

DISPEPSIA FUNCIONAL

Dr. Cesar Louis

A lo largo de la historia, los médicos hemos sido unos pésimos comunicadores, intentando utilizar los términos más complejos y las palabras más confusas para identificar síntomas y enfermedades. Por lo cual los pacientes no nos entienden y que, en ciertas ocasiones, tampoco nos entendemos entre nosotros. Y eso es lo que pasa con el término dispepsia, que a pesar de ser uno de los más frecuentes en las consultas de gastroenterología y de atención primaria, resulta confuso en su utilización debido a que no existe consenso con respecto a su significado.

En la actualidad el término dispepsia se utiliza para referirse a síntomas o grupos de síntomas que no necesariamente se relacionan con el proceso de la digestión. Algunos médicos emplean la palabra dispepsia para referirse a cualquier tipo de molestia digestiva, otros para agrupar aquellos síntomas desencadenados por la ingesta, mientras que para otros es sinónimo de enfermedad ulcerosa péptica. Aún más, no es raro que ciertos profesionales cataloguen de «dispépticos» a aquellos pacientes en los que no encuentran una explicación razonable de sus molestias o, más especialmente, cuando les atribuyen un origen psicológico. Esta disparidad de interpretación de un mismo término induce al equívoco, dificultando la comunicación médica y haciendo que pacientes con síntomas diferentes, de causas diversas, sean diagnosticados de un mismo síndrome.

Por tanto, parece imprescindible definir claramente, estableciendo conceptos y criterios con los que todos nos podamos entender mejor.

Durante los últimos años han sido muchos los intentos de establecer una definición de dispepsia. En la mayoría de los casos el resultado no ha sido muy afortunado y han existido discrepancias claras en si los síntomas debían o no estar relacionados con la digestión, qué tipo de síntomas se debían incluir, cuál debería ser la localización anatómica de las molestias, etc. Naturalmente, esta confusión se debe no sólo a la dificultad de la propia definición si no al gran desconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de muchas de las dispepsias.

En 1988 Talley y Phillips definieron la dispepsia como «dolor o malestar en el abdomen superior, o náuseas, crónicos o recurrentes, que pueden o no estar relacionados con la ingesta».⁽¹⁾

Sin embargo, en la misma época se utilizaban otras definiciones tan distintas como «dolor en el abdomen superior o retroesternal, pirosis, náuseas, vómitos u otros síntomas que puedan ser atribuidos al tracto digestivo alto»⁽²⁾ o «síntomas abdominales, episódicos o persistentes, que los pacientes o los médicos creen ser debidos a alteraciones de la porción proximal del tubo digestivo».⁽³⁾

Poco después se crearon los llamados comités «de Roma» y, tras varios intentos, en 1999 (criterios de **Roma II**) la dispepsia se definió como «cualquier dolor o molestia localizado en la parte central del abdomen superior».⁽⁴⁾

La verdad es que la definición era corta y concisa pero no excesivamente aclaratoria. No obstante, añadía algunos aspectos de cierta utilidad; por ejemplo, que molestia se refería a una sensación negativa no dolorosa tal como hinchazón abdominal, saciedad precoz, distensión o náusea; que los síntomas pueden ser continuos o intermitentes

y estar relacionados o no con la ingesta; o que la pirosis no debe considerarse como un síntoma propiamente de dispepsia debido a su considerable especificidad para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Uno de los problemas de las definiciones de dispepsia de acuerdo a los criterios de **Roma I y Roma II** era la diferenciación cualitativa de dolor y molestia, cuando también podían ser interpretadas como variables cuantitativas de un mismo síntoma (siendo el dolor más intenso que la molestia). Así, este parece ser el caso en la interpretación lingüística del idioma español. Además, no hay datos que apoyen que el dolor visceral esté mediado por vías distintas o por estímulos más intensos que en el caso de los síntomas considerados como «molestia». ⁽⁵⁾

De tal forma, el comité de **Roma III** recomienda la siguiente definición de dispepsia: «Síntoma o conjunto de síntomas que la mayoría de médicos consideran tienen su origen en la región gastroduodenal» ⁽⁶⁾ ; y por suerte, para aclarar algo la cuestión, añade: siendo estos síntomas la pesadez postprandial, la saciedad precoz y el dolor o ardor epigástrico. El comité hace especial énfasis en la diferenciación entre ardor epigástrico (considerado como un síntoma dispéptico) y pirosis (considerado como un síntoma de ERGE), aunque ambas circunstancias pueden coincidir y algunos pacientes con dispepsia funcional tienen además reflujo gastroesofágico. ⁽⁷⁾

Clasificación de la dispepsia

Clásicamente la dispepsia se ha dividido en ulcerosa y no ulcerosa, dependiendo de su etiología. Sin embargo, esta clasificación no parece ser muy adecuada ya que la enfermedad ulcerosa es sólo una de las posibles causas orgánicas que pueden producir síntomas dispépticos. Es más apropiado clasificar la dispepsia en orgánica y no orgánica, o funcional. Esta separación es útil desde un punto de vista práctico si bien la división entre orgánica y funcional puede ser en ocasiones bastante arbitraria y depender de la profundidad del estudio que de ella se realice. En este punto es fundamental incluir otra categoría de dispepsia: la dispepsia no investigada. Así, y para aclarar las cosas, las dispepsias pueden dividirse en tres tipos:

1. Aquellas con una causa orgánica o metabólica identificada en las que si la enfermedad mejora o se elimina los síntomas dispépticos también mejoran o desaparecen. Entre ellas están la enfermedad ulcerosa péptica, el cáncer gástrico, las enfermedades biliar-pancreáticas, las relacionadas con medicaciones y otras que se presentan en la **tabla 1**.
2. Aquellas en las que no existe una explicación identificable de los síntomas. Esta es la llamada dispepsia funcional (ver más adelante criterios diagnósticos), y que también ha recibido otros nombres como dispepsia no orgánica, dispepsia idiopática o dispepsia esencial.
3. Aquellas en las que no se ha realizado un estudio, básicamente endoscópico, que permita establecer fehacientemente si existe o no una causa orgánica de la dispepsia. Esta categoría no es infrecuente ya que en muchos pacientes no será absolutamente necesario realizar exploraciones complementarias si no cumplen criterios de edad ni existen

síntomas ni signos de alarma. Las características de los síntomas no son suficientemente específicos para diferenciar la dispepsia orgánica de la funcional y, por tanto, es preferible etiquetarla como lo que es: dispepsia no investigada.

Las causas orgánicas de la dispepsia son múltiples, unas digestivas y otras extradigestivas (**tabla 1**). Como se ha mencionado anteriormente entre las digestivas se encuentran la enfermedad ulcerosa péptica, el cáncer gástrico, y las enfermedades biliopancreáticas. Entre las causas extradigestivas cabe destacar la diabetes mellitus, la uremia, la insuficiencia adrenal y las alteraciones hidroelectrolíticas.

La dispepsia funcional continúa siendo un diagnóstico de exclusión, debiendo descartarse las alteraciones estructurales, las enfermedades metabólicas y los trastornos inducidos por el alcohol o los fármacos. Además, para establecer el diagnóstico de dispepsia funcional es fundamental que se cumplan una serie de criterios clínicos.

Definición de dispepsia funcional

La dispepsia funcional se ha venido definiendo como aquella dispepsia que no es atribuible a alteraciones estructurales, enfermedades metabólicas ni inducida por el alcohol o fármacos, y que se supone en relación con trastornos de la función del tracto digestivo superior o a una percepción anómala del paciente. ⁽⁴⁾

Sin embargo, en muchas ocasiones los médicos diagnostican de dispepsia funcional a pacientes que no tienen dispepsia o, incluso, que no tienen patología digestiva (**tabla 2**).

Criterios diagnósticos de la dispepsia funcional (Roma II)

De acuerdo a los llamados «criterios de **Roma II**», publicados en 1999 y utilizados hasta hace poco tiempo, para establecer el diagnóstico de dispepsia funcional se debe cumplir lo siguiente ⁽⁴⁾ :

1. Síntomas con una duración mínima de 12 semanas (que no tienen que ser consecutivas) durante los últimos 12 meses.
2. Presencia de dispepsia (dolor o molestia abdominal localizado en la parte central del abdomen superior) de forma persistente o recurrente.
3. Ausencia de enfermedades orgánicas (debe incluirse la realización de endoscopia digestiva alta) que puedan explicar los síntomas.
4. Sin evidencia de que la dispepsia se alivia exclusivamente con la defecación o se asocia con cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones (para diferenciarla del síndrome del intestino irritable).

En los pacientes con historia previa de enfermedad ulcerosa péptica crónica no se debe establecer el diagnóstico de dispepsia funcional, aunque es posible que, en algunos casos, la persistencia de los síntomas tras la erradicación de *Helicobacter pylori* se deba a esta causa.

Subtipos de dispepsia funcional

Desde un punto de vista fisiopatológico no ha podido demostrarse la existencia de distintos subtipos de dispepsia funcional.

Sin embargo, dependiendo de sus diferentes manifestaciones clínicas, esta se ha dividido de la siguiente forma de acuerdo a los previos criterios de **Roma II**:

A. Dispepsia funcional de tipo ulceroso: cuando el síntoma predominante es el dolor en la parte superior del abdomen.

B. Dispepsia funcional de tipo dismotilidad: cuando la molestia principal no es dolorosa sino que consiste en plenitud, distensión, saciedad precoz o náuseas.

C. Dispepsia funcional inespecífica: cuando no se cumplen los criterios de la dispepsia funcional de tipo ulceroso ni los de la dispepsia de tipo dismotilidad.

Esta subdivisión, aunque conceptualmente válida, es de una utilidad clínica relativa ya que en muchos casos los síntomas se superponen. De hecho, parece claro que lo que se ha entendido hasta ahora por dispepsia funcional incluye a pacientes con síntomas diferentes que muy probablemente tiene causas fisiopatológicas diversas. Así, parecía bastante inadecuado que pacientes con dolor epigástrico aislado estuviesen en la misma categoría que aquellos con plenitud postprandial o saciedad precoz.

Por eso, se intentó subclasificar a la dispepsia de acuerdo a la identificación del síntoma predominante, la relacionar de síntomas individuales con mecanismos fisiopatológicos específicos, y el análisis factorial de los patrones sintomáticos. Los resultados no fueron ni muy buenos ni muy prácticos, ya que el solapamiento entre subtipos era excesivo.

Más recientemente se han intentado identificar los mecanismos fisiopatológicos de los distintos síntomas, con el objetivo de buscar opciones terapéuticas más precisas. Así, se ha demostrado una asociación entre el vaciamiento gástrico lento y la plenitud, las náuseas o el vómito ⁽⁸⁾, entre la alteración de la acomodación fúndica y la saciedad precoz o la pérdida de peso ⁽⁹⁾ y entre la hipersensibilidad visceral gástrica y el dolor epigástrico o el eructo. ⁽¹⁰⁾

No obstante, esta clasificación fisiopatológica sigue sin ser suficientemente precisa y útil, continúa existiendo solapamiento entre grupos, algunos síntomas se relacionan con varios mecanismos fisiopatológicos, y no se conoce su estabilidad en el tiempo.

Tabla 1.
Causas fundamentales de dispepsia orgánica

Gástricas
Enfermedad ulcerosa péptica
Cáncer gástrico
Duodenales
Enfermedad ulcerosa péptica
Duodenitis erosiva
Lesiones obstructivas
Otras digestivas
Enfermedades biliares o pancreáticas
Lesiones inflamatorias u obstructivas del intestino delgado
Lesiones inflamatorias u obstructivas del intestino grueso
Enfermedades metabólicas
Diabetes mellitus
Uremia, hipercalcemia
Enfermedad de Addison
Hipertiroidismo, hipotiroidismo
Neuropatías y radiculopatías
Relacionadas con fármacos
AINEs, antibióticos, levodopa, digital, antiarrítmicos, antineoplásicos, estrógenos, progestágenos, etc.
Alcohol

Criterios diagnósticos actuales de la dispepsia funcional (Roma III)

En su reciente publicación el comité de **Roma III** ha propuesto definir la dispepsia funcional a dos niveles. ⁽⁶⁾

Uno más general para uso fundamentalmente clínico, que no difiere en exceso de los criterios previamente utilizados; y otro, más específico para estudios fisiopatológicos y ensayos terapéuticos en el que se definen dos entidades nuevas:

1. Síntomas dispépticos inducidos por la comida (síndrome del distrés postprandial o SDP).
2. Dolor epigástrico (síndrome del dolor epigástrico o SDE). Esta subdivisión se debe al hecho de que, aunque en muchos pacientes con dispepsia los síntomas se inician o agravan con la ingesta, también los hay en los que las molestias aparecen en ayunas.

Definición de dispepsia funcional

1. Sensación molesta de plenitud postprandial o saciedad precoz o dolor epigástrico o ardor epigástrico.
2. Sin evidencia de enfermedades estructurales (incluida la realización de una endoscopia digestiva alta) que puedan explicar los síntomas.

Definición de síndrome de molestia postprandial (SDP)

1. Sensación molesta de plenitud postprandial que ocurre después de comidas de un volumen normal, al menos varias veces por semana; o
2. Sensación precoz que impide la terminación de una comida normal, al menos varias veces por semana.

Criterios de apoyo:

- Pueden estar presentes la hinchazón en el abdomen superior o náuseas postprandiales o eructos excesivos.
- Puede coexistir el SDE (síndrome del dolor epigástrico).

Definición de síndrome del dolor epigástrico (SDE)

1. Dolor o ardor localizado en el epigastrio, de intensidad al menos moderada, y con una frecuencia mínima de una vez por semana.
2. El dolor es intermitente.
3. No generalizado o localizado a otras regiones abdominales o torácicas.
4. No se alivia con la defecación o el ventoseo.
5. No cumple criterios de dolor biliar.
6. El dolor puede ser de tipo quemante (ardor) pero sin ser retroesternal.
7. El dolor frecuentemente se induce o alivia con la ingesta de comida, pero puede ocurrir en ayunas.
8. Puede coexistir el SDP (Síndrome del estrés postprandial).

* Estos criterios tienen que estar presentes durante los últimos 3 meses y haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico

Tabla 2.

¿Qué no es la dispepsia funcional?

- No es la gastritis: este es un término histológico.
- No es la aerofagia: este trastorno funcional se relaciona con la deglución de aire.
- No es el síndrome del intestino irritable: en este trastorno las molestias se localizan en hemiabdomen inferior y se acompañan de alteraciones del ritmo deposicional.
- No es la enfermedad por reflujo gastroesofágico: si la pirosis o la regurgitación son los síntomas predominantes no debe realizarse el diagnóstico de dispepsia funcional.
- No es una patología de origen biliar: la litiasis biliar es en muchas ocasiones asintomática y el cólico biliar tiene unas características clínicas muy concretas.
- No es la infección por *Helicobacter pylori* sin lesiones gastroduodenales: gran parte de la población general asintomática está infectada por este microorganismo.
- No es cualquier paciente pesado: se puede ser pesado y no tener dispepsia funcional y viceversa.

Referencias Bibliograficas

1. **Talley NJ, Phillips SF.** Non-ulcer dyspepsia: Potential causes and pathophysiology. *Ann Intern Med* 1988; 108: 865–879.
2. **Colin-Jones DG, Bloom B, Bodemar G, Crean G, Freston J, Gugler R, Malagelada J-R, Nyrén O, Petersen H, Piper D.** Management of dyspepsia: Report of a working party. *Lancet* 1988; 1: 576–579.
3. **Barbara L, Camilleri M, Corinaldesi R, Crean GP, Heading RC, Johnson AG, Malagelada J-R, Stanghellini V, Wienbeck M.** Definition and investigation of dyspepsia. *Dig Dis Sci* 1989, 34: 1272–1276.
4. **Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada J-R, Tytgat GNJ.** Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999 (supl); 45 :37–42.
5. **Vandenberghe J, Vos R, Persoons P, Demyttenaere K, Janssens J, Tack J.** Dyspeptic patients with visceral hypersensitivity: sensitisation of pain specific or multimodal pathways? *Gut* 2005;54:914–919.
6. **Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, Stanghellini V.** Functional gastroduodenal disorders: a working team report for the Rome III consensus on functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1466–1479.
7. **Tack J, Caenepeel P, Arts J, Lee KJ, Sifrim D, Janssens J.** Prevalence of acid reflux in functional dyspepsia and its association with symptom profile. *Gut* 2005;54:1370–1376.
8. **Sarnelli G, Caenepeel P, Geypens B, Janssens J, Tack J.** Symptoms associated with impaired gastric emptying of solids and liquids in functional dyspepsia. *Am. J. Gastroenterol* 2003;98: 783–788.
9. **Tack J, Piessevaux H, Coulie B, Caenepeel P, Janssens J.** Role of impaired gastric accommodation to a meal in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1998; 115: 1346–1352.
10. **Tack J, Caenepeel P, Fischler B, Piessevaux H, Janssens J.** Symptoms associated with hypersensitivity to gastric distention in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 2001;121:526–535.