



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## NEUROGASTROENTEROLOGÍA Y MOTILIDAD

### Dispepsia funcional

R. Carmona-Sánchez, AGAF

*Práctica privada. Grupo Médico Médica Arista*

Recibido el 6 de junio de 2016; aceptado el 23 de junio de 2016

La dispepsia funcional (DF) es una enfermedad compleja que integra diversos síntomas relacionados con la región gastro-duodenal, es causada por mecanismos fisiopatológicos múltiples y deteriora la calidad de vida de quienes la padecen.<sup>1</sup> En las siguientes líneas describiré algunos trabajos destacados sobre la DF que fueron presentados en la DDW 2016.

Sin duda, uno de los eventos más relevantes en la pasada reunión de San Diego, fue la presentación de los criterios de Roma IV. En esta versión, la DF fue definida como una condición médica que impacta significativamente en las actividades habituales del paciente y que se caracteriza por uno o más de los siguientes síntomas: Plenitud posprandial, saciedad temprana, dolor epigástrico y ardor epigástrico inexplicables luego de una evaluación clínica rutinaria.<sup>2</sup> Conscientes de la ambigüedad de la definición y la dificultad que algunos pacientes tienen para definir sus síntomas, el Comité de Roma propuso una definición más detallada y descriptiva, que puede enriquecerse con pictogramas. La DF comprende dos categorías: El síndrome de malestar posprandial (PDS, postprandial distress syndrome), que se caracteriza por que los síntomas son inducidos por los alimentos, y el síndrome de dolor epigástrico (EPS, epigastric pain syndrome), cuyos malestares pueden presentarse en ayuno, ser inducidos por alimentos o aliviarse al comer. En esta versión de los Criterios de Roma se incluyen cambios

menores pero sustanciales. Se reconoce la infección por *Helicobacter pylori* como una causa secundaria de dispepsia. Se destacan los vómitos como un síntoma indicativo de otros padecimientos ajenos a la dispepsia. Se establece que la severidad de los síntomas debe ser, por lo menos, lo suficiente para describirlos como “molestos”, es decir, con intensidad tal que impacte en las actividades habituales. También se incluyó una frecuencia mínima para la presentación de los síntomas (al menos 3 días por semana para PDS y al menos un día por semana para EPS) y, finalmente, se destaca el frecuente traslape de síntomas entre las categorías de la DF y del EPS con la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y el síndrome de intestino irritable (SII).

Precisamente, el traslape entre la dispepsia funcional y otros padecimientos digestivos, así como su impacto en la calidad de vida y las actividades diarias, fue abordado en distintos trabajos presentados durante la DDW. Von Wulffen y cols. destacaron la alta frecuencia con la que la sobreposición entre DF y otros trastornos pasa desapercibida.<sup>3</sup> Analizaron los expedientes de 391 pacientes consecutivos cuyos síntomas digestivos fueron completamente estudiados para determinar la causa. Se incluyeron en el análisis sólo aquéllos que contestaron el cuestionario validado Structured Assessment of Gastrointestinal Symptoms (SAGIS), que explora 22 síntomas gastrointestinales mediante una escala de

Correspondencia de Autor: Arista No. 931, 1er piso, consultorio 5, Col. Tequisquiapan, San Luis Potosí, SLP. C. P. 78250. Teléfono: (44) 4813-0311. Correo electrónico: rcarmonas1@prodigy.net.mx (R. Carmona-Sánchez)

Likert (0-4). Si los pacientes con SII o DF informaban la presencia de al menos un síntoma típico correspondiente al otro trastorno funcional, de intensidad 2-4, entonces eran reclasificados como pacientes con traslape. El 18% del grupo estudiado tuvo alguna enfermedad funcional. Inicialmente, 33 pacientes fueron diagnosticados con SII, 18 con DF y 14 con DF-SII. Sin embargo, mediante una evaluación independiente y estructurada de los síntomas, 16 pacientes (48.5%) diagnosticados inicialmente con SII tenían también DF, y 11 (61.1%) que al parecer sólo sufrían dispepsia mostraban también SII. Este grupo de pacientes con traslape de ambas enfermedades y que inicialmente no fueron reconocidos, tuvieron síntomas más intensos y graves que aquellos con un solo trastorno. Los mismos autores compararon el impacto de los síntomas sobre las actividades diarias en pacientes con SII o DF, SII-DF y sujetos con padecimientos orgánicos utilizando la misma escala validada (SAGIS).<sup>4</sup> Se revisaron los expedientes de 51 pacientes con SII o DF, 14 con SII-DF y 283 con enfermedades digestivas orgánicas (129 con EEI y 154 con otros diagnósticos). Se encontraron importantes diferencias en la gravedad de los síntomas. El mayor puntaje de síntomas se observó en pacientes con SII-DF, comparado con SII o DF, o enfermedad orgánica (36.1, 22.9 y 14.9, respectivamente). El número de síntomas que fueron informados que afectaban las actividades diarias fue mayor en el grupo con SII-DF, comparado con SII o DF y sujetos con enfermedades orgánicas (6.9 vs. 3.2 vs. 1.5). No se observaron diferencias entre pacientes sólo con DF y sólo con SII. Este estudio demuestra que los pacientes con síntomas sobrepuestos de SII y DF se encuentran más afectados en sus actividades diarias y que la coexistencia de estos trastornos funcionales impacta más en las actividades diarias que los padecimientos orgánicos. Una posible explicación de las diferencias clínicas encontradas en pacientes con DF-SII y aquellos con trastornos funcionales aislados, puede ser la fermentación microbiana intestinal anormal. Rascón-Sosa y cols.<sup>5</sup> estudiaron enfermos con DF, SII y DF-SII y los compararon con controles sanos mediante una prueba de aliento para detección de crecimiento bacteriano en el intestino delgado (SIBO, por sus siglas en inglés). Usando glucosa como sustrato, los investigadores encontraron una mayor prevalencia de SIBO y niveles basales de hidrógeno más altos en pacientes con DF-SII al compararlos con los otros grupos. Una mayor proporción de los pacientes con DF-SII presentaron síntomas (particularmente distensión) durante la prueba, así como incremento de la circunferencia abdominal. Pero el traslape sintomático no se limita a la DF-SII. Hsu y cols.<sup>6</sup> estudiaron una cohorte de 816 pacientes con ERGE reclutados de una población aparentemente sana enviada a un reconocimiento médico general. Compararon los factores clínicos y psicológicos entre los pacientes con y sin DF concomitante, mediante diferentes cuestionarios que evaluaban intensidad de síntomas, calidad del sueño, depresión y ansiedad. Se detectaron 107 sujetos con ERGE-DF y 709 sólo con ERGE. Los pacientes con ERGE-DF tuvieron síntomas más severos, se asociaron con mayor frecuencia a la enfermedad por reflujo no erosiva y al SII, y mostraron menor calidad del sueño y mayor puntaje en las escalas de ansiedad y depresión, en comparación con aquellos que sólo tenían ERGE.

El diagnóstico de los trastornos funcionales se realiza fundamentalmente con base en los síntomas y existen relativamente pocos estudios que hayan evaluado a los pacientes con estudios diagnósticos en forma sistemática. Bai y cols.<sup>7</sup>

evaluaron la utilidad diagnóstica de la endoscopia y el ultrasonido abdominal (USG) realizando estos estudios en 709 pacientes atendidos de forma consecutiva por diversos trastornos funcionales (Roma III). El diagnóstico de enfermedad funcional se confirmó en el 61%. Los criterios de Roma III tuvieron una sensibilidad del 94.9% y especificidad del 53.4%. Sin embargo, el valor predictivo positivo varió del 62% en trastornos esofágicos, el 60% en enfermedades gastroduodenales y el 90% en trastornos intestinales. La posibilidad de errar en el diagnóstico se relacionó con la edad más que con el sexo, de tal forma que los pacientes con síntomas gastrointestinales altos mayores de 41 años y aquellos con síntomas gastrointestinales bajos mayores de 52 años tuvieron más probabilidades de ser mal diagnosticados como funcionales. Cabe entonces la posibilidad de que integrar datos como la edad pueda incrementar el rendimiento diagnóstico de los criterios basados en síntomas.

Durante la DDW 2016 se presentaron varios estudios que evaluaron diferentes modalidades de tratamiento para la DF. Destacaron por su buen diseño y calidad los que demostraron la eficacia de mirtazapina asociada con el tratamiento convencional<sup>8</sup> y de acotiamida, que mejora la acomodación y el vaciamiento gástrico.<sup>9</sup> La eficacia de las terapias psicológicas para la DF fue evaluada en un meta-análisis. Zheng y cols.<sup>10</sup> seleccionaron siete estudios clínicos controlados y comparativos sobre terapia de relajación, psicoterapia psicodinámica, terapia cognitiva, biorretroalimentación e hipnoterapia. Seis trabajos informaron mejoría en la puntuación de los síntomas dispépticos luego de un año de tratamiento en comparación con controles y todos los estudios alcanzaron resultados con significancia estadística, luego de ajustar las diferencias entre los grupos. La diferencia media estándar entre que los síntomas generales mejoraran sobre las medidas de soporte y el placebo fue de 0.81 a favor de la intervención (IC 95%, -1.29 a -0.32). Este trabajo demuestra que las terapias psicológicas pueden ser un tratamiento seguro y efectivo para la DF. De manera similar, la eficacia de la acupuntura para el tratamiento de la DF fue evaluada en otro meta-análisis presentado por Han y cols.<sup>11</sup> Los investigadores incluyeron 10 estudios de buena calidad acerca de la utilidad de la acupuntura manual o electroacupuntura comparada con farmacoterapia, acupuntura simulada o lista de espera, y encontraron que la acupuntura disminuyó el riesgo de no mejorar los síntomas un 67% en comparación con la farmacoterapia sola (RR 0.33, IC 95%, 0.22-0.49). La farmacoterapia sola tuvo un alto riesgo de no lograr alivio sintomático en comparación con la acupuntura más farmacoterapia (RR 0.18, IC 95%, 0.09-0.34), y la acupuntura vs. acupuntura simulada demostró que el tratamiento activo redujo el riesgo de no lograr mejoría sintomática un 76% en comparación con el procedimiento simulado (RR 0.24, IC 95%, 0.14-0.41). Aunque estos resultados son prometedores y la acupuntura podría ser considerada para pacientes sin respuesta a tratamientos convencionales, se requieren más y mejores estudios, ya que aún son pocas las investigaciones de buen diseño y calidad.

En conclusión, los trabajos de la DDW presentados este año contribuyen a tener una mejor definición de la DF, reforzar las bondades y limitaciones de los criterios diagnósticos basados en síntomas y conocer más acerca del traslape con otros trastornos digestivos. Los avances en el tratamiento de esta enfermedad son discretos, pero refuerzan la utilidad potencial de las alternativas no farmacológicas.

## Financiamiento

Recibió patrocinio para asistir a la DDW por parte de laboratorios Alfa Wassermann. No recibió honorario alguno por la elaboración de este manuscrito.

## Conflicto de intereses

Miembro del Consejo Asesor de Mayoly-Spindler. Ponente para Mayoly-Spindler y Asofarma. Colabora para trabajos de investigación con Laboratorios Senosiain y Asofarma.

## Referencias

1. Talley NJ, Ford AC. Functional dyspepsia. *N Engl J Med* 2015;373:1853-1863.
2. Stanghellini V, Chan FKL, Hasler W, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1380-1392.
3. Von Wulffen M, Hammer J, Rich J, et al. Managing functional dyspepsia and IBS: Overlap is frequently unrecognised in clinical practice, but overlap cases are more severely impacted. [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S735-S736.
4. Von Wulffen MA, Hammer J, Rich J, et al. Impact of symptoms on daily activities in patients with functional gastrointestinal disorders and organic gastrointestinal diseases. [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S736.
5. Rascón-Sosa O, Amieva-Balmori M, Galvez-Ríos S, et al. Glucose breath test in patients with overlapping FD and IBS. Is there any difference compared to patients with only FD or only IBS? [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S929-S930.
6. Hsu CS, Lei WY, Wen SH, et al. Overlap of functional dyspepsia in patients with gastroesophageal reflux disease: Impact on clinical, metabolic, and psychosocial characteristics. [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S440.
7. Bai T, Wang W, Zhang L, et al. Diagnostic significance in Rome III questionnaire, endoscopy and ultrasound in functional gastrointestinal diseases. [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S726-S727.
8. Gong Y, Lin L. Effects of mirtazapine combined with standard medical treatment in patients with functional dyspepsia accompanying psychological distress: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S43.
9. Nakamura K, Tomita T, Oshima T, et al. Double-blind placebo controlled study of acotiamide hydrochloride for efficacy on gastrointestinal motility of patients with functional dyspepsia. [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S-159.
10. Zhang Y, Yu T, Lin L. Efficacy of psychological therapies in functional dyspepsia: Systematic review and meta-analysis. [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S842.
11. Han G, Lee H, Ko SJ, et al. Acupuncture for the treatment of functional dyspepsia: Systematic review and meta-analysis. [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S928.