

## **DESPUES DE ROMA II, ROMA III**

Dr. César Louis

### **El Camino hacia roma**

El diagnóstico médico tradicional de las enfermedades requiere de la observación de anomalías anatómicas y fisiológicas; y luego, de la descripción de síntomas y signos de una enfermedad determinada. Entonces los médicos pueden predecir el diagnóstico anatómico por reconocer estos síntomas y signos en sus pacientes.

En el caso de las enfermedades funcionales tal proceso es imposible. Puesto que no hay defectos fisiopatológicos observados, solo sabemos de la existencia de la alteración a través de lo referido por los pacientes. El proceso para definir estas alteraciones de patología desconocida representa el cambio substancial en el pensamiento de los médicos que se concentran en la ciencia básica y la evidencia palpable.

En vista de que más de la mitad de las enfermedades gastrointestinales observadas por gastroenterólogos y médicos generales son funcionales, debemos hacer frente a la realidad, que ninguna evidencia científica actual, explica estas alteraciones y los métodos desarrollados para identificarlas.

Durante mucho tiempo, las enfermedades funcionales fueron descritas por lo que no son, en vez de, entidades verdaderas. Un abordaje así no puede proveer al paciente de un diagnóstico, además de que genera consultas y pruebas innecesarias.

También había una disparidad entre los términos elegidos para ensayos clínicos y los usados en la práctica clínica. Debido a que los científicos clínicos fallaron en describir sus términos, y por ende los resultados de sus ensayos no eran del todo aplicables a la práctica clínica.

Klein KB hace una crítica en 1988, en donde de 43 ensayos clínicos relacionados al Tratamiento en el Síndrome de Intestino Irritable, en el 58% de ellos, no se reportó absolutamente nada sobre los criterios por los cuales se seleccionaron a los pacientes.

Muchos de estos reportes fueron publicados en revistas prestigiosas y en algunos casos formaron la base para la aprobación de ciertas drogas que permanecen vigentes.

En 1978 Heaton reportó resultados de un cuestionario para pacientes ambulatorios con dolor abdominal y alteraciones del hábito intestinal. Se encontró que 6 de los 15 síntomas fueron más comunes en el Síndrome de Intestino Irritable que en enfermedades orgánicas. De aquí surgieron los criterios de Manning.

La inspiración para el proceso de Roma fue un simposio de Síndrome de Intestino Irritable en el 12° Congreso Internacional de Gastroenterología en Lisboa 1984. Atrajo una audiencia tal que rebasó la capacidad del auditorio, un miembro del panel Profesor Aldo Torsoli fue el encargado de organizar el próximo Congreso Internacional planificado para Roma en 1988. En un café, en Portugal, el Dr. Grant Thompson y el

Profesor Torsoli discutieron la necesidad de hacer guías y pautas de manejo para el Síndrome de Intestino Irritable. Un grupo de trabajo fue creado para producir estas pautas para el próximo congreso. Durante 3 años Grant Thompson (Canada), Doug Drossman (USA), Ken Heaton (Reino Unido), Gerhard Dotteval (Suecia), y Wolfgang Kruis (Alemania), en 1987 se discutió en consenso en Roma y se envió el borrador a 16 expertos mas de 7 países y se presento en Roma en 1988 en el 13° Congreso Internacional de Gastroenterología. Publicándose al año siguiente (1989).

Luego Torsoli y Enrico Corazziari invitaron a Doug Drossman para constituir otro comité y considerar subgrupos en el Síndrome de Intestino Irritable; después de la discusión el proyecto se expandió, incluyendo todas las alteraciones gastrointestinales funcionales. Se clasificaron las Alteraciones gastrointestinales funcionales en 21 entidades en 5 regiones anatómicas del tracto digestivo.

Esta fue la primera vez que los criterios diagnósticos fueron propuestos para todas las alteraciones gastrointestinales funcionales e incluyo la primera revisión de los criterios para Síndrome Intestino Irritable Esto fue **Roma I**. Y en 1994 se publicó *The functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment; a multinational consensus*.

El proceso de **Roma II** incluyo 4 años de deliberaciones por 60 investigadores de 13 países organizados en 10 comités. El resultado fue la segunda edición de *The functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment; a multinational consensus*. Publicado en un suplemento de *Gut* y en libro en 1999. Aquí hubo varias innovaciones importantes: Un componente operacional y un componente académico, apoyado por la industria farmacéutica y las autoridades regulatorias.

El proceso de Roma III incluyo 6 años de deliberaciones por 87 investigadores de 18 países organizados en 14 comités. Se agregaron miembros provenientes de países en desarrollo China, Brasil, Chile, Venezuela, Hungría, Rumania. Se crearon nuevos grupos de trabajo para genero, pacientes, estudios sociales, farmacología y farmacocinética. Publicado en libro en 2006. *Roma III: the functional gastrointestinal disorders*.

### **Roma III**

Los criterios de Roma generaron mucha energía y controversia. Ellos son imperfectos. Los estudios de validación son difíciles y poco frecuentes. Hay mucho debate entre los participantes de Roma en cuanto al término “funcional”.

¿Cuanta evidencia fisiológica o estructural es necesaria para que una entidad empiece a ser funcional?

¿Que tan frecuente, severo, y durante cuanto tiempo deben ser los síntomas para que constituyan una alteración funcional?

La tradición y la falta de alternativas disponibles hacen que los cambios sean difíciles. Los interesados en las alteraciones funcionales expresan diferentes puntos de vista; epidemiólogos, médicos de atención primaria, especialistas, patrocinadores,

psicólogos, fisiólogos, farmacéuticos, reguladores, los pacientes desde luego. En Roma III estas voces fueron prominentes y de gran valor para las revisiones y elaboración del manuscrito.

Haciendo caso omiso de las controversias los criterios de Roma son la base para la realización de trabajos de investigación. Los criterios han creado un lenguaje con los cuales los grupos pueden comunicarse. **(Tabla 1).**

### **Cambios hechos en Roma III**

Los cambios desde Roma II a Roma III reflejan principalmente las recomendaciones del comité derivadas de las actualizaciones de la literatura. En adición se han realizado pequeñas modificaciones en las categorías y en los criterios. Pudiéndose resumir así:

1.-Cambio en el marco del tiempo para las Alteraciones Gastrointestinales Funcionales. Se recomienda que los síntomas se hayan originado 6 meses antes del diagnóstico y que estén presentes durante tres meses. Este marco de tiempo es menos restrictivo cuando se compara con Roma II (12 semanas no necesariamente consecutivas de síntomas en los últimos 12 meses) y es fácil de entender y aplicar en la práctica clínica y de investigación.

2.-Cambios en la clasificación en las categorías:

a-Síndrome de rumiación movido desde Alteraciones Esofágicas Funcionales (Categoría A) hasta Alteraciones Gastroduodenales Funcionales (Categoría B) Esto refleja la evidencia que esta alteración se origina en el estomago y abdomen.

b-Remoción del Síndrome de Dolor Abdominal Funcional (SDAF) desde Alteraciones Intestinales Funcionales (Categoría C) hasta su propia categoría (Categoría D). Esto es basado en la evidencia creciente que los SDAF se relacionan más a la amplificación del Sistema Nervioso Central de señales viscerales reguladoras normales más bien que anomalías funcionales por sí mismas en el tracto gastrointestinal.

c-Creación de dos categorías pediátricas. La categoría de Alteraciones Gastrointestinales Funcionales de la infancia de Roma II es ahora clasificada en Alteraciones Gastrointestinales Funcionales de la infancia: Recién nacido / infante (Categoría G) y Alteraciones Gastrointestinales Funcionales de la Infancia: niño /adolescente. Esto es debido a la diferente condición clínica que se derivan entre estas dos categorías relacionadas el crecimiento y desarrollo del niño.

3.-Cambios de criterios

a-Dispepsia funcional. Para Roma III, la dispepsia funcional es catalogada como una entidad para la investigación debido a la heterogeneidad de este complejo sintomático. El comité recomienda dos condiciones que están bajo la dispepsia funcional "paraguas": (a) Síndrome de molestia postprandial, y (b) síndrome de dolor epigástrico. Estos son similares a dispepsia tipo dismotilidad y dispepsia tipo ulcera de Roma II. Como siempre, ahora son definidos por un complejo de síntomas con soporte fisiológico

más que basado en requerimientos previos del síntoma predominante de molestia epigástrica o dolor respectivamente.

b-Criterios mas restrictivos para Alteraciones Funcionales de la vesícula biliar y del esfínter de Oddi. Hay más variables definidas y exclusiones requeridas para el diagnóstico basado en síntomas. Entonces se ha reducido la población de pacientes que deberían recibir estudios invasivos como CPRE y manometría para confirmar el diagnóstico y ser tratados.

c-Revisión de los subtipos de Síndrome de Intestino Irritable. El comité recomienda que la diarrea, estreñimiento y los subtipos mixtos sean basados en una simple clasificación relacionada con la consistencia de las heces. Como siempre, el subtipo para diarrea predominante –SII usado en Roma II y estreñimiento predominante-SII es aceptado todavía.

Como siempre Roma III no es el final, sino el comienzo del fin. Sobre todo de entender la fisiopatología de las Alteraciones Funcionales que nos afectan. Necesitamos generar datos que nos ayuden a validar su uso. **(Tabla 2).**

#### Referencia bibliografica

1-Thompson WG. The Road To Rome. In: Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, Spiller RC, Talley NJ, Thompson WG and Whitehead WE, ed. ROME III The Functional Gastrointestinal Disorders. 3 ed. Degnon Associates Mc Lean, Virginia USA, 2006, pp 855-65.

2-Drossman DA The Functional Gastrointestinal Disorders And The Roma III Process. In: Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, Spiller RC, Talley NJ, Thompson WG and Whitehead WE, ed. ROME III The Functional Gastrointestinal Disorders. 3 ed. Degnon Associates Mc Lean, Virginia USA, 2006, pp 1-29.

#### **(Tabla 1).**

---

#### **Historia de los Criterios Diagnósticos de Roma**

---

Criterios de **Manning** para Síndrome de Intestino Irritable (1978)

Criterios de **Kruis** para Síndrome de Intestino Irritable (1984)

Pautas de **Roma** para Síndrome de Intestino Irritable (1989) (*Rome -2 IBS Criteria*)

Sistema de Clasificación de Roma para AGIF (1990) (*Rome -1*)

Criterios de ROMA I para SII (1992) y AGIF (1994)

Criterios de ROMA II para SII (1999) y AGIF (1999)

Criterios de ROMA III (2006)

---

**(Tabla 2). Alteraciones Gastrointestinales Funcionales (AGIF)**

<b>A. Alteraciones esofágicas funcionales</b>	
A1. Pirosis Funcional	A3. Disfagia Funcional
A2. Dolor Torácico Funcional de posible origen esofágico	A4. Globo
<b>B. Alteraciones Gastroduodenales Funcionales</b>	
B1. Dispepsia Funcional B1a. Síndrome de Molestia Postprandial B1b. Síndrome de Dolor Epigástrico	B3. Alteraciones de nauseas y vómitos B3a. Nausea idiopática crónica B3b. Vómito Funcional B3c. Síndrome de vómito cíclico
B2. Alteraciones de Eructos B2a. Aerofagia B2b. Eructos excesivos inespecíficos	B4. Síndrome de Rumiación en adultos
<b>C. Alteraciones Intestinales Funcionales</b>	
C1. Síndrome de Intestino Irritable	C4. Diarrea Funcional
C2. Distensión Funcional	C5. Alteraciones Intestinales Funcionales Inespecíficas
C3. Estreñimiento Funcional	
<b>D. Síndrome de Dolor Abdominal Funcional</b>	
<b>E. Alteraciones de la Vesícula Biliar y del Esfínter de Oddi (EO) Funcionales</b>	
E1. Alteración de Vesícula Funcional	
E2. Alteración de EO biliar	
E3. Alteración de EO pancreático	
<b>F. Alteraciones Anorrectales Funcionales</b>	
F1. Incontinencia fecal Funcional	F2b. Proctalgia Fugaz
F2. Dolor anorrectal Funcional F2a. Proctalgia Crónica F2a1. Síndrome elevador del ano F2a2. Dolor anorrectal Funcional Inespecífico	F3. Alteraciones de la Defecación Funcional F3a. Disfunción del piso pélvico F3b. Propulsión defecatoria Inadecuada
<b>G. Alteraciones Funcionales: Recién nacido/infantes</b>	
G1. Regurgitación Infantil	G5. Diarrea Funcional
G2. Síndrome de Rumiación Infantil	G6. Disqueccia Infantil
G3. Síndrome de vómito cíclico	G7. Estreñimiento Funcional
G4. Cólico Infantil	
<b>H. Alteraciones Funcionales: Niños/Adolescentes</b>	
H1. Vómitos y Aerofagia H1a. Rumiación del Adolescente H1b. Vómitos cíclicos H1c. Aerofagia	H2d. Dolor abdominal Funcional Infantil H2d1. Síndrome de Dolor abdominal Funcional Infantil
H2. Dolor abdominal relacionado a AGIF H2a. Dispepsia Funcional H2b. Síndrome de Intestino Irritable H2c. Migraña Abdominal	H3. Estreñimiento e Incontinencia H3a. Estreñimiento Funcional H3b. Incontinencia fecal no retentiva