



REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO  
[www.elsevier.es/rgrm](http://www.elsevier.es/rgrm)



ARTÍCULO ORIGINAL

## Encuesta en gastroenterólogos latinoamericanos expertos en trastornos del eje intestino-cerebro sobre el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de intestino irritable en la práctica clínica



I. Hanna-Jairala<sup>a,\*</sup>, G.A. Puentes-Leal<sup>b</sup>, A.M. Madrid<sup>c</sup>, L. Aguilar-Paiz<sup>d</sup>, J. Suazo-Barahona<sup>e</sup>, J.M. Remes-Troche<sup>f</sup>, E. Coss-Adame<sup>g</sup>, L.M. Bustos-Fernández<sup>h</sup>, L. Solé<sup>i</sup>, M. Gudiño-Zayas<sup>j</sup> y M. Schmulson<sup>k</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Alcívar, Guayaquil, Ecuador

<sup>b</sup> Unidad de Gastroenterología, Centro Hospitalario Serena del Mar, Cartagena de Indias, Colombia

<sup>c</sup> Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

<sup>d</sup> Hospital Centro Médico, Guatemala

<sup>e</sup> Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras

<sup>f</sup> Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Intestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana, Veracruz, México

<sup>g</sup> Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

<sup>h</sup> Centro Médico Bustos Fernández, Buenos Aires, Argentina

<sup>i</sup> Consultorios de Motilidad Digestiva, Buenos Aires, Argentina

<sup>j</sup> Laboratorio de Adquisición Procesamiento y Análisis Digital de Imágenes (APADI), Unidad de Medicina Experimental

Dr. Ruy Pérez-Tamayo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, CDMX, México

<sup>k</sup> Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Gastroenterología y Motilidad Gastrointestinal, Clínica Lomas Altas S.C. Gastroenterología y Endoscopía en Práctica Médica Grupal, Centro Médico ABC, CDMX, México

Recibido el 27 de enero de 2025; aceptado el 5 de marzo de 2025

Disponible en Internet el 30 de mayo de 2025

### PALABRAS CLAVE

Síndrome de intestino irritable;  
Diagnóstico;  
Tratamiento;  
Encuesta;  
Latinoamérica

### Resumen

**Introducción:** Aunque las guías de síndrome de intestino irritable (SII) son similares globalmente, existen diferencias entre los países que pueden influir en el manejo.

**Objetivo:** Evaluar la heterogeneidad en el manejo del SII en Latinoamérica.

**Materiales y métodos:** Encuesta por Internet a 97 gastroenterólogos expertos en trastornos de interacción intestino cerebro (TIIC) de 14 países, incluyendo 111 preguntas: 23 de diagnóstico y 88 de tratamiento. Análisis observacional descriptivo de exploración de datos de variables cualitativas generales, según subtipo del SII, y por países.

\* Autor para correspondencia. Cañar 609 y Coronel. Torre 1 Piso 2 Hospital Alcívar. Guayaquil - Ecuador. Teléfono: +59342344259.  
Correo electrónico: [ihann@hotmail.com](mailto:ihann@hotmail.com) (I. Hanna-Jairala).

**Resultados:** Diagnóstico: el 98% usa criterios de Roma IV. Todos solicitan pruebas de laboratorio ante signos de alarma y el 90% solicita colonoscopia en los mayores de 50 años. El 73% ordena TAC abdominopélvica, el 66% pruebas de aliento para SIBO y el 96% manometría anorrectal en el SII-E con síntomas de trastorno evacuatorio. Tratamiento: los antiespasmódicos son los más recetados con diferencias de acuerdo con subtipo y disponibilidad local. En cuanto a la dieta, el 83% indica dieta baja en FODMAP. En el SII-D y distensión abdominal, más del 90% utiliza rifaximina y/o probióticos, y el 81% colestiramina. En el SII-E los tratamientos más recetados son polietilenglicol, psyllium, prucaloprida y linaclotida. Hasta el 94% indica neuromoduladores como tratamiento de segunda línea, y el 99% considera psicoterapia ante la depresión.

**Conclusiones:** Aunque la mayoría de los expertos diagnostica y trata el SII conforme a las guías, existen diferencias de acuerdo con la disponibilidad local, y parece abusarse de estudios como TAC abdominopélvica. Sería útil conocer el manejo de los médicos generales e internistas, y establecer guías prácticas para el diagnóstico y el tratamiento, ajustadas por países.

© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Irritable bowel syndrome;  
Diagnosis;  
Treatment;  
Survey;  
Latin America

## Survey of Latin American gastroenterologists, specialists in disorders of gut-brain interaction, on the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome in clinical practice

### Abstract

**Introduction and aim:** Even though the guidelines on irritable bowel syndrome (IBS) are similar worldwide, there are differences between countries that can influence management. Our aim was to evaluate the heterogeneity in IBS management in Latin America.

**Materials and methods:** An internet survey was applied to 97 gastroenterologists, specialists in disorders of gut-brain interaction (DGBI), from 14 Latin American countries, and included 111 questions: 23 on diagnosis and 88 on treatment. An exploratory, descriptive, observational analysis was carried out on general qualitative data, by IBS subtype and by country.

**Results:** Diagnostic data: 98% of those surveyed utilize the Rome IV criteria; 100% order laboratory tests when there are alarm symptoms; 90% order colonoscopy in patients over 50 years of age; 73% order abdominopelvic CT; 66% order breath tests for SIBO; and 96% order anorectal manometry in IBS-C with symptoms of a defecation disorder. Treatment data: antispasmodics are the most widely prescribed drugs, with differences according to IBS subtype and local availability; 83% indicate a low FODMAP diet; in IBS-D and abdominal distension, more than 90% prescribe rifaximin and/or probiotics, and 81%, colestiramine; in IBS-C, the most widely prescribed treatments are polyethylene glycol, psyllium, prucalopride, and linaclotide; up to 94% indicate neuromodulators as second-line treatment; and 99% consider indicating psychotherapy in cases of depression.

**Conclusions:** Even though most of the specialists diagnose and treat IBS in accordance with guidelines, there are differences regarding local availability, and abdominopelvic CT appears to be overused. Knowing how general practitioners and internists manage this entity would be useful for establishing practical guidelines on the diagnosis and treatment of IBS that are adjusted by country.

© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El síndrome de intestino irritable (SII), es un trastorno de la interacción intestino cerebro (TIIC) caracterizado por la presencia de dolor abdominal y alteraciones de la evacuación, y se clasifica con base en el hábito intestinal predominante en el SII con diarrea (SII-D), con estreñimiento (SII-E), mixto (SII-M) y no clasificable (SII-NC)<sup>1</sup>. En el estudio epidemiológico global realizado por la Fundación Roma, se reportó una

prevalencia del SII mediante los criterios de Roma IV del 4.1% en los 4 países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Brasil y México) que fueron incluidos<sup>2</sup>.

En general, las guías de práctica clínica del SII son similares a nivel mundial<sup>3-8</sup>. Por ejemplo, las recientes guías del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) sugieren un diagnóstico positivo del SII en contraste con un diagnóstico de exclusión. Recomendaron la serología para descartar la enfermedad celíaca en los pacientes con el SII y síntomas

de diarrea, así como la calprotectina fecal en los pacientes con estos síntomas para descartar enfermedad inflamatoria intestinal. En cuanto al tratamiento sugirieron utilizar un ciclo limitado de dieta baja en FODMAP para mejorar los síntomas globales del SII. También la rifaximina fue recomendada para tratar los síntomas globales del SII-D. Además, la psicoterapia dirigida al intestino para el manejo de los síntomas globales del SII. Interesantemente, estas guías no recomendaron el uso de los antiespasmódicos debido a la baja calidad de las evidencias para aquello, disponibles en EE. UU.<sup>3</sup>. En contraste, las guías de la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) se enfocaron en el manejo del SII y se dividieron entre aquellas para el SII-D<sup>5</sup> y el SII-E<sup>6</sup>. En las del SII-D, el panel estableció recomendaciones condicionales para eluxadolina, rifaximina, alosetrón (certeza moderada), loperamida (muy baja certeza), antiespasmódicos y antidepresivos tricíclicos (baja certeza). También se pronunció en contra del uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) (baja certeza)<sup>5</sup>. En cuanto al SII-E, el panel recomendó fuertemente a la linaclotida (alta certeza), y estableció recomendaciones condicionales a favor de tenapanor, plecanatida, tegaserod y lubiprostona (certeza moderada), polietilenglicol, antidepresivos tricíclicos y antiespasmódicos (baja certeza). Así mismo, hizo una recomendación condicional en contra del uso de ISRS (baja certeza)<sup>6</sup>. Es de anotar que, debido a la falta de evidencias suficientes, en general las guías no hacen recomendaciones acerca del tratamiento del SII-M.

En Latinoamérica, el último consenso sobre el SII de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG), estableció que no existían evidencias suficientes para recomendar la realización de un grupo estándar de pruebas diagnósticas en todos los pacientes que cumplen criterios basados en síntomas para el SII, y que la selección de pruebas diagnósticas debía hacerse en forma individual, considerando las características clínicas del SII y la probabilidad pre prueba de enfermedades orgánicas (p. ej., enfermedad celíaca [EC], enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias, etc.). La colonoscopia se debía realizar en los pacientes con el SII que tuvieran factores de riesgo para cáncer de colon, inicio de los síntomas en etapas tardías de la vida, cambios en el patrón del hábito intestinal, presencia de sangre en heces y en todos aquellos pacientes que no respondían al tratamiento. También en los pacientes con el SII-D refractarios recomendaron tomar biopsias del colon, aún en ausencia de lesiones, para búsqueda intencionada de colitis microscópica. Así mismo, se consensó que no existía evidencia suficiente para recomendar el uso rutinario de pruebas para detectar sobrepoblación bacteriana en todos los pacientes con el SII. En cuanto al tratamiento, realizó algunas recomendaciones sobre ejercicio y dieta baja en FODMAP. Se recomendaron los antiespasmódicos por su mayor eficacia que el placebo en la mejoría del dolor abdominal, mejoría global y puntajes de síntomas del SII; y la combinación de antiespasmódicos con simeticona/dimeticona por su efecto en la mejoría del dolor y la distensión abdominal. En el SII-E se recomendó el polietilenglicol para mejorar la frecuencia y consistencia de las evacuaciones, así como la linaclotida no solo por la mejoría en la consistencia y frecuencia de evacuaciones, sino además por su efecto sobre la distensión y malestar abdominal. En cuanto a los antidepresivos en

general, incluyendo los tricíclicos y los ISRS, determinó que habían mostrado ser efectivos en la mejoría global de síntomas de SII. La rifaximina se recomendó por su efecto sobre la mejoría global de los síntomas en el SII sin estreñimiento y determinó que no había suficiente evidencia para recomendar el uso de prebióticos y simbióticos en el SII en general<sup>7</sup>. Es de anotar que la AMG, acaba de publicar un documento sobre el tratamiento del SII basado en los tratamientos disponibles en ese país<sup>8</sup>.

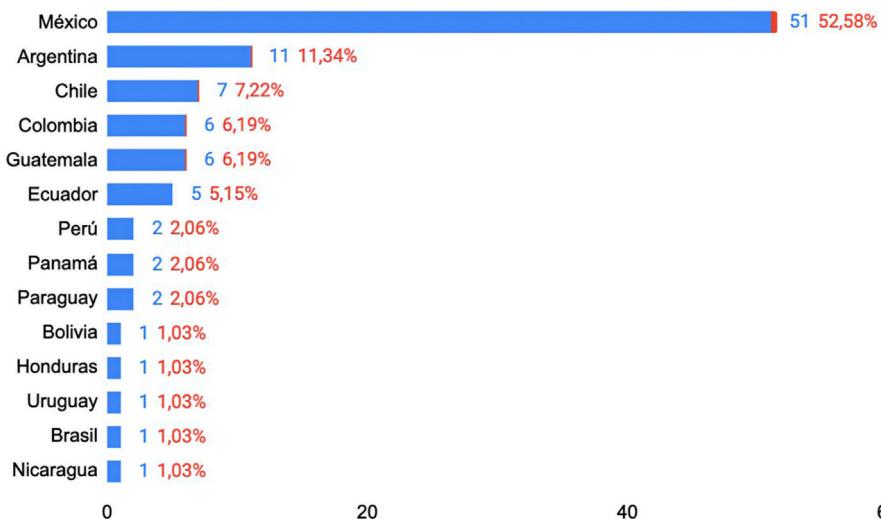
Además de las variaciones que pueden existir entre las diversas guías y consensos, existen diferencias que pueden influir en las estrategias de diagnóstico y tratamiento del SII, con base en el acceso a pruebas diagnósticas y la disponibilidad de medicamentos a nivel local. Finalmente, existe variabilidad debido a las regulaciones de los sistemas de salud, y la experiencia en el manejo de este tipo de pacientes. Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue evaluar la heterogeneidad en la investigación diagnóstica y la elección del tratamiento del SII entre gastroenterólogos latinoamericanos expertos en TIIC.

## Materiales y métodos

Estudio de corte transversal con formato de encuesta, realizada por Internet a 97 gastroenterólogos expertos en neurogastroenterología de 14 países de Latinoamérica, incluyendo Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay. Estos expertos fueron invitados con base en su entrenamiento en Neurogastroenterología, y su membresía en la Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología (SLNG) y otras sociedades locales de la especialidad. Se utilizó la lista de verificación de STROBE sugerida para estudios de corte transversal.

## Análisis estadístico

La encuesta incluyó 111 preguntas, 23 relacionadas con el diagnóstico, y 88 sobre tratamiento. ([Material suplementario 1](#)) Se utilizó el programa informático Excel® para realizar cálculos, organizar datos y elaborar cuadros y gráficos. Cuando se necesitó establecer significación estadística se calculó el valor de *p* para la prueba exacta de Fisher utilizando una tabla de 2 × 2. Con respecto al diagnóstico, se preguntó sobre los criterios diagnósticos utilizados, es decir Manning, Roma I, Roma II, Roma III y Roma IV, o si el diagnóstico se basaba en la experiencia personal. Se interrogó también, en qué pacientes según el subtipo del SII indican pruebas de laboratorio clínico como hemograma, hormonas tiroideas, serología de EC, sangre oculta en heces, y/o calprotectina fecal. También se preguntó, sobre la indicación de colonoscopia, tomografía axial computada (TAC) abdominopélvica, manometría anorrectal, y/o pruebas de aliento para diagnóstico de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO), malabsorción de glucosa, o malabsorción de fructosa. Con relación al tratamiento del SII, se consultó sobre la frecuencia con que recomiendan tratamientos dietéticos incluyendo dieta baja en oligo, di, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP), baja en gluten, o lácteos; medicamentos antiespasmódicos, neuromoduladores, probióticos, rifaximina, antidiarreicos,



**Figura 1** Frecuencia por países de gastroenterólogos de Latinoamérica expertos en trastornos de interacción intestino-cerebro (TIIC) que participaron en la encuesta.

laxantes; psicoterapia; y terapias alternativas. Se realizó un análisis observacional descriptivo de exploración de datos de variables cualitativas.

## Resultados

### Expertos participantes

La figura 1 muestra los 14 países de los expertos en TIIC que participaron en la encuesta; más de la mitad de ellos eran de México, seguidos por el 11.3% de Argentina y el 7.2% de Chile. En cuanto a la práctica de los encuestados, el 82.5% pertenecía a la práctica privada y el 17.5% a la práctica pública.

### Diagnóstico del síndrome de intestino irritable

#### Criterios clínicos de diagnóstico

El 99% de los encuestados reportó usar criterios diagnósticos para el SII (Manning, Roma I, Roma II, Roma III o Roma IV) con mayor o menor frecuencia; solo un encuestado reportó que nunca utilizaba dichos criterios y que se basaba exclusivamente en su experiencia para hacer el diagnóstico. Los criterios de Roma IV son los más utilizados, el 95% los utiliza siempre o la mayoría de las veces y el 3% algunas veces. Con relación a otros criterios diagnósticos, el 47% nunca utiliza criterios de Roma I, II o III y el 75% nunca usa criterios de Manning; así mismo el 72% respondió que nunca se basa exclusivamente en su experiencia para el diagnóstico de SII.

#### Pruebas de laboratorio clínico

Con frecuencia variable e independientemente del subtipo de SII, el 97% de los expertos solicita un hemograma, el 95% serología para EC, el 90% pruebas tiroideas, el 85% sangre oculta en heces y el 80% calprotectina fecal. Así mismo, ante la presencia de signos de alarma, el 100% de los encuestados solicita pruebas adicionales al diagnóstico clínico (hemograma, serología para EC, pruebas tiroideas, sangre oculta

en heces, calprotectina fecal) y esta constituye el único resultado obtenido por unanimidad entre los encuestados. En el análisis por países, se destacan la serología para EC que siempre es solicitada por el 91% en Argentina y el 86% en Chile; y la calprotectina fecal que siempre es solicitada por el 71% de los encuestados en Chile. Lo anterior contrasta con México, en donde solo el 14% de los expertos siempre solicita calprotectina fecal y el 12% siempre ordena serología para EC en los pacientes con el SII (figs. 2 y 3 y tabla 1).

#### Estudios de gabinete

En la tabla 2 se describe detalladamente la frecuencia con la que los expertos solicitan estudios diagnósticos de gabinete en los pacientes con el SII. A continuación, se describen los resultados de acuerdo con cada una de las pruebas.

**Colonoscopia:** Con diferente frecuencia, el 90% de los expertos en Latinoamérica ordena colonoscopia en pacientes con el SII, aunque la mayor parte de los encuestados (69%) respondió que la indica solo algunas veces. Con respecto a la edad de los pacientes, el 95% solicita una colonoscopía en mayores de 50 años, de los cuales el 80% la indica siempre o la mayoría veces en este grupo etario. De acuerdo con el subtipo del SII, el 98% indica colonoscopía en el SII-D, pero la mayoría (64%) la indica solo algunas veces; el 79% en el SII-E, la mayoría (64%) la indica solo algunas veces; y el 97% en el SII-M, y la mayoría (80%) la indica siempre o la mayoría veces. No se observaron diferencias entre los encuestados que desarrollan su práctica a nivel público o privado (figs. 4 y 5).

**TAC de abdomen y pelvis:** Con respecto al uso de la TAC abdominopélvica, el 73.2% respondió que siempre, la mayoría de las veces, o algunas veces solicita este examen, aunque la mayor parte de los encuestados (63%) respondió que la indica solo algunas veces. En este aspecto, tampoco se observó diferencias entre los que desarrollan su práctica a nivel público o privado.

**Manometría anorrectal:** El 72% considera la manometría anorrectal en los pacientes con el SII-E independientemente de sus características clínicas; el porcentaje alcanza el 96%

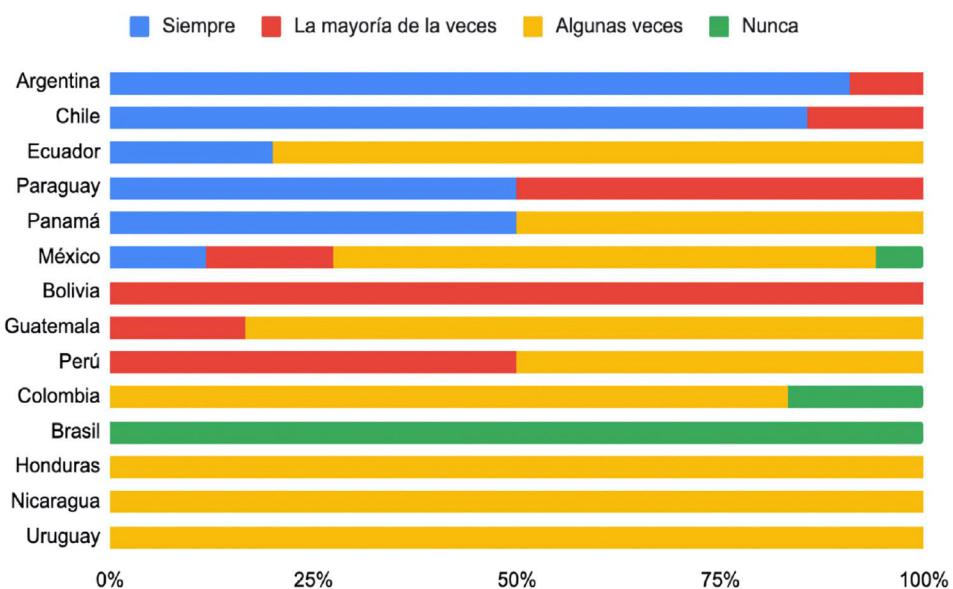


Figura 2 Solicitud de serología de enfermedad celíaca independientemente del subtipo de SII.

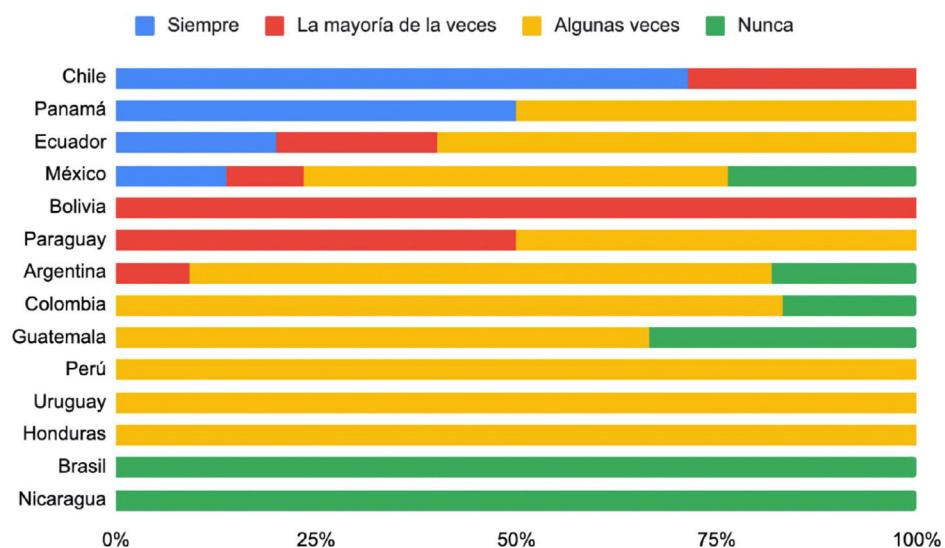


Figura 3 Solicitud de calprotectina fecal independientemente del subtipo de SII.

Tabla 1 Solicitud de pruebas de laboratorio clínico en los pacientes con el SII

Frecuencia de solicitud en SII	Hemograma	Pruebas tiroideas	Serología enfermedad celíaca	Calprotectina fecal	Sangre oculta en heces
Siempre	52.58%	31.96%	25.77%	14.43%	31.96%
La mayoría de las veces	16.49%	25.77%	14.43%	11.34%	18.56%
Algunas veces	27.84%	32.99%	54.64%	54.64%	35.05%
Nunca	3.09%	9.28%	5.15%	19.59%	14.43%
Total general	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

SII: síndrome de intestino irritable.

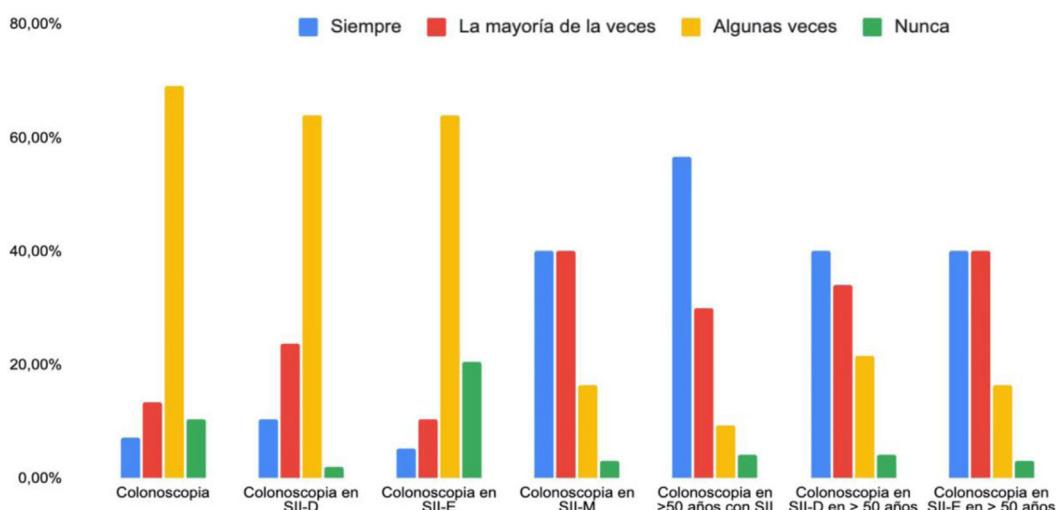
en los pacientes con el SII-E con síntomas sugerentes de un trastorno de la evacuación. Sin embargo, la manometría anorrectal se ordena de forma inmediata (siempre, la

mayoría, o algunas veces) en el 61.8% de los casos, mientras que el 34.2% las ordena solo después de una mala respuesta al tratamiento médico en estos pacientes (fig. 6). Esto varió

**Tabla 2** Solicitud de pruebas de gabinete en los pacientes con el SII

Frecuencia de solicitud en SII	Colonoscopía	TAC abdominopélvica	Manometría anorrectal (SII-E)	Manometría anorrectal (SII-E con trastorno de evacuación)	Prueba de aire espirado (SIBO)
Siempre	7.22%	2.06%	2.06%	23.71%	2%
La mayoría de las veces	13.40%	8.25%	7.22%	21.65%	17.3%
Algunas veces	69.07%	62.89%	62.89%	16.49%	46%
Nunca	10.31%	26.80%	27.84%	4.16%	33.7%
Total general	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

SIBO: sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado; SII: síndrome de intestino irritable; SII-E: síndrome de intestino irritable con estreñimiento; TAC: tomografía axial computarizada.

**Figura 4** Solicitud de videocolonoscopía para descartar enfermedad orgánica en los pacientes con el SII.

según la práctica de los expertos, es decir, aquellos en práctica pública ordenan la manometría anorrectal en el SII-E y signos de estreñimiento obstructivo con mayor frecuencia que los expertos en práctica privada, y en contraste, estos últimos nunca la ordenan en el 30% en comparación con el 17.6% de aquellos en práctica pública, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0.23$ ) (fig. 7).

**Pruebas de aliento o aire espirado:** El 66% solicita estas pruebas para el diagnóstico de SIBO, sin embargo, el porcentaje de expertos que las ordena siempre o casi siempre, es apenas del 20%. Este porcentaje sube hasta el 65% en Argentina, que es el país de la región en donde se indica con mayor frecuencia, seguido de Chile en donde este porcentaje llega al 42%. Con relación a las pruebas de aliento para el diagnóstico de malabsorción de lactosa y fructosa, 64 y 51% respectivamente, considera su indicación con diferente frecuencia.

### Tratamiento del síndrome de intestino irritable

#### Modificaciones dietéticas

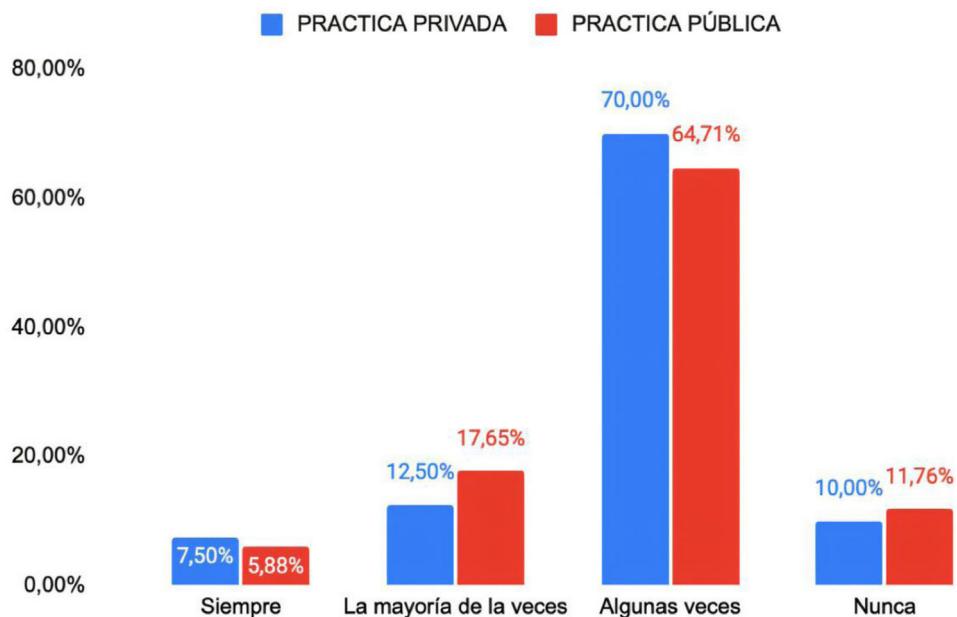
El 83% de los expertos recomienda la dieta baja en FODMAP; el 12% siempre las indica, el 37% la mayoría de las veces y el 33% solo algunas veces. La frecuencia asciende hasta el 93%

de los casos cuando hay distensión abdominal, y en estos pacientes, el 46% de los expertos la indica siempre o casi siempre, y el 46% solo algunas veces. Por otra parte, el 82% recomienda otras dietas, como baja en gluten, o baja en lácteos, y el 53% de los expertos las recomienda la mayoría de las veces.

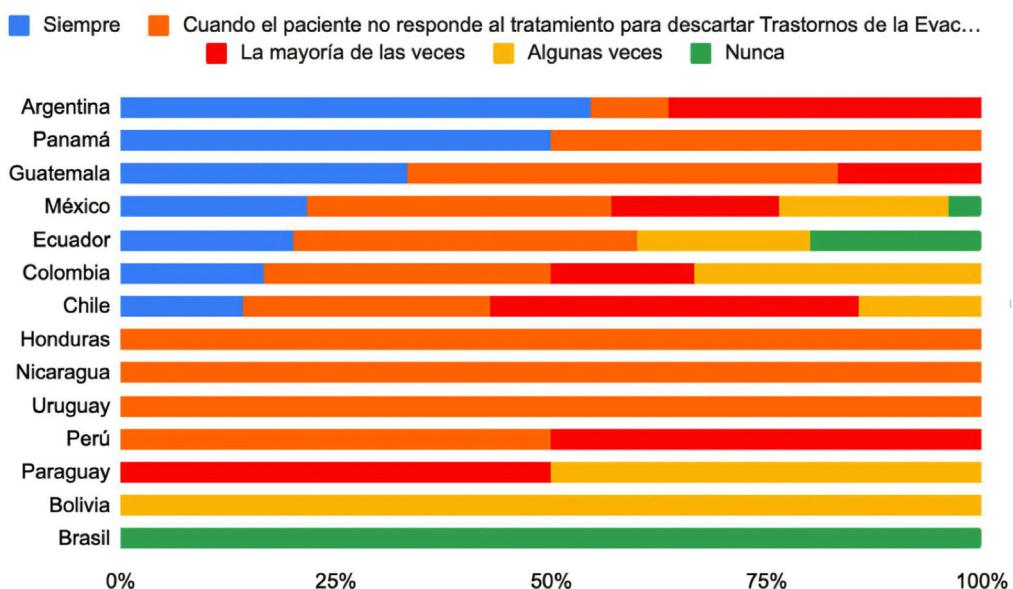
#### Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se analizó con base en los niveles de complejidad de las distintas opciones, contemplando antiespasmódicos, manejo de estreñimiento y diarrea, probióticos, rifaximina y neuromoduladores, los cuales se describen a continuación.

**Antiespasmódicos:** Estos constituyen el tratamiento farmacológico más utilizado para el SII por los expertos en Latinoamérica ya que el 99% considera al menos un antiespasmódico para el tratamiento del SII. Sin embargo, hay diferencias de acuerdo con el subtipo de SII: En el SII-D el 93% considera trimebutina, el 85% bromuro de pinaverio, y el 84% mebeverina; en el SII-M, el 86% usa trimebutina, el 81% mebeverina o trimebutina + simeticona y el 80% bromuro de pinaverio; y en el SII-E, 75% indica trimebutina, 74% trimebutina + simeticona, y 72% bromuro de otilonio. Con respecto a los antiespasmódicos menos utilizados, el 40% no receta



**Figura 5** Solicitud de videocolonoscopía para descartar enfermedad orgánica en los pacientes con el SII. Diferencias entre práctica a nivel público y privado.



**Figura 6** Solicitud de manometría anorrectal en el SII-E con síntomas sugerentes de trastorno de evacuación. Diferencias por países.

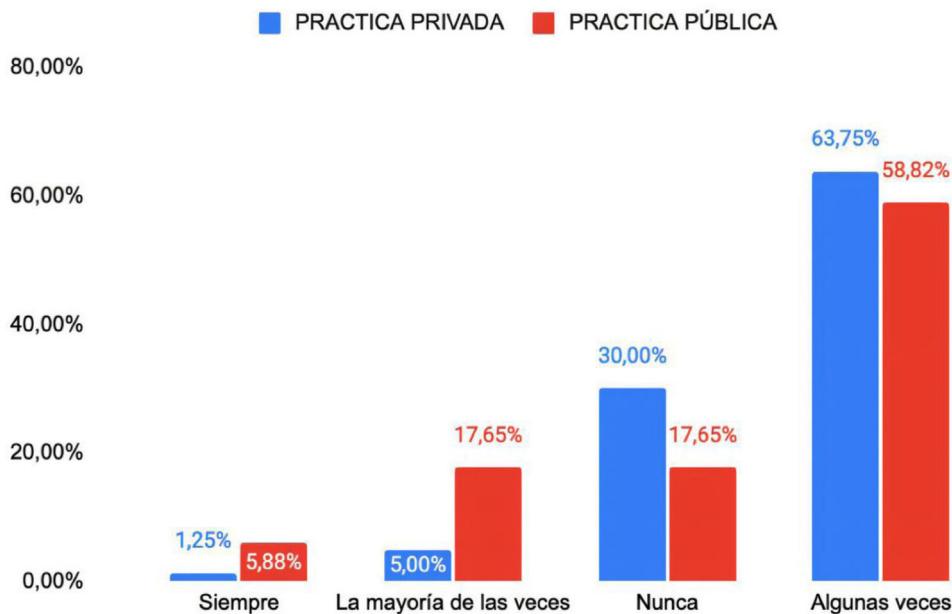
menta piperita, el 30% dicicloverina y el 25% hiosciamina y citrato de alverina, todos por falta de disponibilidad de estos fármacos en sus países ([tabla 3](#)).

**Tratamiento dirigido al control del estreñimiento:** En el SII-E el 92% utiliza polietilenglicol, el 89% psyllium, el 77% prucaloprida y el 60% linaclotida. Estos tratamientos superan la indicación de leche de magnesia, derivados del sen, bisacodilo, picosulfato de sodio, plecanatida, lubiprostona y tegaserod. Sin embargo, hay que recalcar que de estos 3 últimos, la lubiprostona solo se encuentra disponible en Colombia, la plecanatida aún no está disponible en Lati-

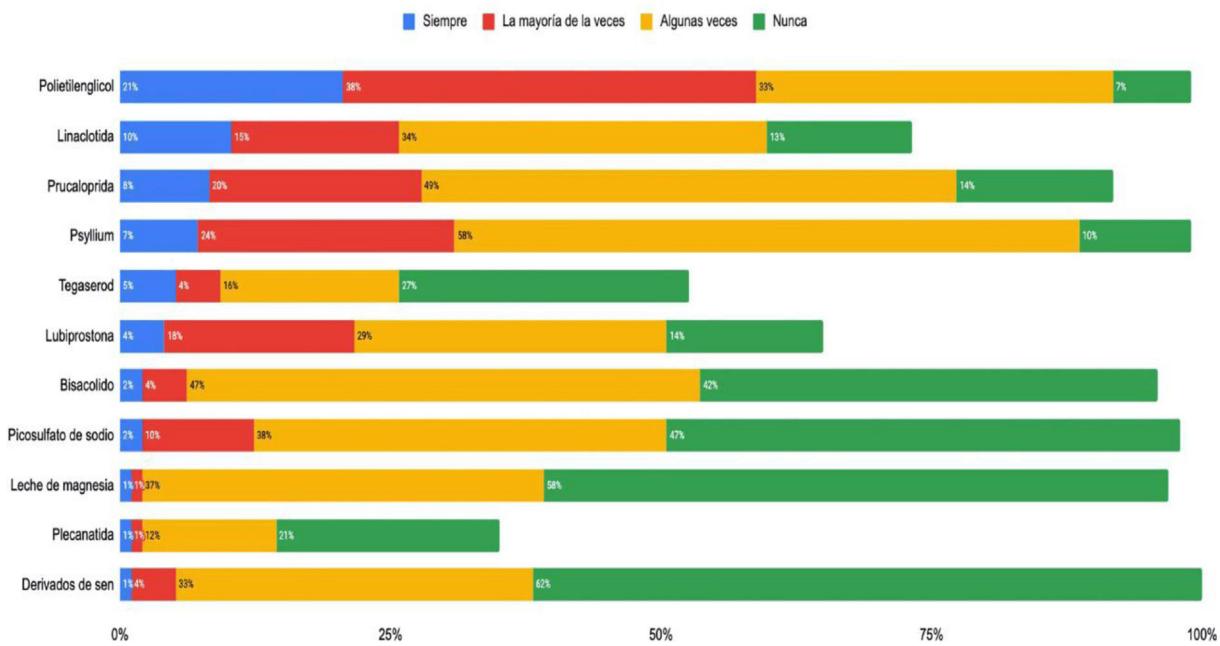
noamérica, y el tegaserod ya ha sido retirado del mercado ([fig. 8](#)).

**Tratamiento dirigido a control de diarrea:** Con frecuencia variable, en el SII-D, el 81% indica colestiramina y el 78%, loperamida; estos fármacos se prefieren a alternativas como racecadotriolo o sales de bismuto.

**Probióticos:** Los probióticos son indicados hasta por el 97% de los expertos cuando hay distensión abdominal, el 95% los indica para el manejo de la diarrea, el 84% para el estreñimiento, el 33% en dolor abdominal y el 16% ante la presunción diagnóstica del SII-postinfección (SII-PI). Con



**Figura 7** Solicitud de manometría anorrectal en el SII-E. Diferencias entre práctica a nivel público y privado.



**Figura 8** Indicación de fármacos para mejorar el estreñimiento en el SII-E.

respecto a las especies y cepas formuladas, el 78% prefiere especies de lactobacilos o bifidobacterias en monocepa, el 77% elige monocepas de *Saccharomyces*, y el 74% prefiere usar probióticos multiespecie o combinados (fig. 9).

**Rifaximina:** Con diferente frecuencia, la rifaximina es indicada por el 96% de los expertos cuando hay diarrea y el 90% la utiliza cuando se presenta distensión abdominal. Con respecto a los subtipos de SII, el 41% de los expertos la receta solo algunas veces en el SII-E y la mitad nunca la utiliza en este subtipo de pacientes. También con frecuencia variable, el 59% indica rifaximina en los pacientes con

prueba de aire espirado positivo para SIBO, mientras que el 28% nunca considera el resultado de esta prueba para su indicación. Sin embargo, hay que anotar que el 13% de los expertos en Latinoamérica no tiene acceso a pruebas de aliento en su país.

**Neuromoduladores:** Con diferente frecuencia, los neuromoduladores centrales son indicados hasta por el 94% de los expertos cuando los pacientes no tienen buena respuesta al tratamiento convencional o de primera línea (p. ej., con antiespasmódicos) independientemente del estado emocional. Con respecto al subtipo de SII, en SII-D, los tricíclicos son

**Tabla 3** Indicación de antiespasmódicos de acuerdo al subtipo de SII. A1-A2: SII-D; B1-B2: SII-E; C1-C2: SII-M. A1. A2. B1. B2. C1. C2

SII-D (1)	Citrato de alverina	Bromuro de pinaverio	Bromuro de otilonio	Dicicloverina	Butil bromuro de hioscina	Hiosciamina	Mebeverina
Siempre	4.12%	11.34%	7.22%	2.06%	5.15%	2.06%	6.19%
La mayoría de las veces	8.25%	25.77%	23.71%	9.28%	3.09%	3.09%	20.62%
Algunas veces	40.21%	47.42%	50.52%	25.77%	35.05%	15.46%	56.70%
Nunca	24.74%	14.43%	15.46%	32.99%	44.33%	53.61%	15.46%
No la uso porque no está disponible en mi país	22.68%	1.03%	3.09%	29.90%	12.37%	25.77%	1.03%
Total general	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
SII-D (2)	Trimebutina	Menta piperita	Citrato de alverina con simeticona	Bromuro de pinaverio con simeticona	Mebeverina con simeticona	Trimebutina con simeticona	
Siempre	13.40%	2.06%	6.19%	11.34%	6.19%	15.46%	
La mayoría de las veces	37.11%	1.03%	20.62%	24.74%	17.53%	34.02%	
Algunas veces	42.27%	20.62%	38.14%	41.24%	34.02%	32.99%	
Nunca	6.19%	39.18%	16.49%	11.34%	19.59%	9.28%	
No la uso porque no está disponible en mi país	1.03%	37.11%	18.56%	11.34%	22.68%	8.25%	
Total general	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
SII-E (1)	Citrato de alverina	Bromuro de pinaverio	Bromuro de otilonio	Dicicloverina	Butil bromuro de hioscina	Hiosciamina	Mebeverina
Siempre	2.06%	6.19%	9.28%	1.03%	2.06%	1.03%	5.15%
La mayoría de las veces	8.25%	18.56%	17.53%	3.09%	6.19%	2.06%	13.40%
Algunas veces	35.05%	43.30%	45.36%	26.80%	24.74%	9.28%	51.55%
Nunca	27.84%	23.71%	20.62%	35.05%	50.52%	58.76%	24.74%
No la uso porque no está disponible en mi país	24.74%	4.12%	3.09%	27.84%	13.40%	24.74%	2.06%
Total general	97.94%	95.88%	95.88%	93.81%	96.91%	95.88%	96.91%
SII E (2)	Trimebutina	Menta piperita	Citrato de alverina con simeticona	Bromuro de pinaverio con simeticona	Mebeverina con simeticona	Trimebutina con simeticona	
Siempre	7.22%	1.03%	7.22%	8.25%	6.19%	13.40%	
La mayoría de las veces	28.87%	2.06%	15.46%	25.77%	14.43%	28.87%	
Algunas veces	38.14%	15.46%	30.93%	30.93%	28.87%	32.99%	
Nunca	20.62%	38.14%	25.77%	17.53%	24.74%	14.43%	
No la uso porque no está disponible en mi país	1.03%	39.18%	17.53%	12.37%	22.68%	8.25%	
Total general	95.88%	95.88%	96.91%	94.85%	96.91%	97.94%	
SII-M (1)	Citrato de alverina	Bromuro de pinaverio	Bromuro de otilonio	Dicicloverina	Butil bromuro de hioscina	Hiosciamina	Mebeverina
Siempre	2.06%	5.15%	9.28%	1.03%	3.09%	1.03%	9.28%
La mayoría de las veces	9.28%	27.84%	24.74%	8.25%	9.28%	4.12%	18.56%

Tabla 3 (continuación)

SII-M (1)	Citrato de alverina	Bromuro de pinaverio	Bromuro de otilonio	Dicicloverina	Butil bromuro de hioscina	Hiosciamina	Mebeverina
Algunas veces	43.30%	47.42%	45.36%	25.77%	28.87%	14.43%	53.61%
Nunca	24.74%	18.56%	17.53%	38.14%	45.36%	57.73%	17.53%
No la uso porque no está disponible en mi país	20.62%	1.03%	3.09%	26.80%	13.40%	22.68%	1.03%
Total general	100.00%	100.00%	100.00%	99.99%	100.00%	99.99%	100.01%
SII-M (2)	Trimebutina	Menta piperita	Citrato de alverina con simeticona	Bromuro de pinverio con simeticona	Mebeverina con simeticona	Trimebutina con simeticona	
Siempre	11.34%	1.03%	8.25%	10.31%	8.25%	13.40%	
La mayoría de las veces	25.77%	4.12%	15.46%	27.84%	16.49%	32.99%	
Algunas veces	48.45%	16.49%	43.30%	34.02%	35.05%	35.05%	
Nunca	13.40%	39.18%	17.53%	15.46%	16.49%	10.31%	
No la uso porque no está disponible en mi país	1.03%	39.18%	15.46%	12.37%	23.71%	8.25%	
Total general	99.99%	100.00%	100.00%	100.00%	99.99%	100.00%	

SII-D: síndrome de intestino irritable con diarrea; SII-E: síndrome de intestino irritable con estreñimiento; SII-M: síndrome de intestino irritable mixto.

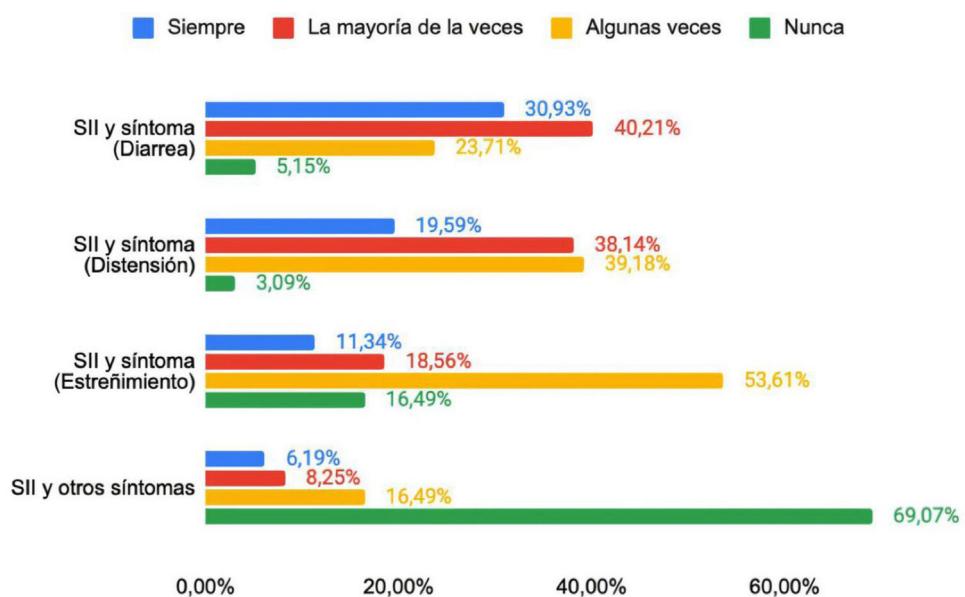


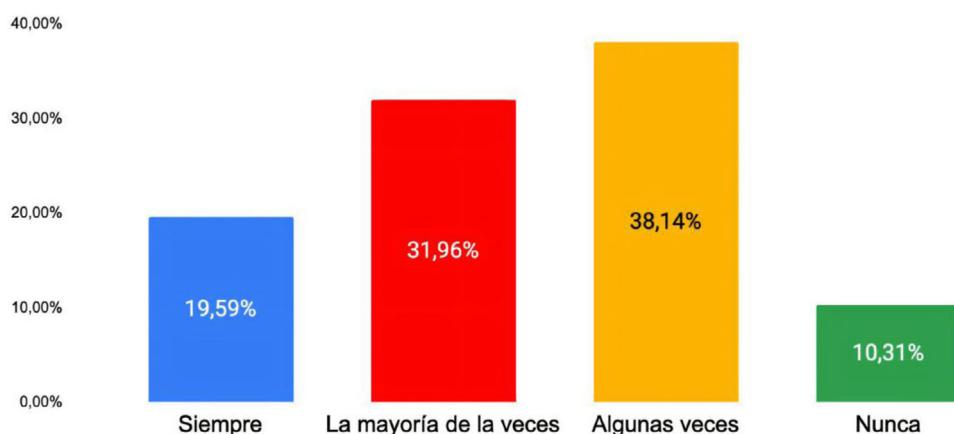
Figura 9 Indicación de probióticos en el SII de acuerdo con síntomas.

utilizados en el 94% de los casos, los ISRS en el 64%, y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) en el 60%. En el SII-E, los ISRS son utilizados por el 84% de los encuestados, los IRSN por el 62%, y los tricíclicos por el 54%. Además, cabe recalcar que hasta el 90% de los encuestados indican neuromoduladores centrales cuando existen manifestaciones sugerentes de depresión (fig. 10). Con respecto a ligandos delta, el 50% considera con frecuencia variable el uso de pregabalina y el 35%, gabapentina. Las benzodiacepinas son utilizadas ante síntomas concomitantes de ansiedad

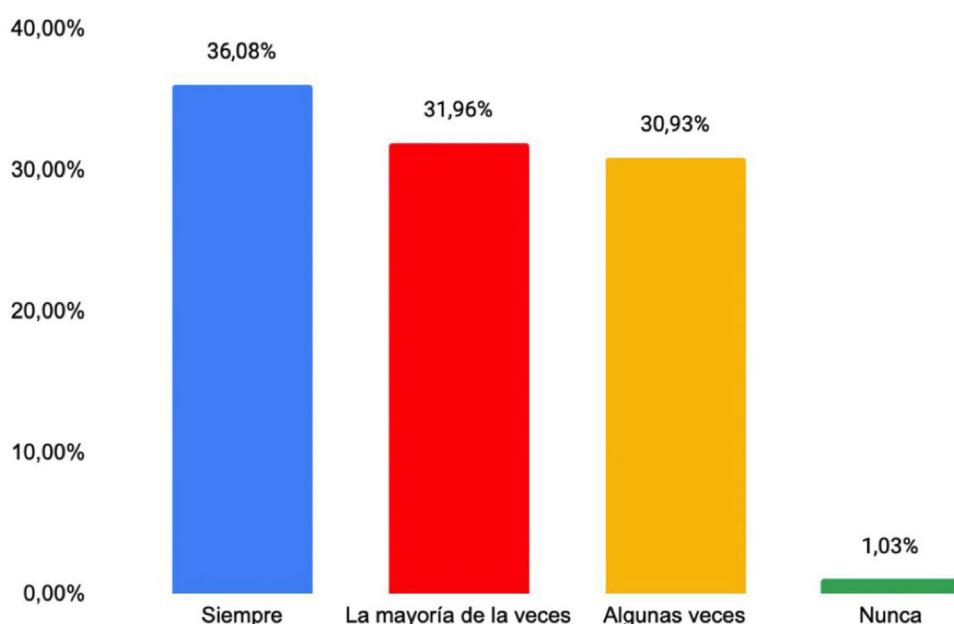
hasta por el 61% de los expertos, pero más de la mitad los recomienda solo algunas veces.

**Psicoterapia:** Hasta el 99% de los encuestados considera remitir a psicoterapia a pacientes con el SII con síntomas depresivos (fig. 11). La terapia cognitiva conductual se considera por algunos cuando no hay respuesta al tratamiento convencional (p. ej., antiespasmódicos, neuromoduladores centrales).

**Terapias alternativas:** Las terapias alternativas como acupuntura, herbolarias, e hipnosis, son consideradas con



**Figura 10** Indicación de neuromoduladores centrales (antidepresivos) en el SII cuando hay manifestaciones de depresión.



**Figura 11** Indicación de psicoterapia en los pacientes con el SII con manifestaciones sugerentes de depresión.

diferente frecuencia hasta por el 75% de los expertos cuando no hay respuesta al tratamiento convencional ([fig. 12](#)).

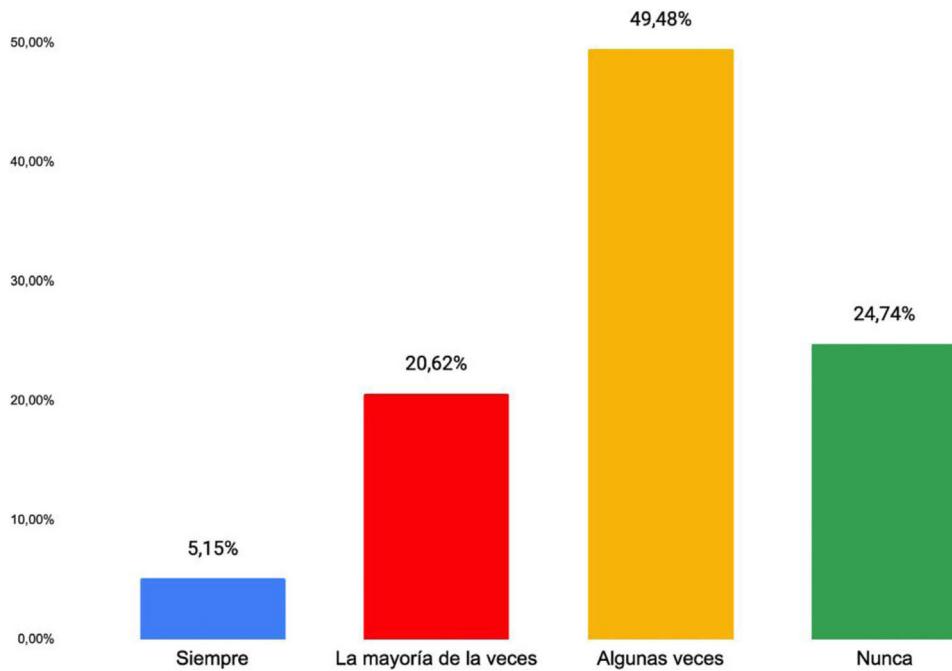
## Discusión

En la presente encuesta realizada entre gastroenterólogos latinoamericanos expertos en TIIC, encontramos que prácticamente todos utilizan criterios de Roma IV para diagnosticar SII y todos solicitan pruebas de laboratorio ante la presencia de signos de alarma y la mayoría colonoscopía en los pacientes mayores de 50 años, acorde con las guías internacionales de diagnóstico del SII<sup>1,3,4,7</sup>. Sin embargo, existe un grupo importante que indica la realización de TAC abdominopélvica en estos pacientes, lo cual no tiene explicación y es importante conocer más detalles al respecto, y dos terceras partes solicitan a sus pacientes pruebas de aliento para SIBO, principalmente en Argentina y Chile. En cuanto al tratamiento del SII, como era de esperarse, los antiespasmódicos son los medicamentos más recetados,

quizá por la amplia disponibilidad de estos agentes en la región latinoamericana, si bien hay diferencias locales. También, de acuerdo con las guías internacionales, más del 90% recomienda rifaxima en los pacientes con el SII-D y estreñimiento, lo cual se ajusta a las evidencias; y hasta el 94% indica neuromoduladores centrales como tratamiento de segunda línea en el SII en general, también siguiendo las evidencias. Finalmente, el uso de dieta baja en FODMAP es recomendada hasta por el 83% de los expertos, y si bien este tratamiento se considera de primera línea y también hay evidencias al respecto, debemos conocer si dicha dieta se lleva a cabo siguiendo las recomendaciones de cómo llevarla a cabo y bajo la guía de un nutriólogo experto.

## Diagnóstico del síndrome de intestino irritable

El hecho de que la mayor parte de los encuestados coincidieron, con el uso de criterios diagnósticos, en especial Roma IV, es un aspecto importante. Si bien el uso de criterios



**Figura 12** Indicación de terapias alternativas (acupuntura, preparaciones herbáceas, hipnosis, terapia cognitiva conductual) en los pacientes con el SII que no responden al tratamiento convencional.

basados en síntomas para el diagnóstico de SII empezó con los de Manning, publicados en 1978<sup>9</sup>, a partir de entonces se han ido modificando con Roma I las posteriores iteraciones, con la intención de lograr mayor precisión y con base en las evidencias de la literatura. Los más recientes son los criterios de Roma IV publicados en 2016, no solo utilizados para diagnosticar el SII, sino también para los demás TIIC<sup>1,10</sup>. Es de anotar, sin embargo, que debido a que estos criterios se crearon para estandarizar a los pacientes incluidos en un ensayo clínico o en estudios epidemiológicos, han sido criticados por su poca utilidad en la clínica. Por lo anterior, recientemente se ha recomendado el uso de criterios clínicos que mantienen el marco de referencia de los criterios de Roma IV en general, pero se ha flexibilizado la duración y frecuencia de los síntomas sobre todo si el médico se siente seguro con los estudios realizados previamente en el paciente<sup>11</sup>. Sin embargo, es interesante como en Latinoamérica, los expertos sí utilizan los criterios diagnósticos, en especial los más recientes de Roma IV como marco de referencia para diagnosticar el SII. Es de anotar, que actualmente se encuentra en proceso la iteración de Roma V que será publicada en 2026 y con base en esos criterios<sup>11</sup>, también se recomendarán criterios clínicos para la práctica diaria.

Con base en lo anterior, hay que recalcar que si bien los criterios de Roma IV no requieren del uso de pruebas diagnósticas de laboratorio o gabinete para el SII específicamente, debido a la similitud clínica del SII con otras entidades como la EC o la enfermedad inflamatoria intestinal, se requiere descartar que los síntomas se traten de estas entidades o que haya coexistencia del SII con estas condiciones<sup>1,12</sup>. Algunos exámenes complementarios como hemograma, pruebas de función tiroidea y serología de EC son adecuados en la evaluación inicial y el diagnóstico dife-

rencial de pacientes que cumplen con criterios de SII<sup>12,13</sup>. De hecho, estas pruebas deben ser ajustadas de acuerdo con la epidemiología local de dichos diagnósticos diferenciales como se observó en la presente encuesta. Es así como en Argentina y Chile los expertos ordenan con alta frecuencia serología para EC y/o calprotectina fecal, en comparación con la baja frecuencia para ambos estudios en México (país con el mayor número de expertos participantes en el presente estudio), por la baja prevalencia de EC y enfermedad inflamatoria intestinal en este último país<sup>14,15</sup>.

La colonoscopia también es un instrumento de diagnóstico utilizado por la mayoría de los encuestados, es el método de elección para la prevención y el diagnóstico del cáncer de colon. Si bien la presente encuesta utilizó como punto de corte los 50 años de acuerdo con las guías anteriores, las guías actuales recomiendan colonoscopía para tamizaje de cáncer colorrectal a partir de los 45 años en sujetos sin antecedentes familiares de adenomas, o cáncer colorrectal, lo cual debemos asegurarnos que se esté considerando en nuestra región<sup>16,17</sup>. Además, este procedimiento debe indicarse en todos los pacientes con el SII que presenten signos de alarma o cambios en el hábito intestinal del SII, independientemente de la edad y del subtipo de SII. También la colonoscopía con toma de biopsias, se requiere en los pacientes con el SII-D que no responden a tratamiento para descartar la presencia de colitis microscópica, aunque no existan lesiones mucosas evidentes en la colonoscopía, en especial en los pacientes mayores de 50 años<sup>18-20</sup>.

Un aspecto para resaltar en la presente investigación es el porcentaje tan alto de los encuestados que ordena la TAC abdominopélvica en los pacientes con criterios de SII. La TAC es una herramienta útil en el diagnóstico de enfermedades vasculares, pancreáticas o hepatobiliarias, entre otras enfermedades orgánicas de abdomen y pelvis<sup>21</sup>; sin embargo, su

utilización en tubo digestivo está más dirigida a la evaluación del intestino delgado en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, y su uso en pacientes con el SII suele ser de poca utilidad<sup>22,23</sup>. Por lo antes expuesto, no existe evidencia de calidad que justifique el uso rutinario de la TAC abdominopélvica en los pacientes que cumplen con criterios de SII en los que no hay signos sugerentes de enfermedad orgánica<sup>23</sup>. Quizá lo anterior se deba a la forma como se formuló la pregunta en nuestra encuesta, y tal vez no quedó claro para los participantes si se trataba del uso de la TAC cuando se sospechaba malignidad intraabdominal como explicación de los síntomas del paciente. Sin embargo, este dato representa una oportunidad de educación a los médicos y sería interesante conocer lo que ocurre a nivel de internistas y médicos generales.

Otro estudio diagnóstico considerado por la mayor parte del grupo de trabajo es la manometría anorrectal en el SII-E, una prueba útil para la categorización de los pacientes con síntomas sugerentes de trastorno de la evacuación, ya que permite realizar el diagnóstico de propulsión evacuatoria inadecuada y/o disinergeria defecatoria<sup>24,25</sup>. La realización de manometría anorrectal en los pacientes con el SII-E que presentan disminución de frecuencia evacuatoria, podría ser una alternativa útil cuando no hay buena respuesta al tratamiento médico<sup>26</sup>. Es de anotar que la manometría anorrectal también es de utilidad en incontinencia fecal que se ve exacerbada ante la presencia de diarrea como la presentada en el SII-D. Sin embargo, nuestra encuesta tuvo la limitante de solo investigarla en el SII-E. El hallazgo de que la manometría anorrectal fue ordenada con mayor frecuencia entre los expertos que trabajan en práctica pública en contraste con aquellos en privada, puede estar en relación con la alta inversión que significa tener esta tecnología y que por lo tanto es más probable su disponibilidad en un centro hospitalario de asistencia pública. Este es otro aspecto que debemos investigar con mayor profundidad en el futuro.

En cuanto al SIBO, y a la malabsorción de lactosa y fructosa, son condiciones frecuentemente asociadas con el SII<sup>27-31</sup>. Si bien el patrón de oro para el diagnóstico de SIBO es el aspirado de fluido duodenal para el recuento de unidades formadoras de colonias de bacterias, su difícil reproductibilidad impide su uso rutinario por lo que con frecuencia se hace un diagnóstico presuntivo en función de síntomas o a través de la realización de pruebas de aire espirado<sup>27,28</sup>. El estudio de pacientes a través del aliento también se utiliza ante la sospecha de malabsorción de azúcar; sin embargo, la falta de acuerdo en cuanto a la protocolización de estos estudios, la variabilidad en la interpretación de sus resultados y su disponibilidad en los distintos países, parece influir en la frecuencia con la que son solicitados<sup>27-31</sup>. En nuestro estudio se observó que Argentina y Chile son los países en donde más se solicitan pruebas de aliento, y si bien guías como las de la AGA no recomiendan su uso rutinario en el diagnóstico de SII, esta conducta parece ser derivada de una escuela local en dichos países que le da mucha importancia a este potencial aspecto fisiopatológico del SII<sup>32,33</sup>. En cambio, el Consenso Mexicano sobre el SII indicó que no existen evidencias suficientes para recomendar el uso rutinario de pruebas de aliento para SIBO<sup>7</sup>, lo cual concuerda con la menor frecuencia con la cual los gastroenterólogos expertos de México, ordenan dichas pruebas, solo el 54% de ellos

(datos no mostrados). Sin embargo, el 80% de los expertos que las utilizan, las ordenan algunas veces. Esto es similar en otros países como Brasil, Colombia, Honduras y Paraguay, en donde nunca las utilizan, mientras que, en Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Perú y Uruguay, las ordenan algunas veces (datos no mostrados).

## Tratamiento del síndrome de intestino irritable

Con respecto a las alternativas de tratamiento, la dieta fue una opción frecuentemente indicada por los expertos de Latinoamérica. Si bien inicialmente se consideraba un recurso bastante empírico, las evidencias tienen mayor peso a partir de la aparición de la dieta baja en FODMAP que, a pesar de su eficacia significativa en la mejoría de los síntomas, parece ser altamente restrictiva por lo cual debe ser guiada por un nutriólogo experto, y su superioridad no es clara al ser comparada con otras dietas<sup>34</sup>. La utilización de dietas basadas en la tolerancia individual de los pacientes parece una opción efectiva y menos difícil de cumplir que la dieta baja en FODMAP. Se debe intentar la reintroducción gradual de los alimentos previamente restringidos, una vez que los síntomas hayan mejorado<sup>35</sup>.

Como era de esperarse para nuestra región, los antiespasmódicos fueron el tratamiento más utilizado por los expertos y los hallazgos coinciden con las recomendaciones del posicionamiento del 2024 de la AMG, sobre el tratamiento del SII<sup>8</sup>. Estos fármacos son frecuentemente indicados para tratar el dolor abdominal en el SII debido a su eficacia y perfil de seguridad, los cuales los convierten en una alternativa terapéutica muy atractiva<sup>36</sup>. Si bien el antiespasmódico más utilizado en la encuesta fue la trimebutina (sola y combinada con dimeticona), de acuerdo con publicaciones disponibles en la actualidad, el bromuro de pinaverio parece ser el más efectivo en el control del dolor abdominal, y la asociación con dimeticona puede ser útil en el control de la distensión; sin embargo, faltan evidencias de mayor peso para recomendarlo de manera categórica antes que los demás antiespasmódicos<sup>37,38</sup>. La limitante se basa en la disponibilidad local de los diversos antiespasmódicos. De hecho, la razón por la cual guías internacionales como las del ACG no los recomiendan es precisamente por la falta de ensayos clínicos de alta calidad de este grupo de agentes, en especial de los antiespasmódicos disponibles en EE. UU.<sup>3</sup>.

El uso frecuente de neuromoduladores centrales por los expertos en la región es un hallazgo importante de reconocer a pesar de la connotación adversa que estos medicamentos tienen en especial para los pacientes, y el hecho de que no son reembolsados por los seguros para el uso en el SII y otros TIIC. Esto contrasta con otras regiones del mundo ya que estos agentes sí son reembolsados por los seguros, pero no son utilizados tan frecuentemente. Los neuromoduladores constituyen una alternativa de segunda línea para el manejo de síntomas del SII independientemente de la presencia de comorbilidad psiquiátrica<sup>39</sup>. La evidencia más sólida la tienen los tricíclicos, que son altamente efectivos en el control del dolor abdominal y deben usarse con precaución en los pacientes con estreñimiento y mayores de edad<sup>39,40</sup>. Estos incluso en muchos casos pueden ser utilizados de primera línea. Los IRSN, particularmente duloxetina, también son una opción altamente efectiva para el control

del dolor, aunque con menor calidad de evidencia<sup>39,41</sup>, y los ISRS no parecen ser efectivos en el control de dolor abdominal y solo han mostrado eficacia en el control de síntomas de depresión y ansiedad<sup>39,40</sup>. Con respecto al uso de benzodiazepinas y neuromoduladores periféricos como los ligandos delta, la evidencia sobre su uso en el SII es muy limitada<sup>42</sup>, al menos la Fundación de Roma los recomienda como parte de la terapia de aumentación si no se logra control con los tricíclicos, ISRS, IRSN y con tetracíclicos<sup>43</sup>. Siguiendo lo anterior, la mitad de nuestros expertos los recomiendan.

En cuanto a los probióticos, parece haber un uso excesivo de estos agentes para el SII, ya que en realidad las evidencias no son fuertes sobre estos agentes. Si bien los metaanálisis y las revisiones sistemáticas han concluido sobre su superioridad al placebo en el SII, no discriminan entre las especies y cepas utilizadas en los ensayos incluidos, lo cual dificulta su indicación<sup>44</sup>. En aquellos metaanálisis conducidos diferenciando las especies, los probióticos multiespecie que combinan bifidobacterias y lactobacilos parecen mostrar ventajas en el tratamiento de dolor abdominal, mejoría global de síntomas y distensión, sin embargo, la evidencia no es concluyente como para preferirlos categóricamente por encima de otras formulaciones<sup>45</sup>. Este es otro aspecto que representa una oportunidad de educación en la región latinoamericana, ya que es importante que los médicos encargados del manejo de los pacientes con el SII, conozcan las diferencias entre cada probiótico, entendiendo que no todas las especies producen los mismos resultados<sup>46</sup>.

La rifaximina es un antibiótico no absorbible que, por su acción antinflamatoria, y sus beneficios promoviendo la eubiosis intestinal, se indica como tratamiento para distintas manifestaciones del SII<sup>46,47</sup>. En esta encuesta se presenta como una alternativa utilizada principalmente en los pacientes con diarrea y distensión abdominal. Por su costo en nuestra región, y su corto tiempo requerido de tratamiento, es una alternativa que se puede probar empíricamente en los pacientes con el SII sin estreñimiento, y en aquellos con distensión abdominal. Por otra parte, la rifaximina es el tratamiento de elección para el SIBO, condición frecuentemente asociada con el SII, por lo que debe considerarse como tratamiento de elección en los pacientes con el SII con test de aire espirado positivo para SIBO<sup>28,48</sup>. Lo anterior no indica que el tratamiento con rifaximina en el SII-D, el SII-M o con distensión abdominal, debe estar supeditado a la presencia de una prueba de aliento positiva para SIBO. De hecho, esta prueba no está disponible en la mayoría de los países de nuestra región, y cuando se dispone de ella, puede resultar más costosa que el tratamiento de prueba con rifaximina. Por lo tanto, se puede utilizar rifaximina empíricamente en el SII cuando haya la sospecha de SIBO<sup>49,50</sup>.

Los encuestados también mostraron afinidad al uso de distintas alternativas para el manejo específico de diarrea y estreñimiento. De entre estas opciones, la colestiramina ha mostrado eficacia en el manejo de la diarrea por malabsorción de ácidos biliares, condición presente hasta en el 30% de los casos de SII-D<sup>51</sup>. Sin embargo, la colestiramina es un tratamiento poco tolerado por los pacientes, y si bien hoy por hoy hay pruebas no invasivas como la 7-alfa-C4 para tamizar sobre la presencia de malabsorción de ácidos biliares, aún es costosa y poco disponible en la mayoría de los países de

Latinoamérica, por lo cual la colestiramina empírica es una alternativa<sup>52</sup>.

Con respecto a los tratamientos modernos para el SII-E como los secretagogos, la linaclotida cuenta con evidencias de buena calidad que demuestra su eficacia en el control del dolor y la frecuencia evacuatoria en los pacientes con el SII-E<sup>53,54</sup>, sin embargo, solo se comercializa en algunos países de Latinoamérica. Lo mismo ocurre con lubiprostona, y solo es utilizada cuando está disponible. La prucaloprida ha sido evaluada con resultados favorables en el tratamiento del estreñimiento por tránsito lento<sup>55</sup>, si bien no hay estudios en los pacientes con el SII-E, podría considerarse una alternativa para aumentar la frecuencia evacuatoria en estos pacientes. De hecho, en el reciente posicionamiento sobre el tratamiento farmacológico del SII de la AMG, se recomendó el uso de prucaloprida como coadyuvante en el manejo del estreñimiento asociado con el SII<sup>8</sup>.

Finalmente, la psicoterapia y las terapias alternativas son consideradas por un porcentaje alto de los expertos encuestados; estas opciones han ganado terreno en el tratamiento del SII y otros TIIC, en gran parte debido al incremento de publicaciones que invitan a usarlas como recurso en los pacientes que no responden al tratamiento convencional<sup>56</sup>. Sin embargo, no necesariamente hay expertos en estas terapias en los pacientes con TIIC, lo cual puede limitar su uso. De hecho, las evidencias sugieren que las terapias administradas por un profesional muestran resultados significativamente superiores a las autoadministradas por los pacientes, esto refuerza el concepto de la importancia de mantener una buena relación médico/paciente en este tipo de trastornos<sup>57</sup>.

El presente estudio tiene ciertas limitantes, por ejemplo, no se investigó sobre el uso de medicamentos como el ondansetrón para el SII-D, o no se especificó sobre las características de determinados síntomas, por ejemplo, si al hablar de distensión abdominal se refería a objetiva, subjetiva o ambas. Además, hubiera sido interesante conocer la edad y el sexo de los expertos para evaluar si existían diferencias en el diagnóstico o tratamiento del SII, de acuerdo con el grupo etario de los gastroenterólogos que participaron. Así mismo, una limitante es la poca participación de expertos de la mayoría de los países de Latinoamérica, lo que hubiera permitido hacer comparaciones más específicas en el diagnóstico y tratamiento del SII, pero ello también refleja que en muchos de estos países no existen expertos en TIIC. Otra limitante es que no se interrogó sobre la forma de indicar la dieta baja en FODMAP que parece ser altamente utilizada en la región, es decir restricción total de FODMAP por 6 semanas y luego reintroducir progresivamente cada alimento para detectar aquellos a los cuales cada paciente es intolerante; además, de que se requiere de un nutriólogo experto en la materia para guiar la dieta en los pacientes<sup>34,35</sup>. A juicio de los autores, es probable que esta dieta no se esté indicando de la manera correcta y ello es algo que debemos investigar y una oportunidad de educación. A pesar de todo lo anterior, los resultados de esta encuesta nos permiten tener una visión general de la forma en que gastroenterólogos de Latinoamérica expertos en TIIC, diagnostican y tratan el SII.

## Conclusiones

La mayoría de los expertos latinoamericanos en TIIC encuestados usa criterios de Roma IV para el diagnóstico de SII, pero se requiere educación sobre la aplicación de los criterios clínicos en la práctica diaria. Los signos de alarma y la epidemiología local son la razón más frecuente para solicitar pruebas diagnósticas adicionales con la finalidad de descartar otras enfermedades, sin embargo, parece haber una sobre indicación de la TAC en los pacientes que cumplen con criterios diagnósticos de SII, lo cual debe ser investigado más profundamente. Con respecto al enfoque terapéutico, la encuesta muestra seguimiento de las guías de tratamiento, incluyendo el uso de antiespasmódicos como tratamiento de primera línea en el SII, pero su uso difiere por la disponibilidad local y subtipo de SII. Consideramos que existe un exceso de uso de probióticos en el SII a pesar de que las evidencias no lo favorecen. Finalmente, la alta frecuencia de uso de neuromoduladores es un aspecto a resaltar, a pesar de que, a diferencia de otras partes del mundo, las compañías de seguros en Latinoamérica no reembolsan el uso de estos agentes en TIIC; y la psicoterapia es frecuentemente indicada en los pacientes con depresión concomitante. Consideramos que sería de utilidad conocer la forma en que gastroenterólogos generales, internistas y médicos generales estudian esta entidad, y establecer guías prácticas para el diagnóstico y tratamiento del SII que permitan una óptima aplicación de recursos de acuerdo con la disponibilidad local y con las evidencias de mayor calidad.

## Financiación

Los autores no han recibido remuneración económica para la realización de este artículo de parte de alguna institución comercial o de la industria farmacéutica.

## Consideraciones éticas

La participación en la encuesta fue totalmente libre y voluntaria por lo que se consideró que contestar la encuesta significaba el consentimiento para la misma. No hubo ningún dato que pudiese identificar a los gastroenterólogos expertos que participaron en esta encuesta, y debido al carácter anónimo de la misma, no se requirió de registro ante un comité de ética.

## Conflicto de intereses

Los autores no presentan conflictos de intereses para la realización de este artículo.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.rgmx.2025.03.005](https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.03.005).

## Referencias

- Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>. S0016-5085(16)00222-5.
- Schmulson MJ, Puentes-Leal GA, Bustos-Fernández L, et al. Comparison of the epidemiology of disorders of gut-brain interaction in four Latin American countries: Results of The Rome Foundation Global Epidemiology Study. *Neurogastroenterol Motil*. 2023;35:e14569, <http://dx.doi.org/10.1111/nmo.14569>.
- Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, et al. ACG clinical guideline: Management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021;116:17-44, <http://dx.doi.org/10.14309/ajg.00000000000001036>.
- Vasant DH, Paine PA, Black CJ, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut*. 2021;70:1214-40, <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2021-324598>.
- Lembo A, Sultan S, Chang L, et al. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with diarrhea. *Gastroenterology*. 2022;163:137-51, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2022.04.017>.
- Chang L, Sultan S, Lembo A, et al. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with constipation. *Gastroenterology*. 2022;163:118-36, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2022.04.016>.
- Carmena-Sánchez R, Icaza-Chávez ME, Bielsa-Fernández MV, et al. The Mexican consensus on irritable bowel syndrome [Article in English, Spanish]. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81:149-67, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.01.004>.
- Remes-Troche JM. Tratamiento farmacológico del síndrome de intestino irritable en México. Posicionamiento de la Asociación Mexicana de Gastroenterología 2024. *Rev Gastroenterol Mex*. 2025, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.10.003>.
- Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J*. 1978;2:653-4, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.2.6138.653>.
- Saito YA, Locke GR, Talley NJ, et al. A comparison of the Rome and Manning criteria for case identification in epidemiological investigations of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:2816-24, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2000.03192.x>.
- Drossman DA, Tack J. Rome Foundation clinical diagnostic criteria for disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2022;162:675-9, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2021.11.019>.
- Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: A clinical review. *JAMA*. 2015;313:949-58, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.0954>.
- Asiri AS, Algarni SS, Althubaiti AQ, et al. Fecal calprotectin and organic gastrointestinal disease: A systematic review. *Cureus*. 2023;15:e45019, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.45019>.
- Singh P, Arora A, Strand TA, et al. Global prevalence of celiac disease: Systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16:823-36, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.037>, e2. Epub 2018 Mar 16. PMID: 29551598.
- Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: A systematic review of population-based studies. *Lancet*. 2017;390:2769-78, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0).
- Shaukat A, Kahi CJ, Burke CA, et al. ACG clinical guidelines: Colorectal cancer screening

2021. Am J Gastroenterol. 2021;116:458–79, <http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000001122>.
17. Patel SG, May FP, Anderson JC, et al. Updates on age to start and stop colorectal cancer screening: Recommendations from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol. 2022;117:57–69, <http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000001548>.
18. Sengupta N, Feuerstein JD, Jairath V, et al. Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding: An updated ACG guideline. Am J Gastroenterol. 2023;118:208–31, <http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000002130>.
19. Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. Gut. 2019;68:s1–106, <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318484>.
20. Miehlke S, Guagnazzi D, Zabana Y, et al. European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology and European Microscopic Colitis Group statements and recommendations. United European Gastroenterol J. 2021;9:13–37, <http://dx.doi.org/10.1177/2050640620951905>.
21. de Burlet KJ, MacKay M, Larsen P, et al. Appropriateness of CT scans for patients with non-traumatic acute abdominal pain. Br J Radiol. 2018;91:20180158, <http://dx.doi.org/10.1259/bjr.20180158>.
22. Bettenworth D, Bokemeyer A, Baker M, et al. Assessment of Crohn's disease-associated small bowel strictures and fibrosis on cross-sectional imaging: A systematic review. Gut. 2019;68:1115–26, <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2018-318081>.
23. Kavanagh RG, O'Grady J, Carey BW, et al. Review of the role of abdominal imaging in irritable bowel syndrome. World J Radiol. 2018;10:143–9, <http://dx.doi.org/10.4329/wjr.v10.i11.143>.
24. Rao SS, Bharucha AE, Chiarioni G, et al. Functional anorectal disorders. Gastroenterology. 2016;150:1430–42, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.009>, 25.
25. Rao SS, Patcharatrakul T. Diagnosis and treatment of dyssnergic defecation. J Neurogastroenterol Motil. 2016;22:423–35, <http://dx.doi.org/10.5056/jnm16060>.
26. Bharucha AE, Basilisco G, Malcolm A, et al. Review of the indications, methods, and clinical utility of anorectal manometry and the rectal balloon expulsion test. Neurogastroenterol Motil. 2022;34:e14335, <http://dx.doi.org/10.1111/nmo.14335>.
27. Takakura W, Pimentel M. Small intestinal bacterial overgrowth and irritable bowel syndrome - an update. Front Psychiatry. 2020;11:664, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00664>.
28. Pimentel M, Saad RJ, Long MD, et al. ACG clinical guideline: Small intestinal bacterial overgrowth. Am J Gastroenterol. 2020;115:165–78, <http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000000501>.
29. Sia T, Tanaka RO, Mousad A, et al. Fructose malabsorption and fructan malabsorption are associated in patients with irritable bowel syndrome. BMC Gastroenterol. 2024;24:143, <http://dx.doi.org/10.1186/s12876-024-03230-x>.
30. Domżał-Magrowska D, Kowalski MK, Małecka-Wojcieszko E. The incidence of adult type hypolactasia in patients with irritable bowel syndrome. Prz Gastroenterol. 2023;18:110–4, <http://dx.doi.org/10.5114/pg.2023.126043>.
31. Wielgosz-Grochowska JP, Domanski N, Drywień ME. Identification of SIBO subtypes along with nutritional status and diet as key elements of SIBO therapy. Int J Mol Sci. 2024;25:7341, <http://dx.doi.org/10.3390/ijms25137341>.
32. Bustos-Fernández LM, Man F, Lasa JS. Impact of *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 on bacterial overgrowth and composition of intestinal microbiota in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome patients: Results of a randomized pilot study. Dig Dis. 2023;41:798–809, <http://dx.doi.org/10.1159/000528954>.
33. Madrid AM, Defilippi CC, Defilippi GC, et al. Sobrecrecimiento bacteriano en trastornos funcionales del intestino. Rev Med Chil. 2007;135:1245–52, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887200700100003>.
34. Dionne J, Ford AC, Yuan Y, et al. A systematic review and meta-analysis evaluating the efficacy of a gluten-free diet and a low FODMAPs diet in treating symptoms of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol. 2018;113:1290–300, <http://dx.doi.org/10.1038/s41395-018-0195-4>.
35. McKenzie YA, Bowyer RK, Leach H, et al. British Dietetic Association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update). J Hum Nutr Diet. 2016;29:549–75, <http://dx.doi.org/10.1111/jhn.12385>.
36. Qin D, Tao QF, Huang SL, et al. Eluxadoline versus antispasmodics in the treatment of irritable bowel syndrome: An adjusted indirect treatment comparison meta-analysis. Front Pharmacol. 2022;13:757969, <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2022.757969>.
37. Bor S, Lehert P, Chalbaud A, Tack J. Efficacy of pinaverium bromide in the treatment of irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. Therap Adv Gastroenterol. 2021;14, <http://dx.doi.org/10.1177/17562848211033740>, 17562848211033740.
38. Schmulson MJ, Chiu-Ugalde J, Sáez-Ríos A, et al. Efficacy of the combination of pinaverium bromide 100 mg plus simethicone 300 mg in abdominal pain and bloating in irritable bowel syndrome: A randomized, placebo-controlled trial. J Clin Gastroenterol. 2020;54:e30–9, <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0000000000001242>.
39. Hanna-Jairala I, Drossman DA. Central neuromodulators in irritable bowel syndrome: Why, how, and when. Am J Gastroenterol. 2024;119:1272–84, <http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000002800>.
40. Black CJ, Yuan Y, Selinger CP, et al. Efficacy of soluble fibre, antispasmodic drugs, and gut-brain neuromodulators in irritable bowel syndrome: A systematic review and network meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020;5:117–31, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30324-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30324-3).
41. Salehian R, Mokhtare M, Ghanbari-Jolfaei A, et al. Investigation the effectiveness of duloxetine in quality of life and symptoms of patients with irritable bowel syndrome. Adv Biomed Res. 2021;10:14, [http://dx.doi.org/10.4103/abr.abr\\_247\\_20](http://dx.doi.org/10.4103/abr.abr_247_20). PMID: 34476222.
42. Drossman DA, Tack J, Ford AC, et al. Neuromodulators for functional gastrointestinal disorders (disorders of gut-brain interaction): A Rome Foundation working team report. Gastroenterology. 2018;154:1140–71, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2017.11.279>, e1.
43. Törnblom H, Drossman DA. Psychotropics, antidepressants, and visceral analgesics in functional gastrointestinal disorders. Curr Gastroenterol Rep. 2018;20:58, <http://dx.doi.org/10.1007/s11894-018-0664-3>.
44. Hoveyda N, Heneghan C, Mahtani KR, et al. A systematic review and meta-analysis: Probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome. BMC Gastroenterol. 2009;9:15, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-230X-9-15>.
45. Goodoory VC, Khasawneh M, Black CJ, et al. Efficacy of probiotics in irritable bowel syndrome: Systematic review and meta-analysis. Gastroenterology. 2023;165:1206–18, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2023.07.018>.
46. Lacy BE, Chang L, Rao SSC, et al. Rifaximin treatment for individual and multiple symptoms of irritable bowel syndrome with diarrhea: An analysis using new end points. Clin Ther. 2023;45:198–209, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2023.01.010>.

47. Pimentel M. Review of rifaximin as treatment for SIBO and IBS. *Expert Opin Investig Drugs*. 2009;18:349–58, <http://dx.doi.org/10.1517/13543780902780175>.
48. Gatta L, Scarpignato C. Systematic review with meta-analysis: Rifaximin is effective and safe for the treatment of small intestine bacterial overgrowth. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017;45:604–16, <http://dx.doi.org/10.1111/apt.13928>.
49. Rezaie A, Pimentel M, Rao SS. How to test and treat small intestinal bacterial overgrowth: An evidence-based approach. *Curr Gastroenterol Rep*. 2016;18:8, <http://dx.doi.org/10.1007/s11894-015-0482-9>.
50. Hanna-Jairala I, Bustos-Fernández L. Microbiota intestinal y estreñimiento. Una puesta al día. *NeuroGastroLATAM Reviews*. 2021;4, <http://dx.doi.org/10.24875/ngl.20000011>.
51. Ruiz-Campos L, Gisbert JP, Ysamat M, et al. Systematic review with meta-analysis: The prevalence of bile acid malabsorption and response to colestyramine in patients with chronic watery diarrhoea and previous cholecystectomy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019;49:242–50, <http://dx.doi.org/10.1111/apt.15099>.
52. Mendoza-Domínguez G, Garrido-Santos ZM, Lau C, et al. Real-world experience with the diagnosis of bile acid malabsorption (BAM) using serum 7-alpha-C4 and 48-hour stool bile acids. *Rev Gastroenterol Méx*. 2025, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.08.006>.
53. Zhao Q, Fang Y, Yan C, et al. Effects of linaclotide in the treatment of chronic constipation and irritable bowel syndrome with constipation: A meta-analysis. *Z Gastroenterol*. 2022;60:970–7, <http://dx.doi.org/10.1055/a-1491-1784>.
54. Nelson AD, Black CJ, Houghton LA, et al. Systematic review and network meta-analysis: Efficacy of licensed drugs for abdominal bloating in irritable bowel syndrome with constipation. *Aliment Pharmacol Ther*. 2021;54:98–108, <http://dx.doi.org/10.1111/apt.16437>.
55. Luthra P, Camilleri M, Burr NE, et al. Efficacy of drugs in chronic idiopathic constipation: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019;4:831–44, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30246-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30246-8).
56. Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, et al. Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017;51:142–52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.001>.
57. Flik CE, Bakker L, Laan W, et al. Systematic review: The placebo effect of psychological interventions in the treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2017;23:2223–33, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v23.i12.2223>.