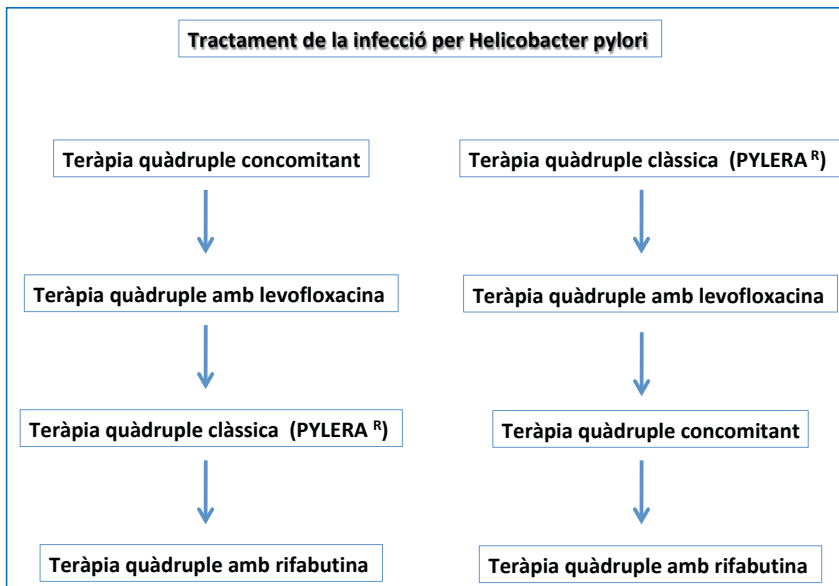
### 3. Tractament

Mesures higienicodietètiques. Molts casos de dispèpsia apareixen o es modifiquen amb la ingesta. Les mesures higienicodietètiques són el primer pas del tractament (Taula 6).

<b>TAULA 6</b>	
<b>MESURES GENERALS</b>	a. Informar i tranquil·litzar el pacient sobre les característiques benignes de la seva malaltia.
	b. Evitar alcohol, tabac i cafè.
	c. Evitar menjars grassos, fregits i picants.
	d. Evitar menjars abundants, menjar de forma fraccionada.
	e. Evitar excés de pes.

Tractament de la infecció per *Helicobacter pylori*. La teràpia de la infecció per *Helicobacter pylori* s'ha demostrat rendible en pacients amb dispèpsia no investigada i dispèpsia funcional HP positiva. Les diferents línies de tractament de la infecció per *Helicobacter* s'exposen a l'algorisme i a la taula.

## Esquema de tractament



<b>Posologia i durada de les teràpies recomanades</b>	
<b>Teràpia quàdruple clàssica (PYLERA®)</b> 10 dies	IBP a dosis altes/12h
	Pylera <sup>®</sup> 3 càpsules /6h
<b>Teràpia quàdruple "concomitant"</b> 14 dies	IBP a dosis altes/12h
	Amoxicil·lina 1g/12h
	Clarithromicina 500 mg/12h
<b>Teràpia quàdruple amb levofloxacina</b> 14 dies	Metronidazole 500 mg/12h
	IBP a dosis altes/12h
	Levofloxacina 500 mg/24h
	Amoxicil·lina 1g/12h
<b>Teràpia quàdruple amb Rifabutina</b> 14 dies	Subcitrat de bismut 120 mg. 2 comprimits/12h (Gastrodenol <sup>®</sup> )
	IBP a dosis altes/12h
	Rifabutina 150 mg/12h
	Amoxicil·lina 1g/12h
	Subcitrat de bismut 120 mg. 2 comprimits/12h (Gastrodenol <sup>®</sup> )

**Antisecretors.** El tractament amb IBP a dosis estàndard un cop al dia s'ha demostrat superior a placebo i a altres teràpies antisecretores en els pacients amb dispèpsia. Es recomana el tractament amb IBP en els pacients sense símptomes d'alarma, en què:

- la investigació d'*Helicobacter pylori* hagi estat negativa,
- que persisteixen simptomàtics després del tractament de la infecció per HP,
- com a teràpia inicial dels símptomes dispèptics si coexisteixen amb pirosi.

No s'ha demostrat diferència d'eficàcia entre els diferents IBP, de manera que l'omeprazol és el més rendible. L'acció òptima s'obté prenent l'IBP 15 minuts abans de la ingesta.

**Procinètics.** Fàrmacs poc estudiats però molt difosos en la pràctica clínica. S'aconsella iniciar tractament procinètic en pacients amb dispèpsia funcional:

- tipus destret postprandial,
- tipus dolor epigàstric que no respon a tractament antisecretor.

És aconsellable administrar els fàrmacs procinètics 15 minuts abans d'esmorzar, dinar i sopar (Taula).

**Antidepressius.** Els antidepressius, fonamentalment antidepressius tricíclics y sobretot mirtazapina, s'han demostrat útils en els pacients amb dispèpsia funcional que no responen a tractament per la infecció per HP, antisecretor ni procinètic. Eficàcia no provada la dels inhibidors de la recaptació de la serotonina.

#### 4. Criteris de derivació a la consulta d'Aparell Digestiu.

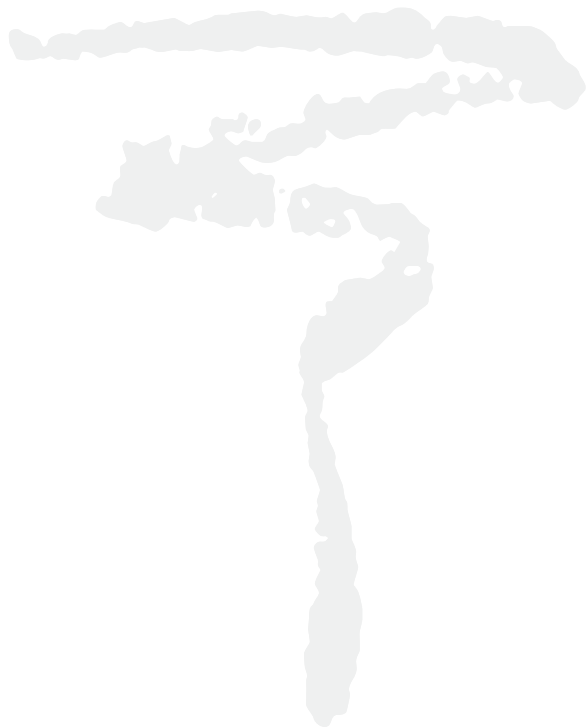
L'ús dels criteris de Roma (veure més amunt), permet establir una aproximació diagnòstica raonablement fiable i segura, dins l'atenció primària, sense necessitat de recórrer a altres proves i exàmens complementaris.

Hi ha, però, situacions en què resulta obligada la derivació del pacient a la consulta del gastroenteròleg per validar el diagnòstic i excloure una patologia orgànica:

1. Síntomes i signes que suggereixen patologia orgànica (síntomes d'alarma) després d'haver realitzat fibrogastroscòpia de forma urgent.
2. Refractarietat a mesures i tractaments inicials com la persistència dels símptomes després del tractament de la infecció per HP o malgrat tractament empíric amb IBP.
3. Després de les línies de tractament de la infecció per HP que hagin fracassat.
4. Empitjorament clínic no justificable.

## 5. Bibliografia

1. De práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. Gastroenterología y Hepatología 2012
2. Moayyedi PM, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG clinical Guideline: Management of dyspepsia. Am J Gastroenterol 2017; 112:988-1013
3. Tack J, Talley NJ. Gastroduodenal disorders. Am J Gastroenterol 2010; 105:757-763
4. Sánchez J, Garcia-Iglesias P, Titó LL, Puig I, Planella M, Gené E, Saló J, Martínez Cerezo F, Molina-Infante J, Gisbert JP, Calvet X. Actualización en el manejo de la infección por *Helicobacter Pylori*. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Gastroenterologia i Hepatologia 2017



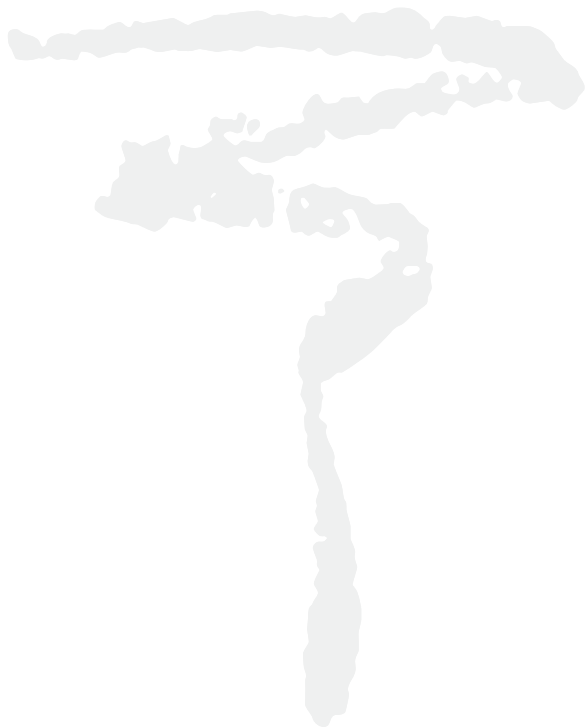
## Dolor abdominal amb diarrea

**Fermín Mearin.** Servicio de Aparato Digestivo. Centro Médico Teknon. Barcelona.

**Agustín Balboa.** Servicio de Aparato Digestivo. Centro Médico Teknon. Barcelona.

### Index

1. Definició i criteris de diagnòstic
2. Dolor abdominal amb diarrea (SII-D): Diagnòstic
3. Dolor abdominal amb predomini de diarrea (SII-D): Tractament
4. Criteris de derivació a la consulta d'Aparell Digestiu.
5. Bibliografia



## 1. Definició i criteris de diagnòstic

La síndrome de l'intestí irritable (SII) es defineix com la presència de dolor abdominal recurrent associat a alteracions del ritme deposicional, ja sigui en forma de restrenyiment, de diarrea, o d'ambdues; la inflamació i la distensió abdominal són molt freqüents en la SII<sup>1</sup>. Lògicament, com en qualsevol altre trastorn funcional, no ha d'existir cap malaltia orgànica, metabòlica o neurològica que pugui causar els símptomes.

D'acord amb els Criteris Diagnòstics de Roma IV, la SII es diagnostica per la presència de dolor abdominal recurrent que ha d'estar present almenys un dia a la setmana, amb dues o més de les següents característiques:

- 1. S'associa a la defecació
- 2. Està relacionat amb un canvi en la freqüència de les deposicions
- 3. Està relacionat amb un canvi en la consistència de les deposicions.

Respecte als requeriments temporals, cal tenir en compte que els criteris s'han de complir durant els últims tres mesos i els símptomes haver començat un mínim de sis mesos abans del diagnòstic<sup>1</sup>. Roma IV aconsella establir els subtipus de la SII d'acord amb la consistència de les deposicions avaluada segons l'Escala de Bristol<sup>2</sup>.

Dependent de l'hàbit predominant la SII es divideix en SII amb restrenyiment (SII-E), SII amb diarrea (SII-D) o SII amb restrenyiment i diarrea (SII-mixta: SII-M).

## 2. Dolor abdominal amb diarrea (SII-D): Diagnòstic (figura 1).

El diagnòstic de la SII-D, igual que en la SII-R, es basa en tres aspectes clau: història clínica, exploració física i un nombre limitat de proves diagnòstiques. Diverses patologies poden tenir un quadre clínic indistingible de la SII-D o de la diarrea funcional, com ara la malaltia celíaca, la colitis microscòpica, la diarrea per àcids biliars i la intolerància a la lactosa i/o a la fructosa<sup>3</sup>. Per això, es recomana realitzar les proves necessàries per descartar aquestes entitats. La proteïna C reactiva i el recompte leucocitari s'han d'avaluar en tots els pacients amb diarrea crònica. El perfil tiroïdal ha de realitzar-se si hi ha sospita clínica d'hipertiroïdisme. La serologia per a malaltia celíaca (anticossos antitransglutaminasa tissular IgA, o IgG si hi ha dèficit d'IgA) cal que s'investigui en els pacients que no han millorat amb tractament empíric. Si la serologia és positiva o la sospita clínica és elevada, cal considerar la realització d'una gastroscòpia amb biòpsies duodenals. En aquests pacients la realització prèvia de l'estudi genètic HLA-DQ2/8 pot ser de gran utilitat atès el seu elevat valor predictiu negatiu (>99%)<sup>4</sup>. Els estudis de paràsits en femta (p.ex. per descartar *Giardia lamblia*) i la calprotectina fecal (sospita de procés inflamatori) poden ser útils.

Diverses metaanàlisis indiquen que la determinació de calprotectina fecal posseeix unes elevades sensibilitat i especificitat per diferenciar malaltia inflamatòria intestinal (MII) i SII5. La colonoscòpia està indicada quan falla el tractament empíric, quan hi

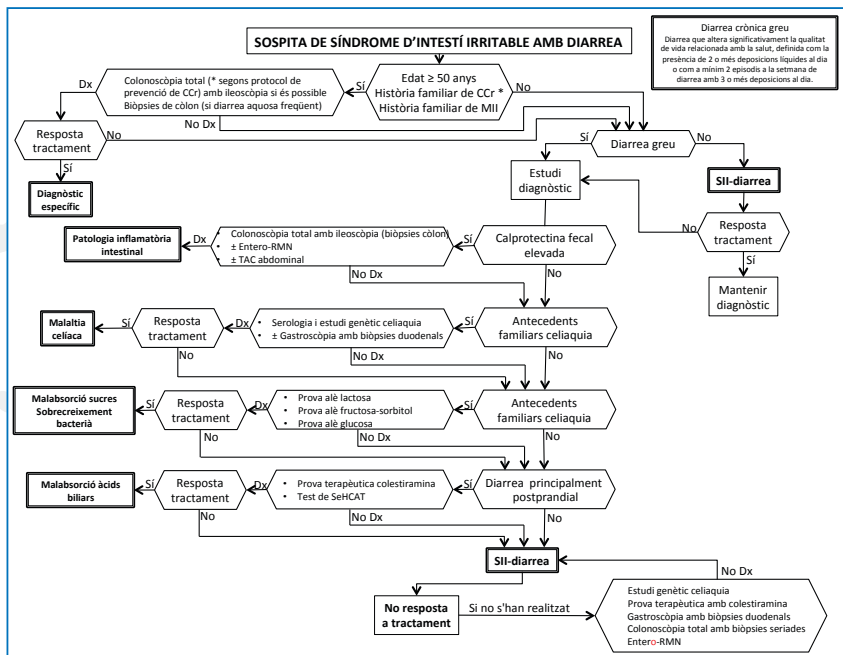


ha senyals d'alarma, i en tots els pacients de 50 anys o més amb finalitat de cribratge de càncer de còlon. En aquests casos, si la mucosa del còlon és macroscòpicament normal, cal prendre biòpsies esgraonades per descartar una colitis microscòpica.

La diarrea per àcids biliars es diagnostica mitjançant el test de SeHCAT. Si no es disposa d'aquest test es pot realitzar una prova diagnòstica amb colestiramina.

La malabsorció de sucres, el sobrecreixement bacterià i la sensibilitat al gluten no celíaca també.

**Figura 1.** Algorisme diagnòstic de la síndrome de l'intestí irritable amb predomini de diarrea.



### 3. Dolor abdominal amb predomini de diarrea (SII-D): Tractament (figura 2).

Modificacions dietètiques específiques.

**Dieta baixa en FODMAP.** L'experiència s'explica a l'apartat anterior, sent els resultats més favorables en la SII-D que en la SII-R.

**Dieta lliure de gluten.** L'eficàcia de la dieta sense gluten no ha estat avaluada formalment en cap assaig controlat en pacients amb SII no seleccionats. Tots els estudis realitzats avaluen de forma aleatoritzada i cega la reaparició de símptomes amb una reexposició o no en pacients que havien millorat prèviament amb una dieta sense gluten, la qual cosa en realitat suposa el diagnòstic d'una sensibilitat al blat no celíaca i no pròpiament el tractament de la SII. Per tant, no es recomana, de forma sistemàtica, la dieta lliure de gluten en pacients amb SII amb predomini de diarrea, ja que no hi ha evidència de la seva eficàcia si ho comparem amb altres mesures dietètiques, especialment tenint en compte les dificultats d'adherència i el cost afegit per al pacient.

**Suplements de fibra i agents augmentadors del bol.** El mecanisme d'acció de la fibra proposat és l'increment de la massa fecal i l'absorció d'aigua, amb la presumpció que actua com a prebiòtic, modificant el metabolisme i la fermentació colònica. No obstant això, cap estudi no ha avaluat aquests mecanismes en pacients amb SII amb predomini de diarrea. Per això, encara que hi ha evidència que la fibra soluble pot millorar globalment els símptomes de la SII, no hi ha evidència específica per als pacients amb predomini de diarrea. No es recomana la utilització de fibra de forma sistemàtica en pacients amb SII amb predomini de diarrea.

**Colestiramina.** La malabsorció d'àcids biliars (MAB) té una alta prevalença entre pacients que es presenten clínicament amb SII-D, per la qual cosa la colestiramina és un fàrmac que cal considerar en el seu tractament. Per tant, és adequat utilitzar la colestiramina com a tractament, així com alternativa diagnòstica de MAB (diagnòstic ex juvantibus) si no es disposa de mètodes objectius de diagnòstic (SeHCAT).

**Loperamida.** Encara que l'evidència és de baixa qualitat, es recomana l'ús de loperamida en pacients amb SII en els quals el símptoma predominant és la diarrea, especialment si s'associa amb urgència defecatòria i incontinència.

**Espasmolítics.** Tal com s'esmenta en l'apartat de SII-R, els espasmolítics són eficaços per millorar globalment els símptomes i, especialment, el dolor abdominal.

**Rifaximina** La utilització de la rifaximina es basa en la hipòtesi del sobrecreixement bacterià en la SII, però el seu mecanisme d'acció no està completament aclarit. La rifaximina és un fàrmac segur i eficaç en pacients amb SII sense restrenyiment, sent especialment útil en aquells pacients amb SII-D en els quals, a més, hi ha distensió abdominal.

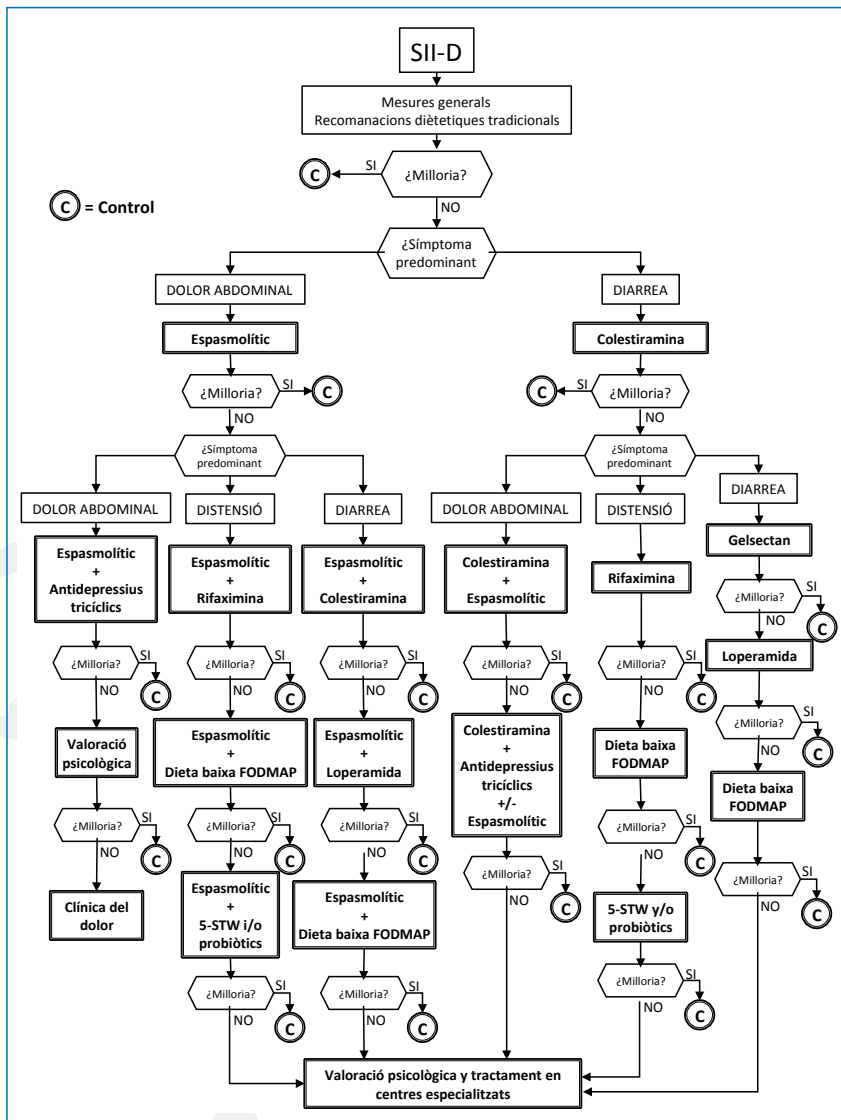
**Antidepressius.** Els antidepressius, i específicament els antidepressius tricíclics, són eficaços per a la millora dels símptomes de la SII-D.

**Normalitzadors de la permeabilitat intestinal.** L'augment de permeabilitat és un mecanisme fisiopatològic ben caracteritzat en pacients amb SII amb predomini de diarrea. Recentment ha estat autoritzada la comercialització d'un producte sanitari compost de xiloglucan, proteïna vegetal reticulada i xilooligosacàrids que actua sobre aquest mecanisme d'acció de forma mecànica. Un assaig clínic aleatoritzat publicat aquest any ha mostrat la seva eficàcia en el control de la diarrea y altres símptomes del SII<sup>6</sup>.

**Eluxadolina.** L'eluxadolina és un fàrmac aprovat per l'EMA encara que no comercialitzat al nostre país. És una agonista mu-opioide i antagonista delta-opioide que ha demostrat ser eficaç en el tractament de la SII-D, tant per a la diarrea com per al dolor<sup>7</sup>. Des del punt de vista de la seguretat, l'efecte advers més freqüent és el restrenyiment; no obstant això, l'efecte advers més limitant és la pancreatitis aguda (0,2% amb 75mg i 0,4% amb 100 mg), que contraindica la seva utilització en pacients amb antecedents de pancreatitis, colecistectomitzats o amb antecedents de consum elevat d'alcohol.



Figura 2. Algorisme terapèutic de la síndrome de l'intestí irritable amb predomini de diarrea.



#### 4. Criteris de derivació a la consulta d'Aparell Digestiu.

L'ús dels criteris de Roma (veure més amunt), permet establir una aproximació diagnòstica raonablement fiable i segura dins el mitjà d'atenció primària, sense necessitat de recórrer a altres proves i exàmens complementaris.

Hi ha, però, tres situacions en què resulta obligada la derivació del pacient a la consulta del gastroenteròleg per validar el diagnòstic i excloure una patologia orgànica:

1. Síntomes i signes que suggereixen patologia orgànica (síntomes d'alarma o "banderes vermelles") (Taula I).

<b>Taula 1. Síntomes d'alarma o "banderes vermelles"</b>		
<b>Dependents de la història clínica</b>	Començament dels símptomes a partir dels 50 anys	
	Pèrdua de pes (no explicable per una altra causa)	
	Febre	
	Diarrea greu o persistent	
	Sang a la femta	
	Començament dels símptomes després de la presa d'antibiòtics	
	Història familiar de càncer de còlon, MII o malaltia celíaca	
	Antecedents personals de càncer de còlon	
	Escenari favorable o sospitos d'ESG	
<b>Dependents de l'exploració física</b>	Goll.	
	Adenopaties	
	Massa abdominal o visceromegàlia	
	Artritis	
	Síntomes cutanis	Aftes orals
		Eritema nodós
		Piodèrmia gangrenosa
Psoriasi		
	Hiperpigmentació	
<b>Dependents de les anàlisis de laboratori</b>	Anèmia	
	Leucocitosi	
	VSG o PCR elevada	
	Hormones tiroïdals alterades	

2. Antecedents familiars de càncer colorectal (CCR), malaltia inflamatòria intestinal (MII) o malaltia celíaca (MC).

3. Síntomes persistents malgrat un tractament empíric, després d'haver efectuat un diagnòstic de SII basat exclusivament en la informació proporcionada per la història i l'examen físic.

El gastroenteròleg durà a terme les exploracions necessàries per excloure una causa orgànica dels símptomes, atenent al cost-utilitat de les proves i a la probabilitat pretest que una determinada exploració redundi en el descobriment d'una causa orgànica.

En aquest punt, és important considerar que algunes entitats poden manifestar-se amb criteris d'aparent funcionalitat. Aquest és el cas de la colitis microscòpica, el sobrecreixement bacterià, la malabsorció d'àcids biliars, l'enteropatia induïda pel gluten (ESG) i la insuficiència exocrina del pàncrees.

Si el diagnòstic de SII és definitivament validat, el seu maneig posterior (exclusivament en atenció primària, necessitat de seguiment conjunt, o control essencialment en la consulta de gastroenterologia), depèn primordialment de la gravetat dels símptomes, la resposta terapèutica i el deteriorament de la qualitat de vida relacionada amb la salut.

Una informació més exhaustiva sobre el maneig de la SII pot ser consultada a: <http://www.aegastro.es/residentes-y-ofertas-de-trabajo/publicaciones/guias-de-practica-clinica/guia-de-practica-clinica-sobre-el-sindrome-del-intestino-irritable>

## 5. Bibliografia

1. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AL, Simren M, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393-407.
2. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32: 920-4.
3. Fernández-Bañares F, Accarino A, Balboa A, Domènech E, Esteve M, Garcia-Planella E, et al. Chronic diarrhoea: Definition, classification and diagnosis. *Gastroenterol Hepatol* 2016; 39: 535-59.
4. Rubio-Tapia A, Hill ID, Kelly CP, Calderwood AH, Murray JA; American College of Gastroenterology. ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 656-76.
5. Walsham NE, Sherwood RA. Fecal calprotectin in inflammatory bowel disease. *Clin Exp Gastroenterol* 2016; 9: 21-9.
6. Trifan A, Burta O, Tiuca N, Petrisor DC, Lenghel A, Santos J. Efficacy and safety of Gelsectan for diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome: A randomised, crossover clinical trial. *United Eur Gastroenterol J* 2019; 7: 1093-1101.
7. Lembo AJ, Lacy BE, Zuckerman MJ, Schey R, Dove LS, Andrae DA, et al. Eluxadoline for Irritable Bowel Syndrome with Diarrhea. *N Engl J Med* 2016; 374: 242-53.

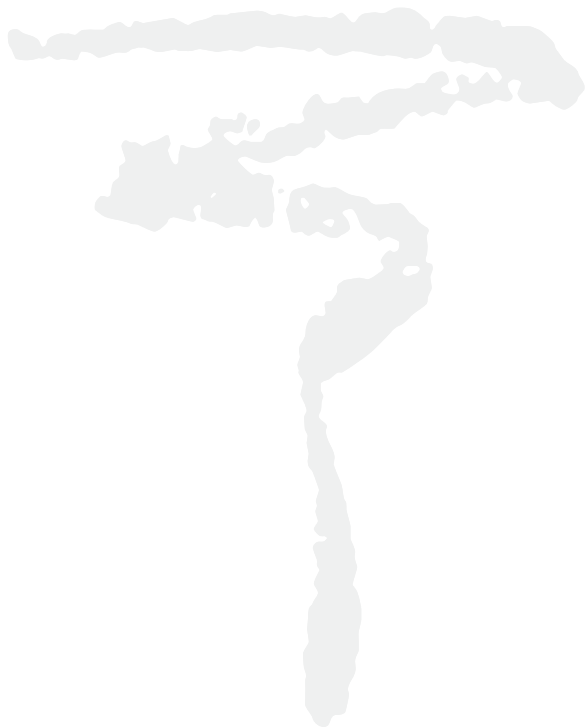
## Dolor abdominal amb restrenyiment (SII-R)

**Fermín Mearin.** Servicio de Aparato Digestivo. Centro Médico Teknon. Barcelona.

**Agustín Balboa.** Servicio de Aparato Digestivo. Centro Médico Teknon. Barcelona.

### Index

1. Definició i criteris de diagnòstic
2. Dolor abdominal amb restrenyiment (SII-R): Diagnòstic
3. Dolor abdominal amb restrenyiment (SII-R): Tractament
4. Criteris de derivació a la consulta d'Aparell Digestiu.
5. Bibliografia



## 1. Definició i criteris de diagnòstic

La síndrome de l'intestí irritable (SII) es defineix com la presència de dolor abdominal recurrent associat a alteracions del ritme deposicional, ja sigui en forma de restrenyiment, de diarrea, o d'ambdues; la inflamació i la distensió abdominal són molt freqüents en la SII<sup>1</sup>. Lògicament, com en qualsevol altre trastorn funcional, no ha d'existir cap malaltia orgànica, metabòlica o neurològica que pugui causar els símptomes.

D'acord amb els Criteris Diagnòstics de Roma IV, la SII es diagnostica per la presència de dolor abdominal recurrent que ha d'estar present almenys un dia a la setmana, amb dues o més de les següents característiques:

- 1. S'associa a la defecació
- 2. Està relacionat amb un canvi en la freqüència de les deposicions
- 3. Està relacionat amb un canvi en la consistència de les deposicions

Respecte als requeriments temporals, cal tenir en compte que els criteris s'han de complir durant els últims tres mesos i els símptomes haver començat un mínim de sis mesos abans del diagnòstic<sup>1</sup>. Roma IV aconsella establir els subtipus de la SII d'acord amb la consistència de les deposicions avaluada segons l'Escala de Bristol<sup>2</sup>.

Dependent de l'hàbit predominant la SII es divideix en SII amb restrenyiment (SII-E), SII amb diarrea (SII-D) o SII amb restrenyiment i diarrea (SII-mixta: SII-M).

## 2. Dolor abdominal amb restrenyiment (SII-R): Diagnòstic (figura 1).

El diagnòstic de SII-R s'estableix mitjançant una acurada història clínica que inclou el compliment dels criteris de Roma IV<sup>1</sup>: ha de tenir, en més del 25% de les deposicions, excrements durs (Bristol a 1 o 7), amb excrements tous o líquids (Bristol 6 o 7) en menys del 25% de les deposicions<sup>1</sup>. A més d'excloure altres malalties intestinals i extraintestinals, o de la presa de fàrmacs que justifiquin els símptomes. Així mateix, cal avaluar si existeixen criteris d'alarma que comportin la realització específica de determinats estudis complementaris. D'altra banda, hi ha certes dades clíniques que avalen el diagnòstic de SII com són la cronicitat dels símptomes, l'associació amb altres trastorns funcionals digestius (dispèpsia funcional i símptomes de reflux gastroesofàgic), extradigestius (fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica, dolor pèlvic crònic, etc.), i certs determinants psicològics<sup>1</sup>.

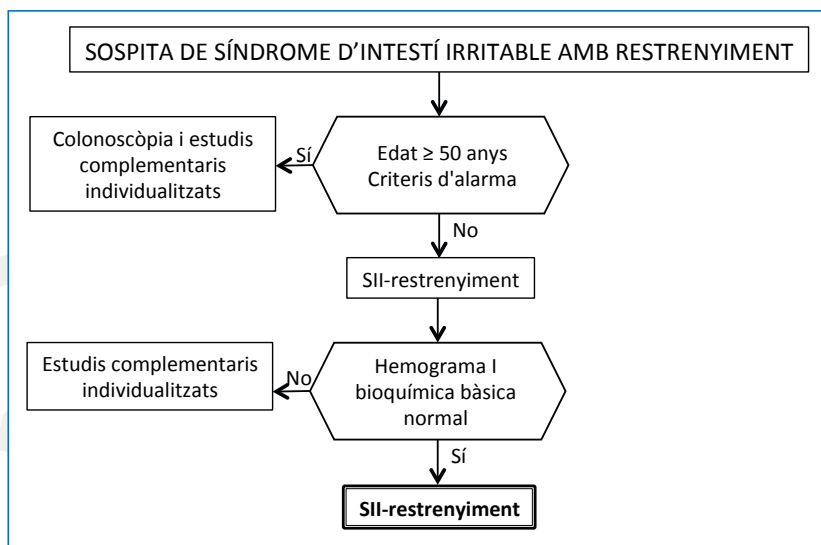
**Proves de laboratori**. En absència de criteris d'alarma, un hemograma i paràmetres bioquímics com la proteïna C reactiva i la VSG són suficients. La majoria de les guies clíniques consideren que el cribratge de la malaltia celíaca mitjançant serologia només resulta rendible en pacients amb símptomes de SII no associats a restrenyiment i, per tant, no es recomana de rutina en aquest subgrup de pacients<sup>3</sup>. Altres marcadors d'inflamació com la calprotectina fecal no semblen d'utilitat en pacients amb restrenyiment<sup>1</sup>.



**Colonoscòpia en SII-R.** No hi ha cap evidència que avaluï la utilitat de la realització de colonoscòpia en pacients amb clínica de restrenyiment sense altres símptomes d'alarma associats o altres factors de risc. No obstant això, s'ha de realitzar en pacients amb criteris de SII que tinguin símptomes d'alarma, factors de risc per a càncer de còlon, inici dels símptomes en etapes tardanes de la vida, agreujament dels símptomes i si no hi ha resposta al tractament.

**Estudis funcionals en SII-R.** Alguns pacients amb SII-R poden presentar algun tipus d'alteració funcional anorectal o de la motilitat del còlon que no responen a les mesures habituals, per la qual cosa precisen de la realització d'estudis funcionals per establir un diagnòstic específic.

**Figura 1.** Algorisme diagnòstic de la síndrome de l'intestí irritable amb predomini de restrenyiment.



### 3. Dolor abdominal amb restrenyiment (SII-R): Tractament (figura 2).

En els pacients amb SII-R, l'avaluació individualitzada dels símptomes predominants, la comorbiditat psiquiàtrica, l'experiència amb tractaments previs i la relació dieta/símptomes són essencials per establir-ne el tractament i la intensitat.

**Relació metge-pacient.** L'efecte que té la relació terapèutica que estableix el metge amb el pacient s'associa a un descens en el nombre de consultes, una disminució de la simptomatologia i un increment en la satisfacció del pacient.

**Fibra.** La fibra soluble ha demostrat ser beneficiosa en la SII-R fonamentalment sobre el restrenyiment, però pot incrementar el dolor abdominal, la distensió i el meteorisme<sup>4</sup>.

**Dieta.** La majoria dels pacients amb SII-R considera responsables dels símptomes certs elements de la dieta. Per això és important intentar identificar quins aliments o grups d'aliments poden desencadenar o incrementar els símptomes i distingir entre pacients amb criteris diagnòstics de SII i aquells que compleixen, a més, criteris d'intolerància/malabsorció a la lactosa, el sorbitol, la fructosa o són no celíacs sensibles al gluten.

Els FODMAP (oligosacàrids, disacàrids, monosacàrids i poliols fermentables) constitueixen una sèrie de carbohidrats de cadena curta que són malabsorbits a l'intestí i poden produir, per la seva activitat osmòtica i per la fermentació dels bacteris intestinals (excés de producció de gas), símptomes com la diarrea, la distensió i/o el dolor abdominal i el meteorisme. Alguns pacients amb SII-R, bé per malabsorció o per hipersensibilitat visceral, poden manifestar una exacerbació d'aquests símptomes i, per tant, una dieta restrictiva podria ser significativament beneficiosa<sup>5</sup>.

Diversos estudis no controlats han demostrat que els pacients amb SII milloren amb dieta restrictiva de gluten. No obstant això, la importància del gluten en el desencadenament dels símptomes s'ha qüestionat de forma evident.

**Laxants.** L'eficàcia dels laxants, independentment del seu mecanisme d'acció (osmòtics o estimulants), està ben documentada per al tractament del restrenyiment. No obstant això, tenen moltes limitacions en la SII a causa dels símptomes associats, atès que no milloren el dolor ni la distensió abdominal i la majoria d'ells poden incrementar-los.

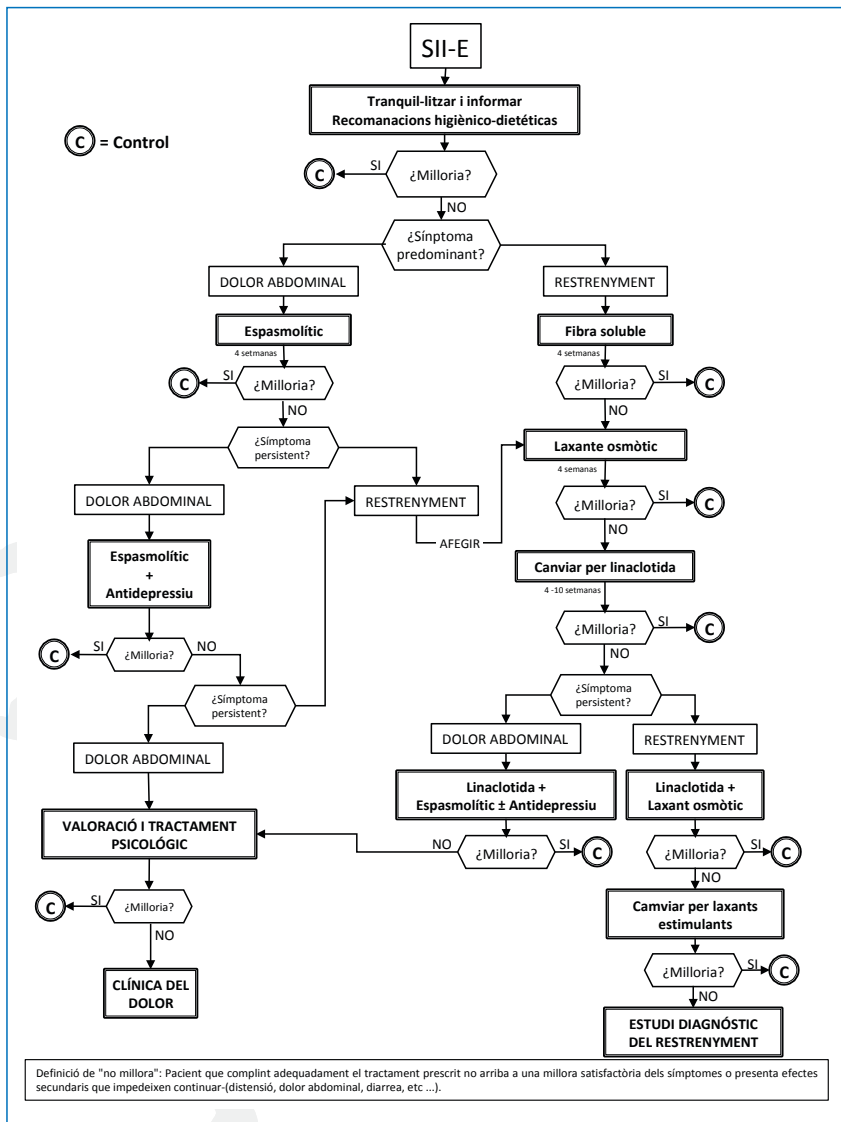
**Probiòtics.** Sobre la base de les revisions sistemàtiques i metaanàlisis existents<sup>6</sup>, alguns probiòtics produeixen una millora significativa sobre la percepció global dels símptomes en pacients amb SII, i selectivament sobre el dolor, la distensió i el meteorisme.

**Espasmolítics.** La majoria dels espasmolítics, independentment del seu mecanisme d'acció, antagonistes de canals del calci (otiloni i pinaveri), relaxants directes del múscul llis (mebeverina) i anticolinèrgics/antimuscarínics (hioscina, cimetropi, hidroclorur de dicitlomina), han demostrat ser més eficaços que el placebo en la millora del dolor i la distensió abdominal en pacients amb SII<sup>7</sup>.

**Fàrmacs secretagogs.** La linaclotida és un agonista de la guanilat-ciclasa C que actua produint un augment de la secreció de bicarbonat i clor cap a la llum intestinal (incrementa el contingut intestinal, accelerant el temps de trànsit) i una disminució de la sensibilitat visceral. La linaclotida és el fàrmac d'elecció per a pacients amb SII-R en els quals la fibra soluble, els laxants i/o els espasmolítics han fracassat o quan existeix intolerància o contraindicació a qualssevol d'ells<sup>8</sup>.

**Antidepressius.** Els antidepressius tricíclics (ADT) i els inhibidors de la recaptació de la serotonina (ISRS) milloren de forma global el dolor i la distensió abdominal, incrementant el restrenyiment els ADT. Per això, en la SII-I s'han d'evitar els ADT.

**Figura 2.** Algorisme terapèutic de la síndrome de l'intestí irritable amb predomini de restrenyiment.



#### 4. Criteris de derivació a la consulta d'Aparell Digestiu.

L'ús dels criteris de Roma (veure més amunt), permet establir una aproximació diagnòstica raonablement fiable i segura dins el mitjà d'atenció primària, sense necessitat de recórrer a altres proves i exàmens complementaris.

Hi ha, però, tres situacions en què resulta obligada la derivació del pacient a la consulta del gastroenteròleg per validar el diagnòstic i excloure una patologia orgànica:

1. Síntomes i signes que suggereixen patologia orgànica (síntomes d'alarma o "banderes vermelles") (Taula I).

<b>Síntomes d'alarma o "banderes vermelles"</b>		
<b>Dependents de la història clínica</b>	Començament dels símptomes a partir dels 50 anys	
	Pèrdua de pes (no explicable per una altra causa)	
	Febre	
	Sang a la femta	
	Història familiar de càncer de còlon, MII o malaltia celíaca	
<b>Dependents de l'exploració física</b>	Antecedents personals de càncer de còlon	
	Tacte rectal suggestiu de disnergia del sòl pèlvic.	
	Goll	
	Adenopaties	
	Massa abdominal o visceromegàlia	
	Artritis	
	Síntomes cutanis	Aftes orals
		Eritema nodós
		Piodèrmia gangrenosa
		Psoriasi
	Hiperpigmentació	
<b>Dependents de les anàlisis de laboratori</b>	Anèmia	
	Leucocitosi	
	VSG o PCR elevada	
	Hormones tiroïdals alterades	

2. Antecedents familiars de càncer colorectal (CCR), malaltia inflamatòria intestinal (MII) o malaltia celíaca (MC).

3. Síntomes persistents malgrat un tractament empíric, després d'haver efectuat un diagnòstic de SII basat exclusivament en la informació proporcionada per la història i l'examen físic.

El gastroenteròleg durà a terme les exploracions necessàries per excloure una causa orgànica dels símptomes, atenent al cost-utilitat de les proves i a la probabilitat pretest que una determinada exploració redundi en el descobriment d'una causa orgànica.

Si el diagnòstic de SII és definitivament validat, el seu maneig posterior (exclusivament en atenció primària, necessitat de seguiment conjunt, o control essencialment en la consulta de gastroenterologia) depèn primordialment de la gravetat dels símptomes, la resposta terapèutica i el deteriorament de la qualitat de vida relacionada amb la salut.

Una informació més exhaustiva sobre el maneig de la SII pot ser consultada a:

<http://www.aegastro.es/residentes-y-ofertas-de-trabajo/publicaciones/guias-de-practica-clinica/guia-de-practica-clinica-sobre-el-sindrome-del-intestino-irritable>

## 5. Bibliografia

1. Lacy BE, Mearin F, Chang L et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393-407.
2. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32: 920-4.
3. Bharucha AE, Dorn S, Lembo A, Pressman A. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology* 2013; 144: 211-7.
4. Rao SSC, Yu S, Fedewa A. Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 41: 1256-70.
5. Marsh A, Eslick EM, Eslick GD. Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr* 2016; 55: 897-906.
6. Ford AC, Quigley EMM, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. Efficacy of Prebiotics, Probiotics, and Synbiotics in Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation: Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014; 109: 1547-61.
7. Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Metaanalysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15:355-61.
8. Rey E, Mearin F, Alcedo J, Ciriza C, Delgado-Aros S, Freitas T, et al. Optimizing the Use of Linaclotide in Patients with Constipation-Predominant Irritable Bowel Syndrome: An Expert Consensus Report. *Adv Ther* 2017; 34: 587-98.



## Diarrea crònica funcional

**Juan Enrique Naves.** Metge adjunt d'Àparell Digestiu. Hospital del Mar. Barcelona.

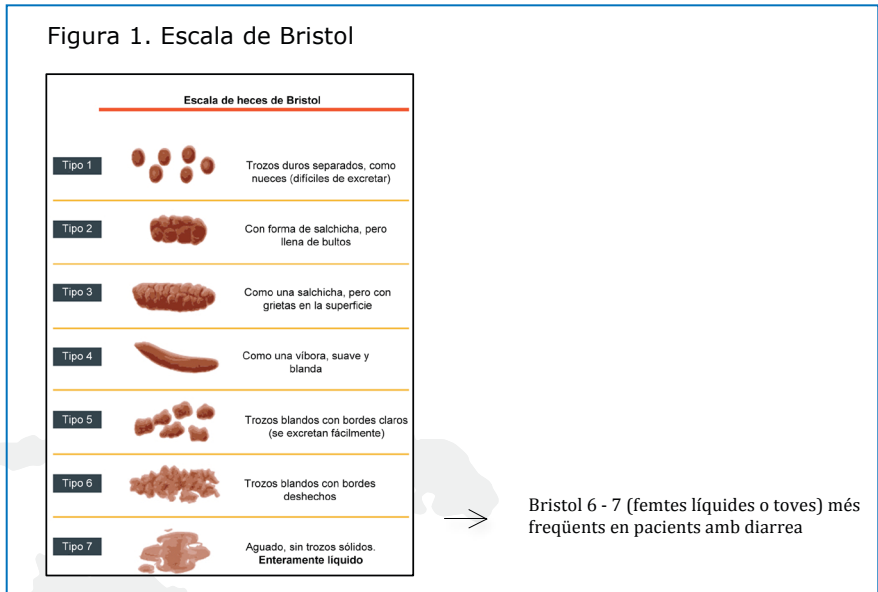
### Index

1. Definició i epidemiologia
2. Diagnòstic de la diarrea crònica des de la consulta d'atenció primària
  - 2.1. Existeixen dades suggestives d'organicitat?
  - 2.2. Hi ha algun tractament farmacològic potencialment associat?
  - 2.3. L'absència de dades suggestives d'organicitat o fàrmacs associats implica sempre diarrea crònica funcional?
3. Tractament de la diarrea crònica des de la consulta d'atenció primària
  - 3.1. Quines són les mesures de maneig inicial responsabilitat del MAP?
4. Situacions que requereixen derivació
  - 4.1. Derivar a urgències
  - 4.2. Derivar a consulta especialitzada
5. Bibliografia

## 1. Definició i epidemiologia

La diarrea crònica (DC) es pot definir com una disminució de la consistència de la femta (Figura 1) o un augment en la freqüència de les deposicions, d'una durada de més de quatre setmanes<sup>1, 2, 3</sup>. La freqüència normal de les deposicions varia de tres vegades a la setmana a tres vegades al dia.

Figura 1. Escala de Bristol



S'estima que al voltant d'un 5% de la població adulta presenta DC<sup>4</sup>, cosa que converteix aquest símptoma en un freqüent motiu de consulta als metges d'atenció primària (MAP) i als especialistes de l'aparell digestiu (EAD).

No disposem d'una aproximació diagnòstica estandarditzada totalment acceptada per al diagnòstic diferencial de la DC, essent un repte per a tot metge dirigir adequadament l'estudi.

Excedeixen els objectius d'aquest capítol repassar totes les causes de DC i la seva fisiopatologia, per la qual cosa remetem el lector interessat a ampliar el tema al document de posicionament de la SCD sobre diarrea crònica. ([http://www.scdigestologia.org/index.php?link=docs\\_posicio](http://www.scdigestologia.org/index.php?link=docs_posicio)).

L'interès principal d'aquest document és oferir recomanacions pràctiques que permetin al MAP diferenciar aquells casos que requereixen derivació a l'especialista d'aquells que poden ser tractats des de la seva consulta.



## 2. Diagnòstic de la diarrea crònica des de la consulta d'atenció primària

En la valoració inicial d'un pacient amb DC, el MAP ha d'intentar donar resposta a les següents preguntes:

### 2. 1. Existeixen dades suggestives d'organicitat?

<b>TAULA 1</b>	
<b>DADES QUE SUGGEREIXEN ORGANICITAT</b>	Presència de sang a la femta
	Aparició de febre
	Pèrdua recent de pes (> 5 kg)
	Inici recent dels símptomes o canvi en les característiques prèvies d'aquests
	Aparició en edat avançada (≥50 anys)
	Aparició en edat avançada (≥50 anys)
	Història familiar de càncer o pòlips colorectals
	Presència de diarrea nocturna
	Deposicions molt abundants o esteatorreiques
	Anomalies en l'exploració física (pal·lidesa, adenopaties, massa abdominal, etc.)
	Anèmia, hipoprotrombinèmia, hipoalbuminèmia, augment de VSG o PCR
	Important repercussió en l'estat general del pacient
	Anàlisi de femta amb sang oculta positiva, o calprotectina fecal elevada

Una rigorosa anamnesi i un examen físic exhaustiu, a més d'un estudi de laboratori que inclogui hemograma, bioquímica amb ionograma, VSG i PCR, albúmina, temps de protrombina, ferritina, folat, vitamina B12, serologia de malaltia celíaca, test de sang oculta en femta (TSOH), estudi parasitològic de femtes i calprotectina fecal, ens permetrà classificar la DC en aquella amb característiques orgàniques i aquelles amb característiques funcionals (Taules 1 i 2).

<b>TAULA 2</b>	
<b>DADES QUE SUGGEREIXEN FUNCIONALITAT</b>	Diarrea de durada > 3 mesos o sense recordar el moment d'inici
	Caràcter intermitent i horari diürn
	Absència de pèrdua de pes
	Associat a sensació de plenitud, flatulències, ansietat
	Absència de signes i símptomes d'alarma
	Absència d'alteracions en l'analítica i/o en les exploracions bàsiques
	Estat general del pacient conservat
	Absència d'antecedents familiars significatius

En aquells pacients amb diarrea de causa orgànica haurem de considerar aprofundir l'estudi mitjançant colonoscòpia o altres estudis complementaris depenent del cas, i valorar remetre a l'especialista. Aquells amb diarrea crònica de característiques funcionals poden ser tractats inicialment pel metge d'atenció primària.

## 2. 2. Hi ha algun tractament farmacològic potencialment associat?

Més de 700 fàrmacs han estat relacionats amb el desenvolupament de diarrea, representant aquest símptoma el 7% dels efectes secundaris a drogues<sup>5</sup>. Interrogar sobre aquesta possibilitat és una funció primordial del MAP.

<b>TAULA 3</b>	
<b>EXEMPLES DE FÀRMACS ASSOCIATS A DIARREA CRÒNICA</b>	Antibiòtics (β Lactàmics, eritromicina, clindamicina, etc.)
	Antihipertensius (IECAs, ARA2, betabloquejants, diürètics)
	Hipolipemians (estatines, colestiramina, gemfibrozil, clofibrat)
	Antiarrítmics (digoxina, quinidina)
	Antiàcids amb magnesi, IBP, Anti-H2, misoprostol
	Laxants osmòtics i laxants estimulants
	Antidepressius SSRI (fluoxetina, paroxetina, sertralina)
	Antidepressius SSRI (fluoxetina, paroxetina, sertralina)
	Antiparkinsonians (levodopa)
	Liti, carbamazepina, alprazolam
	Antigotosos (colquicina)
	AINEs (ibuprofèn, naproxèn, diclofenac)
	Hipoglucèmians (metformina, inhibidors alfa-glucosidasa)
Antineoplàsics i immunosupressors	

Tot i que la diarrea sol presentar-se ràpidament després de l'inici o en augmentar la dosi d'una medicació, de vegades el símptoma apareix temps després i amb dosis estables. Relacionar algun fàrmac concomitant a la diarrea pot suposar evitar la realització de proves diagnòstiques innecessàries (Taula 3).

### **2. 3. L'absència de dades suggestives d'organicitat o fàrmacs associats implica sempre diarrea crònica funcional?**

Els criteris de Roma IV que defineixen la DC funcional, ho fan d'una manera molt àmplia (Taula 4).

<b>TAULA 4</b>	
<b>CRITERIS DE ROMA IV PER A DIARREA CRÒNICA FUNCIONAL</b>	Presència de femtes toves o aquoses (Bristol 6 o 7) en més del 25% de les deposicions.
	No hi ha d'haver criteris per al diagnòstic de síndrome de l'intestí irritable subtipus diarrea.

\* Els criteris s'han de complir durant els últims 3 mesos

\* Els símptomes s'han d'haver iniciat com a mínim 6 mesos abans.

El compliment d'aquests criteris i l'absència de dades suggestives d'organicitat no necessàriament implica que estiguem davant d'un pacient amb DC funcional o una síndrome d'intestí irritable amb predomini de diarrea (SII-D).

Algunes malalties tenen una base orgànica però es comporten de forma indistingible a les DC d'origen funcional, i requereixen d'estudis específics que en moltes ocasions no són accessibles als MAP (veure algorisme).

## **3. Tractament de la diarrea crònica des de la consulta d'atenció primària**

### **3.1. Quines són les mesures de maneig inicial responsabilitat del MAP?**

El tractament de la DC ha de ser etiològic i dirigit a corregir la causa que l'ocasiona sempre que sigui possible. El tractament simptomàtic estarà indicat mentre s'estudia el pacient, quan no s'arribi a un diagnòstic definitiu, o en l'enfocament inicial de pacients amb DC de característiques funcionals.

En tot pacient amb DC és important mantenir una adequada reposició de líquids i realitzar una dieta equilibrada, evitant les restriccions no fonamentades, amb excepció d'aquells aliments rics en sorbitol, cafeïna, alcohol o greixos que acceleren el trànsit intestinal.

La loperamida és un agonista opiaci que actua sobre receptors  $\mu$  de la paret intestinal inhibint l'alliberament d'acetilcolina, donant com a resultat una disminució de l'activitat peristàltica, i augmentant la consistència de la femta. És un fàrmac aprovat per al control dels símptomes de diarrea en adults i nens > 12 anys, que no travessa la barrera hematoencefàlica (no provoca efectes centrals) i no desenvolupa tolerància en humans. No s'ha d'utilitzar si hi ha sospita de diarrea inflamatòria o infecciosa<sup>6, 7, 8</sup>.

La colestiramina és una resina no digerible que s'uneix i bloqueja els àcids biliars en l'intestí, disminuint l'efecte que provoca l'arribada d'aquests àcids al còlon. La indicació fonamental és la DC per malabsorció d'àcids biliars (MAB) però figura també en diverses guies com a opció terapèutica en DC funcional, especialment quan se sospita MAB (ex. colecistectomitzats) i no es tingui accés a test de SeHCAT<sup>9</sup>.

Els agents augmentadors del bol (*Plantago ovata*, metilcel·lulosa) poden modificar la consistència de la femta sense disminuir-ne el pes, essent especialment útils en casos de diarrea crònica de característiques funcionals associada a incontinència fecal<sup>10, 11</sup>.

La diosmectita és una argila absorbent amb capacitat de millorar la consistència de la femta i la freqüència defecatòria. Existeix evidència de la capacitat d'aquest producte per millorar la diarrea en la SII-D i la diarrea crònica funcional<sup>12</sup>.

Els antiespasmòdics són un grup heterogeni de fàrmacs que milloren el dolor i la distensió abdominal per diversos mecanismes d'acció,

- 1) antagonisme dels canals del calci (otiloni i pinaveri),
- 2) relaxant directament el múscul llis (mebeverina) o,
- 3) mitjançant acció anticolinèrgica (hioscina, cimetropi, hidroclorur de dicitlomina)<sup>13, 14</sup>. Són especialment útils en pacients amb diarrea i dolor abdominal.

La rifaximina és un antibiòtic oral que actua inhibint la síntesi d'ARN bacterià, impedit l'adherència bacteriana a les cèl·lules epitelials, regulant a la baixa l'expressió de citocines proinflamàtores epitelials i, finalment, modulant la microbiota intestinal. Està indicada en el pacient amb diarrea crònica i distensió abdominal, especialment si se sospita sobrecreixement bacterià intestinal<sup>15, 16</sup>.

Altres tractaments utilitzats en la DC funcional són els antagonistes de receptors de serotonina com ondansetró<sup>17</sup>, els antidepressius tricíclics com amitriptilina, l'agonista mu-opioide i antagonista delta-opioide eluxadolina (encara no comercialitzat al nostre país) o els probiòtics, dels quals encara existeixen poques evidències.

## 4. Situacions que requereixen derivació

### 4. 1. Derivar a urgències:

- a. DC amb símptomes d'alarma o amb afectació de l'estat general que impedeixen fer una derivació i un estudi ambulatori.
- b. Sospita de causes greus (deshidratació, vòmits refractaris, immunodepressió, malaltia subjacent greu, signes peritoneals, etc.).

### 4. 2. Derivar a consulta especialitzada:

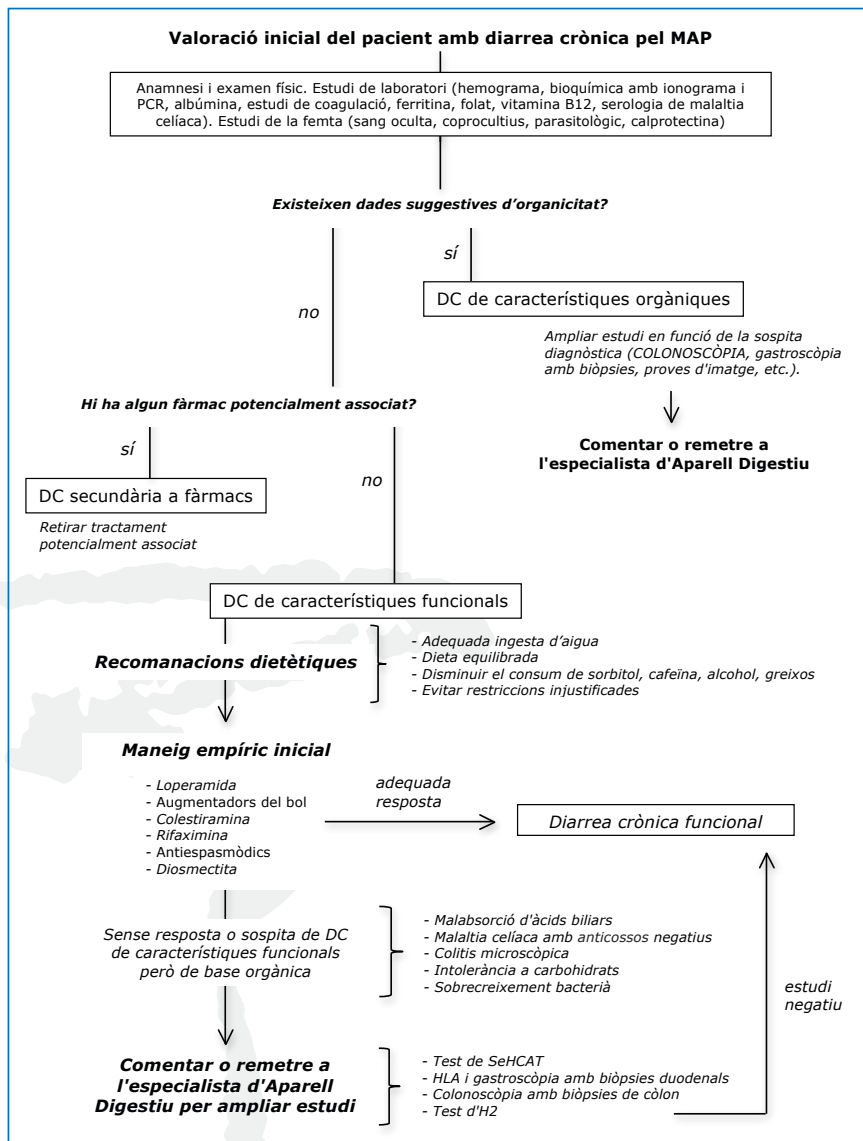
- a. DC de característiques orgàniques que requereixi estudis complementaris específics.
- b. DC de característiques funcionals que no respongui al tractament inicial.
- c. DC de característiques funcionals en què se sospiti alguna causa que requereixi estudis no accessibles al MAP (ex. test H2, SeHCAT, etc.).
- d. DC de característiques funcionals de difícil maneig que sol·liciti segona opinió especialitzada.

## 5. Bibliografia

1. Wenzl HH, Fine KD, Schiller LR, Fordtran JS. Determinants of decreased fecal consistency in patients with diarrhea. *Gastroenterology*. 1995;108(6):1729-1738. doi:10.1016/0016-5085(95)90134-5.
2. O'Donnell LJ, Virjee J, Heaton KW. Detection of pseudodiarrhoea by simple clinical assessment of intestinal transit rate. *BMJ*. 1990;300(6722):439-440. doi:10.1136/bmj.300.6722.439.
3. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6). doi:10.1053/j.gastro.2016.02.031.
4. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiol*. 1992;136(2):165-177. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a116483.
5. Chassany O, Michaux A, Bergmann JF. Drug-Induced Diarrhoea TL - 22. *Drug Saf*. 2000;22 VN - r(1):5372. doi:10.2165/00002018-200022010-00005.
6. Shannon HE, Lutz EA. Comparison of the peripheral and central effects of the opioid agonists loperamide and morphine in the formalin test in rats. *Neuropharmacology*. 2002;42(2):253-261. doi:10.1016/S0028-3908(01)00173-3.
7. Wood JD, Galligan JJ. Function of opioids in the enteric nervous system. *Neurogastroenterol Motil*. 2004;16(SUPPL. 2):17-28. doi:10.1111/j.1743-3150.2004.00554.x.
8. Ooms LA, Degrype AD, Janssen PA. Mechanisms of action of loperamide. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 1984;96:145-155. <http://dx.doi.org/>.

9. Camilleri M. Bile acid diarrhea: Prevalence, pathogenesis, and therapy. *Gut Liver*. 2015;9(3):332-339. doi:10.5009/gnl14397.
10. Bliss DZ, Savik K, Jung H-JG, Whitebird R, Lowry A, Sheng X. Dietary Fiber Supplementation for Fecal Incontinence: A Randomized Clinical Trial. *Res Nurs Health*. 2014;37(5):367-378. doi:10.1002/nur.21616.
11. Bliss DZ, Jung HJ, Savik K, et al. Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence. *Nurs Res*. 2001;50(4):203-213. doi:10.1097/00006199-200107000-00004.
12. Chang FY, Lu CL, Chen CY, Luo JC. Efficacy of dioctahedral smectite in treating patients of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007;22(12):2266-2272. doi:10.1111/j.1440-1746.2007.04895.x.
13. Annaházi A, Róka R, Rosztóczy A, Wittmann T. Role of antispasmodics in the treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2014;20(20):6031-6043. doi:10.3748/wjg.v20.i20.6031.
14. Tack J, Fried M, Houghton LA, Spicak J, Fisher G. Systematic review: The efficacy of treatments for irritable bowel syndrome - A European perspective. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;24(2):183-205. doi:10.1111/j.1365-2036.2006.02938.x.
15. Gasbarrini A, Lauritano EC, Gabrielli M, et al. Small intestinal bacterial overgrowth: Diagnosis and treatment. In: *Digestive Diseases*. Vol 25. ; 2007:237-240. doi:10.1159/000103892.
16. S.B. M, M. M, H.M. K, W.D. C. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(1):28-35. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L51695592>  
<http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2011.355>.
17. Garsed K, Chernova J, Hastings M, et al. A randomised trial of ondansetron for the treatment of irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Gut*. 2014;63(10):1617-1625. doi:10.1136/gutjnl-2013-305989.

Figura 2. Algorisme diagnosticoterapèutic del pacient amb diarrea crònica







## Restrenyiment crònic funcional

**Juan Enrique Naves.** Metge adjunt d'Àparell Digestiu. Hospital del Mar. Barcelona.

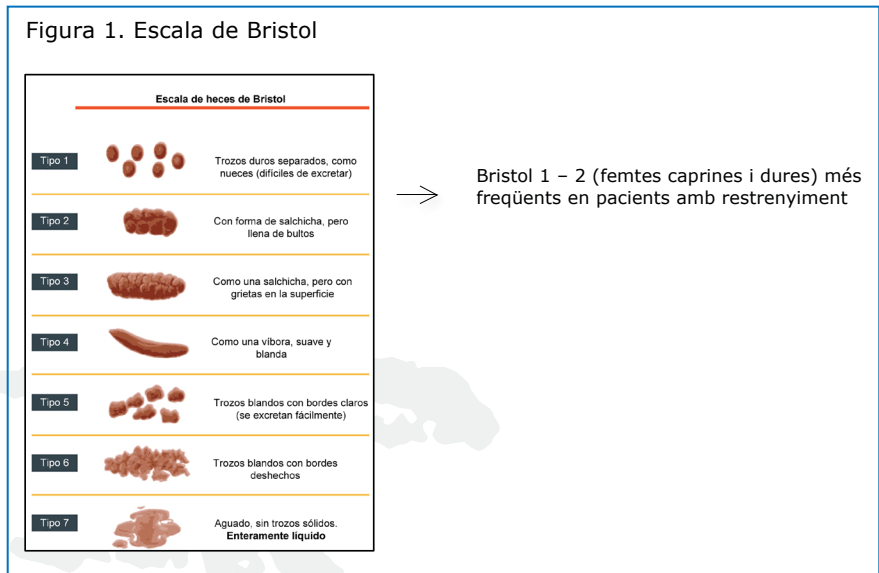
### Index

1. Definició i epidemiologia
2. Diagnòstic del restrenyiment des de la consulta d'atenció primària
  - 2.1. Hi ha signes o símptomes d'alarma?
  - 2.2. Hi ha alguna causa orgànica o farmacològica responsable?
  - 2.3. És necessari realitzar altres exploracions en pacients amb RCF?
3. Tractament del restrenyiment des de la consulta d'atenció primària
  - 3.1. Mesures de maneig general
  - 3.1. Mesures farmacològiques inicials
  - 3.1. Mesures farmacològiques a càrrec de, o consensuades amb l'especialista
4. Seguiment i criteris de derivació a l'especialista
5. Bibliografia

## 1. Definició i epidemiologia

El terme restrenyiment s'utilitza per descriure diverses manifestacions clíniques com la reducció del nombre de deposicions (menys de 3 per setmana), la dificultat defecatòria expulsiva, l'expulsió de femtes Bristol 1-2 (Figura 1) i/o la sensació d'evacuació incompleta. Representa un dels principals motius de consulta per a metges d'atenció primària (MAP) i especialistes en aparell digestiu (EAD), amb una prevalença mundial estimada en adults d'un 14%<sup>1</sup>.

Figura 1. Escala de Bristol



La majoria de casos tenen un origen funcional, però no hem d'oblidar que un percentatge no menyspreable de pacients poden presentar un restrenyiment secundari a malalties diverses o a tractaments farmacològics (Taula 1).

<b>TAULA 1.</b>	
<b>Exemples de causes secundàries de restrenyiment</b>	
Causes mecàniques	Neoplàsia de còlon
	Estenosis inflamatòries / cicatricials
	Compressió extrínseca
Causes neurològiques	Malaltia de Parkinson
	Esclerosi múltiple
	Lesió medul·lar
Causes metabòliques	Hipotiroïdisme
	Diabetis mellitus
	Hipercalcèmia
Causes psiquiàtriques	Anorèxia nerviosa
	Anorèxia nerviosa
	Trastorn de somatització
Causes anorectals	Fissura anal
	Rectocele o prolapse rectal
	Neoplàsia de canal anal
Causes farmacològiques	Opiacis
	AINES
	Anticolinèrgics
	Antiespasmòdics
	Antagonistes del calci
	Diürètics
	Quelants àcids biliars
	Antidepressius tricíclic
	Antipsicòtics
	Suplements de calci
	Antiàcids que contenen alumini
	Ferro
	Bismut

Els criteris de Roma IV (taula 2) inclouen els símptomes més freqüents, i en absència de dades que suggereixin un origen secundari ens permeten realitzar un diagnòstic positiu de restrenyiment crònic funcional (RCF)<sup>2</sup>. En moltes ocasions serà difícil determinar si es tracta o no d'una síndrome d'intestí irritable amb predomini de

restrenyiment (SII-E), però això no ha de suposar un problema rellevant, atès que en la pràctica diària tenen un maneig molt similar.

<b>TAULA 2.</b>	
<b>CRITERIS DE ROMA IV PER RESTRENYIMENT CRÒNIC FUNCIONAL</b>  (Presència de 2 o més dels següents símptomes)	Esforç defecatori en més del 25% de les deposicions
	Esforç defecatori en més del 25% de les deposicions
	Femtes dures o caprines en més del 25% de les deposicions
	Sensació d'evacuació incompleta en més del 25% de les deposicions
	Obstrucció defecatòria en més del 25% de les deposicions
	Maniobres manuals en més del 25% de les deposicions
	Menys de 3 deposicions espontànies completes per setmana

- Els criteris s'han de complir durant els últims 3 mesos
- Els símptomes han d'haver-se iniciat com a mínim 6 mesos abans
- La presència de femtes líquides és rara sense l'ús de laxants
- No hi ha d'haver criteris per diagnosticar una SII

## 2. Diagnòstic del restrenyiment des de la consulta d'atenció primària

En la valoració inicial de tot pacient amb restrenyiment des de la consulta d'atenció primària, hem de respondre a les següents preguntes:

**2. 1. Hi ha signes o símptomes d'alarma?**

**2. 2. Hi ha alguna causa orgànica o farmacològica responsable?**

<b>TAULA 3.</b>	
<b>SÍMPTOMES I SIGNES D'ALARMA EN PACIENTS AMB RESTRENYIMENT</b>	Antecedents familiars de CCR o poliposi de còlon
	Inici agut dels símptomes en majors de 50 anys
	Anèmia, leucocitosi i / o elevació de reactants de fase aguda (VSG i PCR)
	Sang o mucositat a la femta
	Pèrdua de pes no intencionada ni explicable
	Dolor abdominal important
	Massa abdominal palpable o tacte rectal patològic

Una anamnesi dirigida amb una exploració física rigorosa i una analítica bàsica (hemograma i bioquímica bàsica amb PCR) ens permetran descartar les principals causes secundàries de restrenyiment i detectar símptomes o signes d'alarma que justifiquin aprofundir l'estudi (Taula 3).

No hi ha evidència que sostingui la utilitat de realitzar una colonoscòpia en tots els pacients, a excepció d'aquells en què hi hagi dades d'alarma o es trobin en població de cribratge poblacional de càncer colorectal (CCR)<sup>3</sup>.

### 2. 3. És necessari realitzar altres exploracions en pacients amb RCF?

En aquells casos refractaris a mesures terapèutiques inicials, conèixer el mecanisme fisiopatològic ens pot permetre classificar-los en subtipus que facilitin el seu maneig. La sol·licitud d'aquests estudis és a càrrec de l'especialista d'aparell digestiu o bé del metge d'atenció primària després de consensuar-ho amb l'especialista (Taula 4).

TAULA 4.		
SUBTIPUS DE RESTRENYIMENT CRÒNIC FUNCIONAL (RCF)		
Subtipus de RCF	Fisiopatologia	Proves complementàries
RCF amb trastorn de la funció defecatòria (TFD)	Deficient propulsió rectal o manca de relaxació d' esfínter anal durant la defecació	• Manometria anorectal
		• Manometria anorectal
RCF amb trànsit colònic lent (TCL)	Augment del temps en què la femta recorre el colon	• Defecografia
		• Rx amb marcadors radioopacs
RCF amb trànsit colònic normal (TCN)	Cap dels anteriors	• Càpsula SmartPill
		• Rx amb marcadors radioopacs
		• Càpsula SmartPill

Algunes dades clíniques com l'esforç defecatori, la sensació d'evacuació incompleta, la necessitat de digitació anorectal, o la contracció de l'esfínter anal en realitzar l'esforç defecatori durant un tacte rectal dinàmic, són més freqüents en el subtipus amb trastorn de la funció defecatòria (TFD) o dissinergia<sup>4</sup>. Per contra, la presència de femtes dures (Bristol menor de 3) és més freqüent en el subtipus amb trànsit colònic lent (TCL).

### **3. Tractament del restrenyiment des de la consulta d'atenció primària**

#### **3.1. Mesures de maneig general**

Es recomana fer una dieta equilibrada, amb patró regular de menjar, i ingesta adequada de fibra soluble (25 g/dia). Hem de tenir present que un excessiu consum de fibra pot associar-se a empitjorament de la distensió abdominal o del dolor present en alguns pacients<sup>5,6</sup>.

Un altre aspecte important és recomanar una adequada hidratació (1,5 a 2 litres diaris d'aigua), especialment si hi ha un adequat consum de fibra<sup>7</sup>.

No hem d'oblidar que la pràctica regular d'exercici físic aeròbic (ajustat a les condicions del pacient), millora el trànsit colònic, redueix la consistència de la femta, la distensió abdominal i la depressió associada<sup>8,9</sup>.

#### **3.2. Mesures farmacològiques inicials**

Els agents augmentadors del bol (plantago ovata, metilcel·lulosa) són fàrmacs de primera línia amb capacitat per retenir aigua, augmentar el volum fecal i accelerar el trànsit colònic<sup>10</sup>. Són segurs i no presenten efectes secundaris greus, tot i que cal evitar-los en pacients immobilitzats (risc d'impactació fecal) i en aquells casos en què hi hagi important distensió abdominal associada.

Una altra opció en fases inicials són els laxants osmòtics (lactitol, lactulosa, sals de magnèsia, macrogol), constituïts per molècules amb capacitat per retenir aigua a la llum intestinal, aconseguint millorar la freqüència defecatòria, la consistència de la femta i la necessitat d'utilitzar altres fàrmacs<sup>11, 12</sup>. Tenen un bon perfil de seguretat, podent ser administrats en ancians, embarassades, pacients amb insuficiència hepàtica (IH) o renal (IR), amb excepció de les sals de magnèsia que poden generar hipermagnesèmia en pacients amb IR.

En segona línia es troben els laxants estimulants (difenilmetans i antraquinones), amb perfil de seguretat menor. S'han de fer servir per períodes curts i evitar-los en ancians, insuficiència cardíaca (IC), pacients que reben diürètics o en l'embaràs<sup>13, 14</sup>.

Els ènemes i supositoris són de gran utilitat com a complement d'altres tractaments, en casos complicats amb impactació fecal i en casos de defecació obstructiva. El mecanisme fonamental d'acció és la distensió de l'ampolla rectal que produeixen. S'ha de tenir present que els ènemes de fosfat poden generar desequilibri hidroelectrolític<sup>15</sup>.

#### **3.3. Mesures farmacològiques a càrrec de, o consensuades amb, l'especialista**

El biofeedback anorectal (BFB) és una tècnica de rehabilitació anorectal mitjançant la qual s'aconsegueix corregir una mala coordinació entre la força propulsiva rectal

i la relaxació esfinteriana durant l'acte defecatori. És d'elecció en pacients amb RCF subtipus TFD o dissinergia. Serà responsabilitat del MAP remetre a l'EAD aquells pacients refractaris a mesures terapèutiques inicials en què se sospiti un TFD per a realitzar proves complementàries específiques i valorar BFB si escau.

La prucaloprida és un agonista selectiu del receptor 5-HT<sub>4</sub> de serotonina que afavoreix la secreció intestinal i augmenta el peristaltisme intestinal. Ha demostrat ser superior a placebo per millorar el restrenyiment, el dolor abdominal, la distensió abdominal i la qualitat de vida d'aquests pacients<sup>16, 17, 18</sup>. S'ha d'utilitzar amb precaució en la IR avançada, a la IH greu, i no es recomana durant l'embaràs i la lactància.

La linaclotida és un agonista de la guanilat-ciclasa C amb capacitat per accelerar el trànsit intestinal i que té, a més, efecte analgèsic visceral. Ha demostrat ser superior a placebo per millorar el restrenyiment, el dolor abdominal i la distensió. És un fàrmac segur que té com a efecte secundari principal la diarrea<sup>19</sup>. Al nostre país està aprovat per a la SII-E, encara que en altres països europeus té també aprovació per al RCF.

Els opioides s'associen amb freqüència a restrenyiment per la seva unió als receptors  $\mu$  presents al tracte intestinal. Si fracassen les mesures terapèutiques inicials la utilització de naloxegol ha demostrat ser una alternativa eficaç en pacients que reben opioides. Aquest fàrmac és un derivat pegilat de l'antagonista del receptor opioide  $\mu$  naloxona, i si bé és segur, s'ha d'ajustar la dosi en la IR moderada o greu i s'ha d'evitar en la IH greu.

Menció especial mereix el sistema d'irrigació anal (Peristeen®), que ha demostrat més capacitat per aconseguir la neteja intestinal i millorar la incontinència i la qualitat de vida a lesionats medul·lars comparat amb el tractament conservador<sup>20</sup>.

#### 4. Seguiment i criteris de derivació a l'especialista

Les fluctuacions en intensitat i fins i tot el canvi de diagnòstic segons criteris de Roma IV, són freqüents en els trastorns funcionals intestinals. Això no ha de ser motiu per repetir o indicar exploracions complementàries innecessàries, que només estarien justificades en cas de canvi clínic significatiu que ens fes sospitar organicitat o que el pacient compleixi criteris poblacionals de risc per CCR<sup>21</sup>.

Les situacions que poden motivar al metge d'atenció primària enviar un pacient a l'especialista d'aparell digestiu són:

1. Necessitat de realitzar estudis no accessibles des d'atenció primària
2. Refractarietat a mesures i tractaments inicials.
3. Empitjorament clínic no justificable.
4. Necessitat del metge o del pacient d'una segona opinió especialitzada.

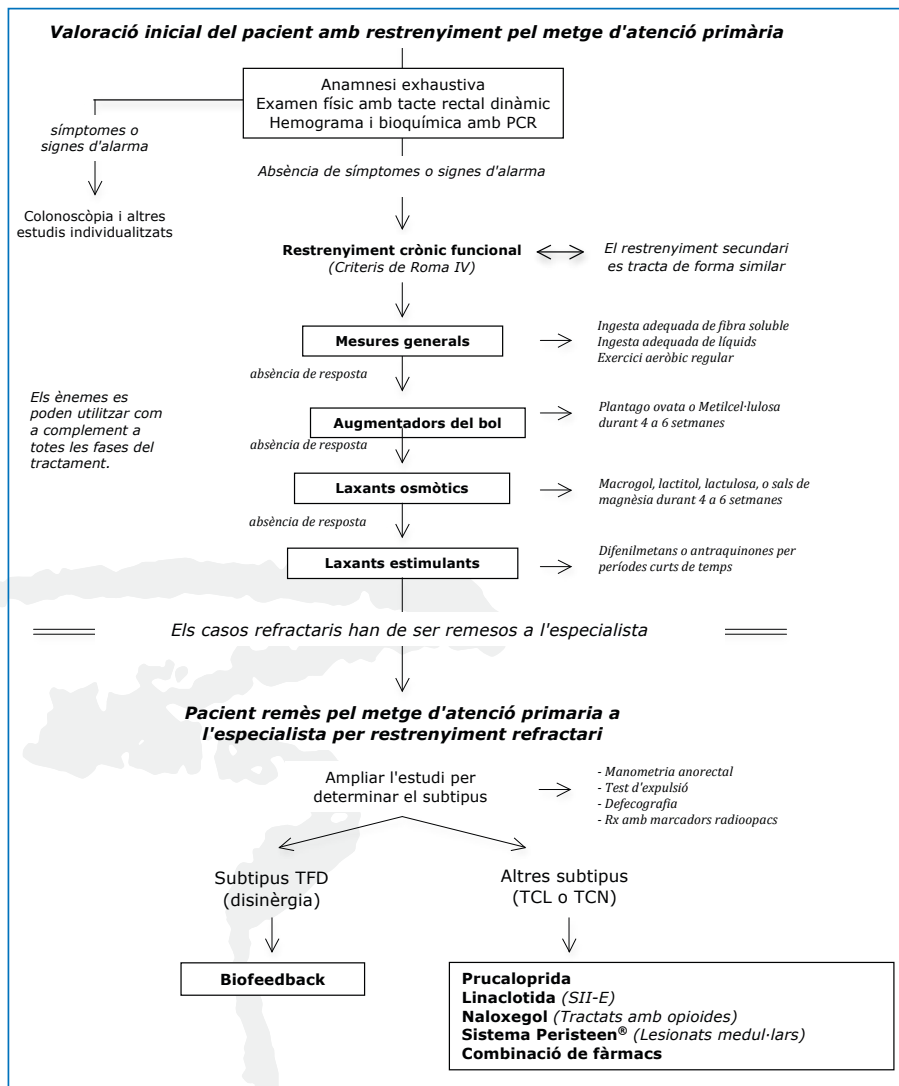
## 5. Bibliografia

1. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: Systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2011;106(9):1582-1591. doi:10.1038/ajg.2011.164.
2. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology.* 2016;150(6). doi:10.1053/j.gastro.2016.02.031.
3. Gupta M, Holub J, Knigge K, Eisen G. Constipation is not associated with an increased rate of findings on colonoscopy: Results from a national endoscopy consortium. *Endoscopy.* 2010;42(3):208-212. doi:10.1055/s-0029-1243843.
4. Tantiplachiva K, Rao P, Attaluri A, Rao SS. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010;8(11):955-960. doi:10.1016/j.cgh.2010.06.031.
5. Lever E, Cole J, Scott SM, Emery PW, Whelan K. Systematic review: The effect of prunes on gastrointestinal function. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;40(7):750-758. doi:10.1111/apt.12913.
6. Bijkerk CJ, Muris JWM, Knottnerus JA, Hoes AW, De Wit NJ. Systematic review: The role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;19(3):245-251. doi:10.1111/j.0269-2813.2004.01862.x.
7. Anti M, Pignataro G, Armuzzi A, et al. Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. *HepatoGastroenterology.* 1998;45(21):727-732. doi:PubMed PMID: 9684123.
8. De Schryver AM, Keulemans YC, Peters HP, et al. Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scand J Gastroenterol.* 2005;40(4):422-429. doi:10.1080/09513590701718307.
9. Dainese R, Serra J, Azpiroz F, Malagelada JR. Effects of physical activity on intestinal gas transit and evacuation in healthy subjects. *Am J Med.* 2004;116(8):536-539. doi:10.1016/j.amjmed.2003.12.018.
10. Stephen AM, Cummings JH. Mechanism of action of dietary fibre in the human colon. *Nature.* 1980;284(5753):283-284. doi:10.1038/284283a0.
11. Chapman RW, Stanghellini V, Geraint M, Halphen M. Randomized clinical trial: Macrogol/PEG 3350 plus electrolytes for treatment of patients with constipation associated with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(9):1508-1515. doi:10.1038/ajg.2013.197.
12. Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, Nelson RL. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010. doi:10.1002/14651858.CD007570.
13. Kamm MA, Mueller-Lissner S, Wald A, Richter E, Swallow R, Gessner U. Oral Bisacodyl Is Effective and Well-Tolerated in Patients With Chronic Constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2011;9(7):577-583. doi:10.1016/j.cgh.2011.03.026.



14. Mueller-Lissner S, Kamm MA, Wald A, et al. Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(4):897-903. doi:10.1038/ajg.2010.41.
15. Podzemny V, Pescatori LC, Pescatori M. Management of obstructed defecation. *World J Gastroenterol.* 2015;21(4):1053-1060. doi:10.3748/wjg.v21.i4.1053.
16. Kim D-Y, Camilleri M. Serotonin: a mediator of the brain-gut connection. *Am J Gastroenterol.* 2000;95(10):2698-2709. doi:10.1111/j.1572-0241.2000.03177.x.
17. Sabate JM. A placebo-controlled trial of prucalopride for severe chronic constipation. *Colon and Rectum.* 2008;2(3):172-173. doi:10.1007/s11725-008-0097-5.
18. Quigley EMM, Vandeplassche L, Kerstens R, Ausma J. Clinical trial: The efficacy, impact on quality of life, and safety and tolerability of prucalopride in severe chronic constipation - A 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;29(3):315-328. doi:10.1111/j.1365-2036.2008.03884.x.
19. Videlock EJ, Cheng V, Cremonini F. Effects of Linaclotide in Patients With Irritable Bowel Syndrome With Constipation or Chronic Constipation: A Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013;11(9):1084-1092. doi:10.1016/j.cgh.2013.04.032.
20. G. DP, G. M, C. P, et al. Treatment of neurogenic bowel dysfunction using transanal irrigation: A multicenter Italian study. *Spinal Cord.* 2008;46(7):517-522. doi:10.1038/sj.sc.3102167.
21. Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A. American gastroenterological association medical position statement on constipation. *Gastroenterology.* 2013;144(1):211-217. doi:10.1053/j.gastro.2012.10.029.

Figura 2. Algorisme diagnosticoterapèutic del pacient amb restrenyiment



## Tractament Farmacològic

### Index

1. Tractament antisecretor
2. Tractament antiàcids i protectors de la mucosa esofàgica
3. Tractament procinètic
4. Tractament antiespasmòdic
5. Tractament laxant
6. Ènemes i supositoris
7. Tractament antidiarreic
8. Tractament antidepressiu



## 1. Tractament antisecretor

FÀRMAC	MARCA COMERCIAL <sup>R</sup>	DOSI
Omeprazol	Omeprazol	20-40 mg/dia *
Pantoprazol	Pantoprazol	20-40 mg/dia *
Rabeprazol	Pariet	15-30 mg/ dia *
Lansoprazol	Opiren – Monolitum	10-20 mg/ dia
Esomeprazol	Nexium	20-40 mg/dia *
Ranitidina	Zantac, Ranuber, Alquen	300 mg/ dia

\* Al matí en dejú

## 2. Tractament antiàcids (\*) i protectors de la mucosa esofàgica

FÀRMAC	MARCA COMERCIAL <sup>R</sup>	DOSI
Almagato	Almax	1-2 sobres/comprimits 1-2h després dels àpats o abans de anar a dormir
Carbonat de calci i de magnesi	Rennie	1-2 comprimits 1-2h després dels àpats o abans de anar a dormir
Almasilado	Dolcopin	1-2 sobres 1-2h després dels àpats o abans de anar a dormir
Magaldrato	Bemolan	1-2 sobres 1-2h després dels àpats o abans de anar a dormir
Alginat de sodi i carbonat de calci i sodi	Gasvicon	1-2 sobres 1-2h després dels àpats o abans de anar a dormir
Ac hialurònic-sulfat de condroitina	Ziverel	1 sobre després dels àpats o abans de anar a dormir

\*Tractament simptomàtic. Precaució amb la absorció de altres fàrmacs. Poden produir diarrea (magnesi), restrenyiment i litiasi renal (calci)

### 3. Tractament procinètic

<b>FÀRMAC</b>	<b>MARCA COMERCIAL<sup>R</sup></b>	<b>DOSI</b>
Metoclopramida	Primperan	10 mg/8h *
Cleboril	Cleboril	0,5 mg/8h *
Domperidona	Motilium	10 mg/8h *
Cinitaprida	Cidine	1 mg/8h *
Levosulpirida	Levogastrol, Pausedal	25 mg/8h *
Iberogast	Iberogast	20 gotas /8h *
Prucaloprida	Resolor	2 mg/dia al matí

\* És aconsellable administrar els fàrmacs procinètics 15 minuts abans d'esmorzar, dinar i sopar

### 4. Tractament antiespasmòdic

<b>FÀRMAC</b>	<b>MARCA COMERCIAL<sup>R</sup></b>	<b>DOSI</b>
Bromur d'otiloni	Spamocetyl	40 mg/8h
Mebeverina	Duspatalin	150 mg /8h
Trimebutina	Polibutin	100 mg/8h
Bromuro de pinaveri	Eldicet	50 mg/8h
Hioscina	Buscapina	10 mg/8h

\* És aconsellable administrar els fàrmacs antiespasmòdics 15 minuts abans d'esmorzar, dinar i sopar

## 5. Tractament laxant

FÀRMAC	MARCA COMERCIAL <sup>R</sup>	DOSI
Plantago ovata (cutícula)	Plantaben, plantago ovata	1-3 sobres/24
Plantago ovata (llavor)	Agiolax, cenat	5-10 g/24h
Metilcel·lulosa	F. magistral, muciplazma	1-3 càpsules/24h
Lactitol	Emportal	10-20 g/24h
Lactulosa	Duphalac	1-3 sobres/24
Hidròxid de magnesi	Magnesia Cinfa	2,4 - 4,8g/24h
Macrogol 4000	Casenlax	1-2 sobres/dia
Macrogol 3350	Laxido, Movicol	1-3 sobres/dia
Bisacodil	Dulcolaxo	5-10 mg/24h
Picosulfat de sodi	Evacuol	5-10 gotes/24h
Prucaloprida	Resolor	2 mg/24h
Linaclotida	Constella	1 càpsula/24h*

\* Al matí en dejú i 30 minuts abans d'esmorzar

## 6. Ènemes i supositoris

FÀRMAC	MARCA COMERCIAL <sup>R</sup>	DOSI
Sèrum salí	Fisioenema	Dosi variable i per períodes curts
Fosfat disòdic dodecahidratat	Enema Casen	Dosi variable i per períodes curts
Citrat Laurilsulfoacetat	Micralax	Dosi variable i per períodes curts
Glicerol	Glycilax	Dosi variable i per períodes curts

## 7. Tractament antidiarreic

<b>FÀRMAC</b>	<b>MARCA COMERCIAL<sup>R</sup></b>	<b>DOSI</b>
Loperamida	Fortasec; Imodium	2 a 4 mg/8h
Resincolestiramina	Resincolestiramina, Efenso	4-16 g/24h
Rifaximina	Spiraxin	200 mg/8h
Xiloglucan	Gelsectan	1 -2 càpsulas/12h
Diosmectita	Megasmect	1-3 sobres/dia
Ondansetró	Zofran	2-8 mg/12h

## 8. Tractament antidepressiu

<b>FÀRMAC</b>	<b>INDICACIÓ</b>	<b>MARCA COMERCIAL<sup>R</sup></b>	<b>DOSI</b>
Amitriptilina	DF; SII-D	Deprelio, Tryptizol	10-75 mg / 24h a la nit
Imipramina	DF; SII-D	Tofranil	10-25 mg / 24h a la nit
Nortriptilina	DF; SII-D	Paxtibi, Norfenazin	25 mg / 24h a la nit
Mirtazapina	DF	Mirtazapina, Rexer	15 mg/ 24h a la nit
Paroxetina	SII-E	Seroxat, Frosinor	20 mg /24h al matí
Citalopram	SII-E	Seropram, Prisdal	20 mg /24h al matí
Fluoxetina	SII-E	Prozac, Adofen	10-20 mg/24h al matí
Sertralina	SII-E	Aremis, Besitran	50-100 mg/24h al matí
Duloxetina	SII-D	Cymbalta, Binax	30-60 mg/24h
Venlafaxina	SII-E	Dobupal, Vandral	37,5-75 mg /24h
Desvenlafaxina	SII-E	Prisriq, Styma	50 mg/24h

## Secretaria Tècnica



**L'Acadèmia**

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES  
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARIS



**Sr. Enric Clarella**

**L'Acadèmia. Departament d'Activitats i Congressos**

Major de Can Caralleu, 1-7 • 08017 Barcelona

Tel. 932 031 852 • Fax 932 123 569

enricclarella@academia.cat

www.scdigestologia.org

### Documents publicats

- 2011** Utilitat Diagnòstica del Fibroscan®  
Utilitat Diagnòstica de la Càpsula Endoscòpica
- 2012** Tractament Triple de l'Hepatitis Crònica C, Genotip 1  
Sedació a l'Endoscòpia Digestiva
- 2013** Maneig de l'Hemorràgia Digestiva per Hipertensió Portal  
Recomanacions pel Maneig de l'Hemorràgia Digestiva Baixa Aguda
- 2014** Valoració i Tractament de la Pancreatitis Aguda  
Recomanacions pel Maneig del Fetge Gras no Alcohòlic
- 2015** Recomanacions per l'Avaluació i Tractament del Pacient Cirròtic Crític  
Diarrea Crònica: Definició, Classificació i Diagnòstic
- 2016** Hemorràgia Digestiva Alta No Deguda a Hipertensió Portal  
Malalties Hepàtiques Autoimmunes
- 2017** Recomanacions per al Maneig de les Malalties Vasculars Hepàtiques  
Actualització en el Tractament de la Infecció per *Helicobacter pylori*
- 2018** Maneig de la Insuficiència Hepàtica Aguda Greu  
Diagnòstic i Tractament de la Síndrome de l'Intestí Irritable
- 2019** Actualització del calendari vacunal en pacients no oncològics  
amb malalties inflamatories cròniques en tractament amb  
immunosupressor i/o biològic  
Vies Clíniques Malalties Hepàtiques  
Abordatge inicial de les malalties funcionals digestives