



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



NEUROGASTROENTEROLOGÍA Y MOTILIDAD

Gastroparesia

Gastroparesis

M. González-Martínez

Departamento de Endoscopia, Laboratorio de Motilidad, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, IMSS

La gastroparesia es una enfermedad neuromuscular gástrica con disfunción motora y sensitiva que origina síntomas abdominales crónicos y representa gastos enormes en los sistemas de salud. Se define como un síndrome caracterizado por retraso del vaciamiento gástrico (VG) en ausencia de obstrucción mecánica¹.

La epidemiología de la gastroparesia se conoce mal. En un estudio retrospectivo se investigó la proporción de pacientes hospitalizados por gastroparesia. Se revisó una base de datos de 1994 al 2009; entre estas fechas, el número absoluto de hospitalizaciones pasó de 918 a 16,738, con un aumento significativo de costos y un incremento lineal en admisiones en los servicios de urgencia. Se ha establecido que existe un aumento de las hospitalizaciones y los costos por esta enfermedad en los últimos 15 años².

En cuanto a la patogénesis, la hiperglucemia aguda daña las neuronas entéricas y retarda el VG en individuos sanos y pacientes con DM tipo I. Se desconoce el efecto de mejorar el control glucémico en la DM tipos 1 y 2. Se realizó este trabajo para evaluar el efecto en el VG al mejorar el control glucémico en enfermos con DM tipo 2 con descontrol. En 30 pacientes se realizaron tres evaluaciones: basal, después del control agudo y seis meses después. Se midió el VG con prueba de aliento y se investigaron las funciones autonómicas. Al inicio, el VG fue normal en 36%, lento en 47% y rápido en 17%. Las disfunciones autonómicas no se relacionaron con el VG lento. El VG no fue significativamente diferente al basal. Después de seis meses de tratamiento, la Hb1Ac mejoró pero no se correlacionó con el VG. Los autores

concluyeron que el control glucémico agudo y a corto plazo no afecta en forma notoria el VG en la DM tipo 2³.

En la gastroparesia, la náusea y el vómito son los síntomas predominantes en el 45% de los pacientes y el dolor abdominal en el 20%. Se desconoce si los síntomas son estables en el tiempo; algunos estudios han informado disminución de la náusea, pero no del dolor durante el seguimiento. El objetivo es caracterizar la estabilidad de los síntomas y comparar la utilización de los recursos de salud y calidad de vida. Se incluyó a pacientes con retraso del VG y se evaluaron al inicio y 48 semanas después. De los 110 enfermos con náusea y vómito predominante, 61% continuó con los mismos síntomas y 10% cambió a dolor como síntoma principal. De los individuos con dolor, 53% siguió igual y 12% cambió a náusea y vómito. La estabilidad de los síntomas fue similar en diabéticos respecto de los pacientes con gastroparesia idiopática. La disminución de los síntomas fue mayor en el grupo de náusea y vómito en comparación con el grupo con dolor. Las hospitalizaciones, los suplementos de alimentación y la calidad de vida fueron similares en ambos grupos. Se concluyó que los síntomas predominantes son estables, pero los pacientes con náusea y vómito tienen mejor respuesta comparados con el grupo de dolor. Estos hallazgos enfatizan la presencia de fenotipos de gastroparesia basada en el síntoma predominante con distintos resultados clínicos⁴.

La gastroparesia tiene un efecto negativo en la calidad de vida y la comorbilidad psicológica puede contribuir al problema de la gastroparesia. Se presenta este estudio que

Autor para correspondencia: Calle Sur 132 #108, consultorio 606, Colonia Las Américas, México, D. F., México. C.P. 01120. Teléfono: 5276 1901. Correo electrónico: marinagonzalezmx@yahoo.com.mx (M. González-Martínez).

tiene como objetivo comparar los factores psicológicos en la gastroparesia leve y grave y evaluar los factores que son predictores de la calidad de vida. Se aplicaron algunos cuestionarios: índice de síntoma cardinal de gastroparesia (GCSI), evaluación de síntomas del tubo digestivo alto (PAGI-QOL), escala de ansiedad y depresión (HADS), perfil demográfico y cuestionario de salud (PHQ). Se incluyó a 84 pacientes; los sujetos con gastroparesia grave presentaron más síntomas somáticos y peor calidad de vida respecto de aquéllos con gastroparesia leve. No hubo diferencias en los datos demográficos y retención gástrica. En el análisis multivariado, los síntomas somáticos y la depresión se vincularon de forma independiente con la calidad de vida. Se concluyó que los pacientes con síntomas graves de gastroparesia tienen más síntomas somáticos y peor calidad de vida. La somatización y la depresión contribuyen a la carga total de la gastroparesia⁵.

El tratamiento de los pacientes con gastroparesia representa un reto debido a la heterogeneidad de la población y los múltiples mecanismos que contribuyen a la generación de los síntomas. Se conoce poco sobre las características clínicas que pueden predecir la respuesta a lo largo del tiempo. En este estudio, el objetivo es determinar si las características demográficas, el patrón de VG, las causas de la gastroparesia, los síntomas y la gravedad de éstos son predictores de la respuesta al tratamiento. Se estudió a 365 pacientes con gastroparesia incluidos en un registro de investigación clínica de gastroparesia que completaron 48 semanas de seguimiento. Se evaluaron cada 16 semanas y el tratamiento fue indicado por su médico. Se definió mejoría al disminuir un punto en la escala (GCSI) a 48 semanas en comparación con el basal. Sólo el 28% presentó mejoría. Los resultados muestran que los individuos que tienen mayor probabilidad de mejorar son los de mayor edad y los que presentaron pródomos de infección, mientras que los sujetos con sobrepeso, depresión o antecedente de tabaquismo tienen menor probabilidad. Los resultados enfatizan la naturaleza crónica de la enfermedad y llevan a la hipótesis sobre intervenciones dirigidas sobre los factores de riesgo de la falta de respuesta al tratamiento⁶.

Diagnóstico

Los síntomas gastrointestinales y el retraso del VG son comunes en personas con DM tipo 1. En la práctica clínica, la gammagrafía es en la actualidad el estándar de oro para medir el VG; las limitantes son el costo y la escasa disponibilidad. El vaciamiento de marcadores mediante fluoroscopia es un método económico, fácil y disponible en la mayoría de los hospitales. Se intentó validar el vaciamiento con marcadores e investigar la correlación con la gammagrafía y los síntomas. En el mismo día se midió el VG con gammagrafía y vaciamiento de 20 marcadores esféricos con fluoroscopia y se aplicó un cuestionario validado de síntomas. Se estudió a 115 pacientes, 86 de ellos con retraso del VG por gammagrafía y 26 con marcadores. La sensibilidad fue baja pero la especificidad alcanzó el 97%. Los autores sugieren que el VG con marcadores puede utilizarse como método de escrutinio para detectar gastroparesia en pacientes con DM⁷.

Tratamiento

La ghrelina es un tratamiento potencial para el retraso del VG. El RM-131, un pentapéptido sintético agonista de la ghrelina, tiene un tiempo medio plasmático mayor y una potencia 100 veces mayor a la ghrelina para revertir el íleo en animales. Se ha informado que el RM-131 acelera el VG en seres humanos sanos. El objetivo del trabajo realizado por el grupo de Camilleri fue investigar la farmacodinamia, síntomas y seguridad de una dosis única del RM-131 en pacientes con DM tipo 2 con síntomas gastrointestinales y con retraso del VG. Es un estudio doble ciego, aleatorizado, cruzado, de una sola dosis de 100 µg SC o placebo con siete días de periodo de lavado. Se realizó VG con gammagrafía, se determinaron glucosa, hormona del crecimiento, prolactina, cortisol e insulina. El RM-131 tuvo efecto sobre el tiempo de VG de sólidos respecto del placebo (59.5 vs 127 min), sin diferencia significativa en los síntomas. No se presentaron efectos adversos relevantes. Se determinó que el RM-131 acelera el VG de sólidos en pacientes con DM tipo 2 y gastroparesia⁸.

Se ha utilizado el tratamiento con estimulación gástrica eléctrica (GES) en casos de gastroparesia refractaria al tratamiento médico. En este trabajo se investigó el VG en pacientes con GES temporal (233) y permanente (151). Se obtuvo una mejoría estadísticamente significativa de los síntomas y aceleración del VG con GES temporal, que continuó con la GES permanente. En esta serie, la aplicación de la GES en pacientes con retraso del VG acelera el vaciamiento y mejora los síntomas, por lo que debe aceptarse en pacientes refractarios al tratamiento⁹.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Parkman HP, Camilleri M, Farrugia G, et al. Gastroparesis and functional dyspepsia: excerpts from the AGA/ANMS meeting. *Neurogastroenterol Motil.* 2010;22,113-133.
2. Parasa S, Raghav A, Sridhar M, et al. Gastroparesis in the US- an emerging epidemic. Sesión de trabajos libres presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. 1086.
3. Bharucha A, Basu A, Veil EB, et al. Effects of improving glycemic control on gastric emptying in patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus (DM). Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Tu1459.
4. Hasler WL, Wilson L, Parkman HP, et al. Stability of symptom predominance and comparison of 48 weeks outcomes in nausea/vomiting- versus abdominal pain-predominant gastroparesis. Sesión de trabajos libres presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. 771.
5. Kowalczyk M, Modiri AN, Parkman HP. Quality of life in patients with gastroparesis: the impact of gastroparesis symptoms and psychological factors. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Sa1424

6. Pasricha PJ, Yates KP, Tonascia J, et al. Outcomes and predictors of improvement in patients with gastroparesis followed prospectively for 48 weeks. Sesión de trabajos libres presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. 1088.
7. Olausson EA, Grundin HN, Isaksson M, et al. Measurement of gastric emptying in diabetic patients with radiopaque markers (roms): correlation with scintigraphy and upper symptoms. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Tu1465.
8. Shin A, Camilleri M, Busciglio IA, et al. Randomized, placebo-controlled, single-dose, crossover study of the effects of RM-131 in type 2 diabetics with documented delayed gastric emptying. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Tu1460.
9. Weeks ES, Albell TL, McCrary JB, et al. Delayed gastric emptying-response to temporary and permanent GES with effect on symptoms and gastric emptying. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Sa1953.