



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



TRASTORNOS FUNCIONALES

Dispepsia y gastroparesia

Dyspepsia and gastroparesis

J. R. Nogueira de-Rojas

Hospital General de Irapuato, SSG, Irapuato, Gto.

Recibido el 8 de junio de 2013; aceptado el 15 de junio de 2013

Dispepsia

Etiología

Oshima et al. estudiaron la frecuencia de historia de abuso en pacientes con dispepsia funcional (DF) en Japón. Compararon 1.000 pacientes que cumplían los criterios de Roma III pero no habían consultado a un médico, con 1.000 pacientes con los mismos criterios pero que sí habían consultado y con 500 personas sanas. Encontraron historia de abuso en 44% de los pacientes con DF que no consultaban, en 50.9% de los que sí lo hacían y en 21.4% de los controles sanos. La historia de abuso fue más frecuente en mujeres y la intensidad de los síntomas fue mayor en aquellos con este antecedente. Los investigadores concluyeron que, en Japón, la historia de abuso es frecuente en la DF y debe ser investigada en estos pacientes¹.

Weltens et al. en Bélgica, realizan el primer estudio en el que se analizan, con complejos modelos matemáticos, la influencia de la ansiedad y la depresión en la acomodación gástrica. Reclutan a 259 pacientes con DF según los criterios de Roma II, estudian en ellos la acomodación gástrica con un

baróstato y una comida líquida. Los pacientes respondieron cuestionarios validados para diagnosticar la enfermedad por ansiedad generalizada, el estado de ansiedad (angustia aguda) y la depresión. Los investigadores encontraron que el estado de ansiedad tiene un efecto significativo alterando la acomodación ($p = 0.012$). La enfermedad por ansiedad generalizada se asocia con un aumento más lento del volumen gástrico posprandial inicial. La depresión no tuvo efecto significativo en la acomodación².

Un estudio mexicano de Ramos et al. también analiza el efecto de la angustia sobre la DF encontrando ansiedad en 37% de 681 pacientes (80% mujeres) con DF, de los cuales 31% fueron diagnosticados con síndrome de dolor epigástrico (SDE) y 36% con síndrome de molestia posprandial (SMP). Los síntomas que correlacionaron con ansiedad fueron saciedad precoz, náusea, disfagia y globos³.

Fisiopatología

Vanheel et al. estudiaron a 308 pacientes con diagnóstico de DF según los criterios de Roma II. Para conocer el vaciamiento gástrico de sólidos usaron la prueba de medición de C-14 en el aire espirado, tras la ingestión de ácido octanóico

Autor de correspondencia: Reforma 56-503, Col. Gámez, Irapuato, Gto. Teléfono y Fax: (01) 462 625 1992.
Correo electrónico: jr_nogueira@hotmail.com (J. R. Nogueira de-Rojas)

marcado con C-14. Las mediciones se hicieron cada 15 minutos durante 240 minutos después del alimento. Durante cada episodio de medición se interrogó sobre 6 síntomas (dolor epigástrico, llenura posprandial, meteorismo, náusea, ardor epigástrico y eructos), midiendo la intensidad de cada uno en una escala de 0 a 3. Encontraron que las calificaciones para meteorismo, llenura y eructos fueron mayores durante la fase gástrica comparada con la del intestino delgado; además, la comparación entre la intensidad de los síntomas y las curvas de vaciamiento mostró que conforme el alimento pasaba al intestino delgado los síntomas disminuían. En contraste, la intensidad del dolor epigástrico, ardor y náusea fue similar en ambas fases, sin cambio en la fase intestinal⁴.

Clínica

Carbone et al. de Bélgica estudian y presentan el primer instrumento generado por los pacientes con DF, que son entrevistados en pequeños grupos. Fueron seleccionados con los criterios de Roma III, previa exploración endoscópica normal. Quince pacientes fueron entrevistados en grupos de 5. En el total de la muestra hubo 87% de mujeres, media de edad 48 años (26-65), los síntomas tenían 5 años de antigüedad (1 a 15). Todos tenían síntomas en el abdomen superior desencadenados o agravados por el alimento. Todos tuvieron saciedad precoz y llenura posprandial. El 40% presentó náusea posprandial, 20% interprandial, 33% meteorismo proximal, 27% eructos excesivos y 13% vómito. Concluyen que la aplicación de este método permite desarrollar un cuestionario en el que la llenura posprandial y la saciedad precoz sean los síntomas clave para el diagnóstico del SMP⁵.

Diagnóstico

Roongpoovapatr et al. de Tailandia reclutan a 143 pacientes consecutivos con dispepsia y les practican exploración endoscópica. La consideran positiva si encuentran cualquier lesión excepto gastritis no erosiva y comparan los resultados con los de un grupo con dispepsia sin datos de alarma, estudiado durante el mismo tiempo. Todos los pacientes con datos de alarma (edad mayor a 55 años, evidencia de pérdida de sangre por el tubo digestivo, disminución inexplicable de peso, disfagia, vómito persistente) y resultado endoscópico negativo, fueron sometidos a ultrasonografía abdominal. Encontraron úlcera péptica y gastroduodenitis erosiva en 23% y 46.9%, respectivamente, un cáncer de esófago y 7 de estómago. Los controles sin datos de alarma tuvieron diagnóstico endoscópico positivo en 21%, mientras que en los que tenían datos de alarma el estudio endoscópico fue positivo en 71% ($p < 0.001$). De los 5 datos de alarma, el vómito persistente fue el de más elevado valor de predicción. La ultrasonografía fue positiva en 58.8% de los 34 pacientes con datos de alarma y estudio endoscópico negativo; 7 de estos pacientes tuvieron colelitiasis y uno cirrosis. Los demás diagnósticos ultrasonográficos fueron irrelevantes⁶.

Tratamiento

Los medicamentos habitualmente recomendados para tratar la DF son los antisecretores, principalmente los inhibidores de la bomba de protones (IBP) y los procinéticos. En Europa y Australia se utiliza un preparado a base de hierbas desarrollado en Alemania conocido como Iberogast o STW 5. Vinson y Holtmann realizaron un estudio en Queensland, Australia, en el que participaron 545 pacientes con DF quienes fueron tratados durante 8 semanas con STW 5 ($n = 262$), IBP ($n = 186$), bloqueadores de los receptores H₂ de la histamina (BH₂) ($n = 77$) y procinéticos ($n = 70$). Al principio y al final del estudio les aplicaron a todos los pacientes un cuestionario validado. La calificación media del cuestionario bajó de 10.4 al inicio, a 4.2 al final de las 8 semanas. No hubo diferencia significativa con ninguno de los 4 tratamientos a pesar de que en muchos casos se usaron combinados. Concluyeron que todos los tratamientos usados son igual de efectivos para el tratamiento de la DF⁷.

Mills et al. de Albuquerque, Nuevo México, estudiaron la posibilidad de una etiología infecciosa en la DF. Estudiaron a 24 pacientes con DF según los criterios de Tack et al., los compararon con voluntarios sanos y luego los asignaron al azar (2:1) para recibir rifaximina o placebo por 10 días. Las variables de interés fueron cambio en los síntomas, prueba de H⁺ en el aire espirado postingesta de lactulosa y tolerancia al volumen de una bebida nutritiva. Los resultados mostraron que los síntomas pretratamiento fueron más intensos en los pacientes que en los sujetos sanos ($p = 0.0001$). La prueba de la lactulosa no difirió entre unos y otros. No hubo diferencia en los síntomas postratamiento entre quienes tomaron rifaximina y quienes recibieron placebo, excepto que los primeros tuvieron más eructos ($p < 0.05$). Concluyeron que la DF no responde al tratamiento con un antibiótico no absorbible⁸.

Gastroparesia

Epidemiología

Kaplan et al. desarrollaron un cuestionario que incluye análisis de meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómito y llenura posprandial. Lo aplicaron a 418 pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y a 511 con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). El 48% con DM-1 y el 46% con DM2 aceptaron tener uno o más de los síntomas antes mencionados en los 7 días previos a la aplicación del cuestionario. Más del 40% de los positivos consideraron su cuadro moderado o intenso (4 o más en una escala de 0 a 10). La mayoría de este último grupo había consultado a un médico durante el año previo. Fue más probable que los pacientes con DM1 fueran estudiados con pruebas de vaciamiento gástrico y diagnosticados con gastroparesia (GP) que los que sufrían DM2: 49% y 17%, respectivamente, recibieron el diagnóstico de GP, a pesar de que no hubo diferencia en la intensidad de los síntomas. El 16% de los pacientes con DM1 y 4% con DM2 tomaban procinéticos o medicamentos contra la náusea. Si se extrapolan estas cifras a la población diabética de los Estados Unidos,

se calcula que 165.000 pacientes con DM1 y 2.1 millones con DM2 sufren GP⁹.

Clínica

Salicru et al. comparan a 3.040 pacientes con diagnóstico establecido de GP (mediana de edad 58 años, 18-96; 67% mujeres) con 575.895 controles (mediana de edad 57 años, 18-106; 62% mujeres). Los pacientes con GP tuvieron más probabilidad que los controles de presentar vómito (RM 2.36; IC95% 2.15 - 2.59; $p < .0001$), pérdida de peso (RM 1.44; IC95% 1.23 - 1.67; $p < .0001$), disfagia y dispepsia. La presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico, anemia, hematemesis y dolor abdominal, fue igual en ambos grupos. La infección por *Helicobacter pylori* fue menos frecuente en pacientes con GP: 6% contra 11% (RM 0.52, IC95% 0.45-0.61)¹⁰.

Diagnóstico

Ejskjaer et al. de la Universidad de Kansas, estudiaron la relación entre los síntomas, la glucemia y el vaciamiento gástrico en un grupo de pacientes diabéticos con síntomas de GP y demostración objetiva de importante retraso en el vaciamiento gástrico. El objetivo del estudio era evaluar un nuevo agonista de la grelina: TZP-102, doblemente a ciegas, en diabéticos tipo 1 o 2 con tiempo medio de vaciamiento gástrico ≥ 150 minutos y cuando menos 3 meses con síntomas de GP; 92 pacientes recibieron 4 diferentes dosis del medicamento o placebo durante 28 días y se les repitió el estudio del vaciamiento gástrico. No se encontró relación entre los síntomas, la glucemia y el vaciamiento antes ni después del tratamiento, ni con el placebo ni con ninguna de las dosis de TZP-102¹¹.

Tratamiento

Simmons y Parkman, de la Universidad Temple en Filadelfia, estudiaron a 36 pacientes con gastroparesia, náusea y vómito refractarios a otros tratamientos. Durante 15 días los pacientes utilizaron un parche de granisetron; al concluir el período de tratamiento se evaluó la respuesta con una escala validada, en la que +7 denota desaparición del síntoma, 0 ausencia de cambio y -7 máximo empeoramiento. También se investigaron efectos deletéreos. La media de edad fue 43 años, 8 pacientes eran diabéticos. Un paciente no logró aplicar el parche. De los 35 restantes, 18 mejoraron, 15 no tuvieron cambio y 2 empeoraron. La media de cambio en la calificación de los síntomas fue +1.8 ($p < 0.05$ vs. 0). La media en los 18 pacientes que mejoraron fue de +3.7, es decir, mejoría moderada; 8 pacientes tuvieron efectos indeseables (22%), todos poco importantes¹².

Financiamiento

No hubo financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de interés, en relación con el artículo que se remite para publicación.

Bibliografía

- Oshima T, Yamasaki T, Nando Y, et al. Childhood, physical, sexual and psychological abuse are associated with the development of functional dyspepsia. Sesión de carteles presentada en DDW 2013, mayo 18-22. Orlando, FL. Mo 1874.
- Weltens N, Huynh GL, Vos R, et al. Acute anxiety and chronic co-morbid anxiety impair gastric accommodation in functional dyspepsia. Resumen 572. DDW 2013 [resúmenes aceptados disponibles en página de internet]. Mayo 2013 (citado el 2 de junio 2013). Disponible en: <http://ddw.apprisor.org>
- Ramos B, Durán HJ, Cruz RP, et al. The relation of anxiety and digestive symptoms in uninvestigated dyspepsia: a different look on troublesome symptoms. Sesión de carteles presentada en DDW 2013, mayo 18-22. Orlando, FL. Mo 1884.
- Vanheel H, Vanuytsel T, Van Oudenhove L, et al. Distinction between gastric and small intestinal symptoms after a meal in patients with functional dyspepsia. Sesión de carteles presentada en DDW 2013, mayo 18-22. Orlando, FL. Tu 2093.
- Carbone F, Holvoet L, Vandenberghe A, et al. Functional dyspepsia: outcome of focus groups for the development of a questionnaire for symptom assessment in patients suffering from postprandial distress syndrome (PDS). Sesión de carteles presentada en DDW 2013, mayo 18-22. Orlando, FL. Mo 2052.
- Roongpoovapatr P, Atsawarungangkiet A, Chavalitdhamrong D, et al. Prevalence of significant endoscopic findings in dyspeptic patients with alarm features: A prospective study. Sesión de carteles presentada en DDW 2013, mayo 18-22. Orlando, FL. Mo 1876.
- Vinson BR, Holtmann G. A survey of treatment of patients with functional dyspepsia in the routine clinical setting. Sesión de carteles presentada en DDW 2013, mayo 18-22. Orlando, FL. Mo 1885.
- Mills N, Fowles LR, Newton P, et al. Functional dyspepsia is not responsive to antibiotic treatment: a randomized, placebo-controlled trial. Sesión de carteles presentada en DDW 2013, mayo 18-22. Orlando, FL. Tu 2099.
- Kaplan LM, McCallum RW, Kenneth LK, et al. High prevalence and underdiagnosis of gastroparesis symptoms among patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. Resumen 573. DDW 2013. [resúmenes aceptados disponibles en página de internet]. Mayo 2013 [citado el 2 de junio 2013]. Disponible en: <http://ddw.apprisor.org>
- Salicru MN, Juarez DM, Genta RM. Low prevalence of *H. pylori* infection in patients with gastroparesis. Sesión de carteles presentada en DDW 2013, mayo 18-22. Orlando, FL. Sa1901.
- Ejskjaer N, Wo JM, Esfandyari T, et al. Gastric emptying, glycemia, and upper GI symptoms are independent factors in diabetic gastroparesis. Sesión de carteles presentada en DDW 2013, mayo 18-22. Orlando, FL. Mo 2091.
- Simmons K, Parkman HP. Transdermal patch for treatment of nausea and vomiting in gastroparesis: response to treatment using the Clinical Patient Grading Assessment Scale (Cpgas). Sesión de carteles presentada en DDW 2013, mayo 18-22. Orlando, FL. Mo 2069.