

Dispepsia funcional

Dra. Marina González*

*Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. México, D.F.

DEFINICIÓN

La dispepsia funcional (DF) se define como dolor o molestia persistente o recurrente localizada en el abdomen superior sin evidencia de enfermedad orgánica que explique los síntomas.¹

Los estudios epidemiológicos sugieren que 15-20% de la población experimenta dispepsia y que sólo uno de cada cuatro enfermos consulta al médico. Hay pocos estudios que examinan los factores que influyen en la probabilidad de que un sujeto con síntomas acuda a consulta. Se realizó un estudio de seguimiento en pacientes que fueron incluidos en un programa de tratamiento de *H. pylori*, 53% tuvieron dispepsia, 42% acudió al médico, el promedio de consultas fue de 3.5 y encontraron que el estado de *H. pylori*, uso de aspirina, bajo nivel socioeconómico y una pobre calidad de vida son factores independientes de consulta.²

GRUPO DE SÍNTOMAS

Hay una considerable heterogeneidad en los síntomas de dispepsia, es posible identificar subgrupos en pacientes de centros de tercer nivel, pero los datos en la población general no son claros. Se caracterizó a subgrupos en: dolor abdominal (D), saciedad precoz (SP) y náusea/vómito (NV). La prevalencia de dispepsia fue 15%, 51% reportaron D, 20% NV y 47% SP. Concluyen que existen diferentes subgrupos en la población sugiriendo que son necesarias distintas estrategias de evaluación y tratamiento.³

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

Varios mecanismos fisiopatológicos se han postulado en DF. Se investigó la relación entre síntomas relacionados con la ingesta y la función motora gástrica, al administrar una bebida nutricional marcada con ⁹⁹Tc y evaluar los síntomas, la distribución intragástrica y el VG. Durante la ingesta los pacientes tuvieron más molestias que los controles, pero los parámetros de VG no fueron diferentes, la plenitud y el dolor tuvieron una correlación inversa con el Tlag. Los autores concluyen que el vacia-

miento rápido se asocia a síntomas, lo que sugiere que mecanismos duodenales juegan un papel en esta sintomatología.⁴

La función sensorimotora y los factores psicosociales se han implicado en la generación de síntomas de DF, el objetivo de este trabajo fue determinar la influencia de estos factores en la severidad de los síntomas (IS) y la pérdida de peso. Se realizó estudio con barostato y VG y se aplicaron cuestionarios de factores psicosociales. Encontraron que la somatización se correlacionó con IS, pérdida de peso y umbral de percepción, lo que indica que la intensidad de los síntomas está determinada por factores psicológicos más que por mecanismos fisiopatológicos.⁵

Se ha publicado que la disminución en la capacidad de carga oral en pacientes con DF no puede explicarse por una función alterada del estómago proximal. En este ensayo se determinó el volumen gástrico con SPECT después de una carga oral. Se incluyeron sujetos sanos y pacientes con DF, con los siguientes resultados: el volumen gástrico basal fue mayor en DF comparado con sanos y el volumen de agua fue mayor en el estómago distal en sanos. Los datos sugieren que la capacidad e ingesta está determinada por el volumen antral con una disminución en el llenado del estómago distal en los enfermos.⁶

Estudios recientes han mostrado que la DF puede persistir después de una gastroenteritis aguda y que el origen postinfeccioso puede estar presente. El objetivo de este estudio fue evaluar el pronóstico a largo plazo. Se realizó una evaluación completa de la función gástrica al inicio y en el seguimiento, y cuestionarios validados determinaron que la persistencia de síntomas no fue influenciada por alguna de las variables fisiopatológicas. Los síntomas se asociaron con el puntaje de ansiedad y depresión. Se concluye que a cinco años, la mayoría de los pacientes permanecen sintomáticos y se asocian con ansiedad, depresión y disminución en la calidad de vida.⁷

Existe una considerable sobreposición entre los diferentes TFD. Se investiga el grado de coexistencia entre SII, pirosis y DF y las posibles variables que promueven este hecho. Después de una evaluación completa se siguieron a 253 pacientes con DF. El 66% persistió con

DF, 36.5% con SII y 26.5% con pirosis, DF y SII en 29.5%, DF y pirosis en 23.7%. Encontraron que el sexo femenino y la ansiedad fueron factores para SII, mientras que la ansiedad y retardo en el VG lo fueron para pirosis y en todos los casos la sobreposición tuvo una menor calidad de vida.⁸

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Para determinar la prevalencia y naturaleza de los hallazgos endoscópicos anormales en pacientes con dispepsia sin ERGE, se estudiaron pacientes con dolor epigástrico. Los hallazgos fueron: 14.8% con esofagitis erosiva, 6.1% gastritis erosiva y 0.2% con neoplasias. La mayoría de las lesiones encontradas son tratables con la erradicación de *H. pylori* o IBP, lo que apoya las guías para el tratamiento empírico de la dispepsia.⁹

La presencia de pirosis como síntoma no dominante es común en los pacientes con dispepsia, se presenta este trabajo donde se examinan los factores relacionados con la respuesta sintomática con esomeprazol vs. placebo, en pacientes con DF y en dispepsia no investigada (DNI). Encontraron que la respuesta al tratamiento con IBP en ambos grupos no está afectada por la presencia de pirosis.¹⁰

La AGA recomienda que en las zonas con baja prevalencia de *H. pylori*, los pacientes pueden recibir tratamiento empírico con IBP y reservar la endoscopia para los que no responden a la terapia. Se realizó este estudio para determinar las anomalías endoscópicas en este grupo de enfermos. Se incluyeron pacientes con *H. pylori* negativo y dispepsia, recibieron esomeprazol o placebo y sólo a 16.7% de los pacientes se le realizó endoscopia y en 41% de ellos se encontraron alteraciones, principalmente esofagitis erosiva. Los datos apoyan las guías actuales de la AGA y se demuestra que no hay lesiones importantes en pacientes con dispepsia a pesar de la terapia con IBP.¹¹

Dentro de las estrategias de tratamiento inicial de la dispepsia, no se ha definido si la erradicación de *H. pylori* es más costo-efectiva que la terapia empírica con IBP. De una base de datos se encontró que la terapia de erradicación fue más efectiva en prevenir el dolor y el beneficio monetario fue a favor de esta medida. El análisis apoya la estrategia de probar y tratar en pacientes con dolor como síntoma predominante en DNI.¹²

REFERENCIAS

1. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45(Suppl. 2): 1137-42.
2. Ford A, Bailey A, Forman D, et al. Who consults with dyspepsia? A ten-year cross-sectional survey. *AGA* 2006; 216.
3. Choung R, Talley N, Locke GR, et al. Distinct dyspepsia subgroups in the general population. *AGA* 2006; W1068.
4. Adam B, Liebrechts T, Iyngkaran G, et al. Meal related symptoms and gastric motor function. *AGA* 2006; W1061.
5. Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Geeraerts B, et al. Determinants of symptoms severity and weight loss in functional dyspepsia. *AGA* 2006; 214.
6. Van den Elzen B, Bennink R. Impaired drinking capacity in patients with functional dyspepsia; relationship with intragastric distribution. *AGA* 2006; T1264.
7. Kindt S, Caenepeel P, Arts J, et al. Characteristics and determinants of long-term outcome in acute onset functional dyspepsia patients. *AGA* 2006; 890.
8. Kindt S, Caenepeel P, Arts J, et al. Determinants of co-existing irritable bowel syndrome and heartburn during long-term follow-up of functional dyspepsia. *AGA* 2006; T1271.
9. Vakil N, Veldhuyzen Van Zanten S. High prevalence of abnormal endoscopic findings in patients with non-GERD dyspepsia. *AGA* 2006; S1117.
10. Vakil N, Talley N, Brun J, et al. Non-dominant heartburn does not predict the resolution of symptoms in patients with dyspeptic symptoms (uninvestigated and endoscopy-negative). *AGA* 2006; W1060.
11. Vakil N, Veldhuyzen Van Zanten S, Flook N, et al. Endoscopic findings in patients with dyspeptic symptoms who fail acid suppressive therapy. *AGA* 2006; W1063.
12. Delaney B, Qume M, Moayyedi P. *H. pylori* eradication empirical acid suppression in uninvestigated *H. pylori* positive dyspepsia: A Cochrane Collaboration Individual Patient Data meta-analysis. *AGA* 2006; 215.