



■ Trastornos funcionales

Otros trastornos funcionales de Roma III

Ana Teresa Abreu y Abreu

Gastroenterología y Motilidad Gastrointestinal, Clínica de Fisiología Digestiva, Hospital Ángeles del Pedregal.

■ Trastornos con eructos y rumiación

El grupo del Dr. Boecxstaens¹ resaltó el valor del registro de la manometría de alta resolución (HRM) combinado con impedancia (IM) respecto de la manometría convencional (MC), HRM o IM aisladas en el diagnóstico de pacientes con regurgitación o eructo. Analizaron el registro continuo con las cuatro técnicas durante una hora posprandial, identificaron y categorizaron los episodios de flujo en: a) reflujo, b) rumiación, c) eructo supragástrico, d) aerofagia y e) eructo gástrico. Los investigadores encontraron que la MC muestra un 50% de discordancia en el diagnóstico y la IM un 25%, y concluyeron que la HRM-IM es superior que la MC, la HRM o la IM solas para distinguir la rumiación, el eructo supragástrico o la ERGE en pacientes con síntomas de eructos/regurgitación posprandiales. Esta distinción es relevante, ya que cada una de estas entidades requiere tratamientos terapéuticos específicos. Este mismo grupo de trabajo² mostró el efecto del baclofeno en síntomas y episodios de flujo posprandial en sujetos con rumiación, eructo supragástrico y aerofagia. Este agonista GABA incrementa y disminuye el rango de degluciones, por lo que se considera que posee un beneficio potencial en estas anomalías. Tras una ingesta calórica de 1 000 kcal de alimento sólido se realizó un registro de HRM-IM por 1 h, se identificaron y se caracterizaron cada uno de los episodios de flujo en reflujo, rumiación, eructo supragástrico y episodios de aerofagia; éstos se redujeron significativamente con el uso del

baclofeno ($p = 0.05$) y se observó un beneficio real en estos pacientes. El grupo del Dr. Fox³ estudió a un grupo de personas con diagnóstico de síndrome de rumiación en quienes se documentó la acción voluntaria de conducta subconsciente de la regurgitación del contenido gástrico a la boca, así como el tipo de conducta en estos pacientes. Con base en los registros de HRM describieron tres posibles variantes de rumiación: a) dispepsia con rumiación típica; b) dispepsia con rumiación y eructo supragástrico; y c) reflujo relacionado con rumiación. Esta clasificación se estableció al identificar ondas denominadas "R" posteriores a degluciones líquidas, degluciones líquidas rápidas o degluciones sólidas, vinculadas con la contracción forzada de los músculos abdominales que obligan el paso del contenido gástrico a través del esfínter esofágico inferior (EEI). El Dr. Camilleri⁴ documentó una relación del 40% entre el síndrome de rumiación y los trastornos rectales de evacuación (estreñimiento excesivo, maniobras digitales para facilitar la evacuación y hallazgos en la exploración rectal) y al menos uno de los siguientes: expulsión anormal del balón (mayor de 200 g), presión de reposo del esfínter anal mayor de 80 cm³, falla en el ángulo de apertura anorrectal >15° entre la presión entre reposo y pujo, o bien un descenso perineal mayor de 4.5 cm durante la defecografía. Se identificó una prevalencia del 55% de trastornos psicológicos (DSM-IV) y se concluyó que las alteraciones rectales de evacuación pueden ocurrir de manera concomitante con el síndrome de rumiación.

■ Trastornos con náusea y vómito

El trabajo de la Dra. Zamora⁵ analizó las causas etiológicas más comunes de náusea y vómito en una población de 125 pacientes hispanos del este de Texas, en comparación con la población caucásica. Encontró una mayor prevalencia en mujeres en ambos grupos, con edad media de 50 años, con una mayor frecuencia de náusea y vómito relacionados con gastroparesia diabética (29% vs 12%) pero en menor proporción con la gastroparesia idiopática (8% vs 17%), síndrome de vaciamiento rápido (14% vs 17%), vómito cíclico (5% vs 21%), vómito condicionado (2% vs 9%) y rumiación (0% vs 3%). Concluyó que la principal causa de náusea y vómito en la población hispana era la gastroparesia diabética, a diferencia del predominio de entidades funcionales en la población caucásica.

■ Distensión abdominal funcional

El grupo del Dr. Sifrim⁶ evaluó la aerofagia durante los alimentos en sujetos normales y en pacientes con eructos y distensión, de acuerdo con los informes previos de mayor aerofagia en estos últimos. Este grupo de trabajo cuantificó la ingesta de aire durante las comidas en individuos asintomáticos y personas con distensión y eructos mediante el registro de pH-impedancia (pH-IM) ambulatorio en sujetos sanos y asintomáticos. Se determinó aerofagia cuando se detectó flujo anterógrado con incremento de la impedancia de al menos 3 000 Ω por arriba de la basal. Se establecieron valores normales de aerofagia transprandial (6.8 a 9.4 episodios/10 min; media, 8.1) y demostraron que la deglución excesiva de aire durante los alimentos puede ser objetivamente detectada (promedio, 11.8 episodios/10 min; $p = 0.003$). De forma secundaria, demostraron que un grupo de pacientes con eructos y distensión experimenta un incremento de la deglución de aire en relación con una conducta de deglución anómala que puede modificarse con técnicas de biorretroalimentación.

■ Estreñimiento funcional

La presencia de ácidos biliares en el colon estimula el movimiento propulsor y la secreción de líquidos. El grupo del Dr. Camilleri^{7,8} presentó dos trabajos sobre una molécula de mínima absorción (A3309), que bloquea parcialmente al transportador de los

ácidos biliares ileales (IBAT), incrementa la presencia de estos ácidos en el colon e induce motilidad y secreción colónica. En el primer trabajo se evaluó el efecto de la A3309 en la inhibición del IBAT sobre el tránsito colónico y los síntomas en pacientes con estreñimiento funcional en dosis de 15 y 20 mg por 14 días, en un estudio doble ciego controlado con placebo. Validaron el tránsito gastrointestinal y colónico de sólido por centelleografía, consistencia de las evacuaciones con la escala de Bristol, síntomas de estreñimiento, percepción del paciente de la efectividad del tratamiento, promedio diario de malestar abdominal o distensión, determinación sérica rápida de $7\alpha C4$ (derivado de la síntesis de ácidos biliares) y determinación sérica del colesterol LDL (derivado de la inhibición de la absorción de ácidos biliares). El tránsito colónico a las 48 h fue significativamente acelerado en ambas dosis ($p = 0.002$ y $p < 0.005$), con disminución de la consistencia de las heces en comparación con el placebo ($p < 0.005$) sin efecto sobre la frecuencia de las evacuaciones. El principal efecto adverso fue el cólico. El estudio concluyó que la A3309 acelera el tránsito colónico, sin ocasionar cambios en el vaciamiento gástrico o del ID, disminuye la consistencia de las heces con efecto benéfico en el paso de las heces y reduce la gravedad del estreñimiento y distensión; la percepción de efectividad del tratamiento fue favorable. En el segundo estudio se evaluó la misma molécula que se administró en forma aleatoria a dosis de 5, 10 y 15 mg de A3309 o placebo una vez al día durante ocho semanas de tratamiento en adultos con estreñimiento crónico. Se excluyó a los pacientes con SII con predominio de dolor. Se observó una mejoría en el estreñimiento y la distensión. Los efectos adversos más frecuentes fueron dolor abdominal (0%, 10%, 11% y 25%, respectivamente) y diarrea (4%, 8%, 11% y 17%, respectivamente). Los resultados mostraron efecto en la frecuencia de las evacuaciones y los síntomas relacionados con el estreñimiento y detectaron como dosis eficaz y tolerable la de 10 mg una vez al día. Se observó de manera adicional el beneficio de la reducción del colesterol LDL.

■ Trastornos funcionales del esfínter de Oddi

La disfunción del esfínter de Oddi (DEO) se ha relacionado con el síndrome de intestino irritable (SII) y otros TFD, así como con enfermedad

psiquiátrica. La respuesta a la esfinterotomía en las disfunciones tipo II y III es subóptima. La Dra. Moffatt⁹ postuló que un perfil psicométrico y la determinación de trastornos somatoformes previos pueden ser herramientas útiles como predictores de posible respuesta en pacientes sometidos a colangiopancreatografía endoscópica con sospecha de DEO. Esta investigadora encontró que los pacientes con sospecha de DEO tienen niveles altos de ansiedad, depresión, sensibilidad, somatización, compulsividad y hostilidad en la encuesta, así como una puntuación alta en el índice de somatización en comparación con pacientes sometidos a CPRE por otras indicaciones. Se determinó una puntuación mayor de 3 de 7 en la escala de somatización, con una pobre respuesta clínica posterior a la esfinterotomía.

■ Conclusiones

La presente revisión de los trabajos relevantes en el área de trastornos funcionales presentados en la DDW de este año permite destacar lo siguiente:

1. El empleo de la HRM y la HRM-IM hacen posible detectar trastornos funcionales como aerofagia, eructos y rumiación con sus posibles variantes clínicas.
2. Por pH-IM se sugieren valores de aerofagia transprandial normales y puede detectarse objetivamente la deglución excesiva de aire en pacientes con eructo y distensión.
3. Sobresale la investigación de la interrelación entre trastornos funcionales con el apoyo

con nuevas tecnologías tanto en el diagnóstico como en los intentos terapéuticos con biorretroalimentación en sujetos con aerofagia, rumiación, eructo y distensión.

4. El baclofeno es una opción terapéutica en individuos con rumiación y aerofagia.
5. La molécula A 3309 tiene posibles beneficios en el estreñimiento crónico y el funcional.

Referencias

1. Blondeau K, Boecxstaens V, Rommel N, et al. Added value of combined high resolution manometry-impedance recordings in patients with postprandial belching or regurgitation. Sesión de carteles presentada en DDW; 2011, mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1119.
2. Blondeau K, Boecxstaens V, Rommel N, et al. Baclofen improves symptoms and postprandial flow events in patients with rumination and supragastric belching/aerophagia. Sesión AGA Research Forum presentada en DDW; 2011, mayo 7-10; Chicago, IL, USA. 742.
3. Tucker E, Wright J, Fox MR. Rumination variations. Sesión de carteles presentada en DDW; 2011, mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Tu1381.
4. Vázquez-Roque MI, Iturrino J, Camilleri M, et al. Characterization of the concurrent presentation of rumination with rectal evacuation disorder in adolescents and adults. Sesión de carteles presentada en DDW; 2011, mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Mo 2059.
5. Zamora AC, Pattathan M, Alvarez A, et al. What are the most common etiologies of nausea and vomiting in a predominately hispanic population? Sesión de carteles presentada en DDW; 2011, mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Tu 1362.
6. Woodland P, Gill RS, Jafari J, et al. Objective assessment of aerophagia during meals in normal subjects and patients with postprandial bloating and belching. Sesión de carteles presentada en DDW; 2011, mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Mo 2038.
7. Wong BS, Camilleri M, McKinzie S, et al. Effects of A3309, an ileal bile acid transporter inhibitor, on colonic transit and symptoms in patients with functional constipation. Sesión AGA Late Breaking Abstracts presentada en DDW; 2011, mayo 7-10; Chicago, IL, USA. 908.
8. Chey WD, Camilleri M, Chang L, et al. A3309, an ileal bile acid transport (IBAT/ASBT) inhibitor, significantly improved stool frequency and other constipation-related complaints in adults with chronic constipation: data from an 8-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Sesión AGA Research Forum presentada en DDW; 2011, mayo 7-10; Chicago, IL, USA. 10.
9. Moffatt DC, Barkay O, Cote G, et al. Abnormal psychometric profiles in patients with suspected sphincter of Oddi dysfunction. Sesión de carteles presentada en DDW; 2011, mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Mo 1426.