



REVISTA MEDICA DEL
HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO
www.elsevier.es



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Trastornos funcionales digestivos

Functional digestive disorders

Juan Miguel Abdo-Francis.

Resumen

Los trastornos funcionales digestivos son un grupo de trastornos motores que impactan la calidad de vida de los pacientes y pueden afectar cualquier segmento del aparato digestivo. Se caracterizan por ser funcionales y de difícil manejo originando situaciones complicadas en la relación médico paciente. Producen impacto en la calidad de vida y dada su alta prevalencia en población económicamente activa ocasionan repercusión económica importante y menor rendimiento laboral.

Palabras clave: Trastornos funcionales digestivos, trastornos funcionales, México.

Abstract

The functional digestive disorders are a group of motive disorders that impress the quality of life of the patients and can affect any segment of the digestive device. They are characterized for being functional and of difficult managing originating situations complicated in the relation medical patient. They produce impact in the quality of life and given his discharge prevalence in economically active population they cause economic important repercussion and minor labor performance.

Keywords: Functional digestive disorders, functional disorders, Mexico.

Introducción

El conocimiento del denominado “cerebro intestinal”, un complejo sistema neuro-endócrino que posee neuronas aferentes y eferentes, neurotransmisores pre y post-sinápticos tanto excitadores como inhibidores con acción rápida o lenta que condicionan las respuestas, ha sido determinante para conocer el grupo de patologías denominadas trastornos funcionales digestivos.¹ El mediador bioquímico más importante implicado en la fisiopatología de la dismotilidad es la *serotonina*, que se localiza principalmente en el aparato digestivo (95%), si bien es importante recordar que está involucrada también la acción colinérgica, que favorece la irritabilidad del mecanismo neuromuscular del intestino. La serotonina, o 5 hidroxitriptamina (5-HT), es sintetizada y acumulada en las células enterocromafines intestinales. Se libera como respuesta a cambios en el músculo liso intestinal y a agentes dañinos. Posee dos funciones principales: neurotransmisor del sistema nervioso entérico y como molécula iniciadora de la transducción sensorial de la mucosa. La 5-HT interviene en el mecanismo de la náusea, vómito, secreción intestinal y reflejos peristálticos.² En 2003, Hungin y colaboradores señalaron el impacto económico que producen en Europa y en los Estados Unidos los trastornos funcionales; ocasionan ausentismo laboral al compararlo con grupos controles (1.5% a 5% vs. 4% a 10% para el síndrome de intestino irritable). Es importante considerar que 36% de los pacientes con este síndrome en los Estados Unidos y 10% a 29% en países europeos, han perdido sus trabajos en el último año por ausentismo debido a estos síntomas.³

Es sabido que hasta un tercio de la consulta del especialista se debe a trastornos funcionales digestivos y el número de visitas promedio por paciente se establece en dos a tres visitas anuales. La edad juega un papel importante; es raro en población pediátrica, con 10% de prevalencia asociado principalmente a depresión en niños de guardería. La mayor incidencia se observa entre los 35 a 50 años, muy probablemente asociado a mayor presión laboral, poco tiempo para esparcimiento, deficientes hábitos dietéticos y relaciones interpersonales complejas.

La presencia de formas clínicas severas con frecuencia se asocia a personas jóvenes (menores a 50 años), con disminución de la intensidad de los síntomas en la mujer posmenopáusica. La prevalencia es mayor en el sexo femenino y diversos informes disponibles en la literatura biomédica han mostrado

un incremento en el número de procedimientos quirúrgicos innecesarios (de apéndice, vesícula y ginecológicos) debidos a esta causa.

La prevalencia varía en forma importante entre los grupos de estudio ya que los síntomas asociados a trastornos funcionales son difíciles de correlacionar por los pacientes (correlación de 30% al ser evaluados por cuestionarios).

Los recientes estudios de Crowell han permitido concluir que el grupo de pacientes con dismotilidad gastrointestinal suele tener en forma frecuente alteraciones en las esferas psicológica y social, eventos de depresión, ansiedad, vida de estrés y somatizaciones en forma frecuente y que los síntomas se exacerbaban en situaciones de tensión emocional, cambios hormonales como la menstruación o ataques de pánico. Otro dato observado es el hecho de que las somatizaciones son más frecuentes en este tipo de pacientes comparadas con la población general.⁴

El conocimiento y la clasificación de este grupo de trastornos se debe al trabajo del denominado Grupo de Roma integrado por los Dres. Corazziari, Talley, Drossman, Thompson y Whitehead, quienes han llevado a cabo reuniones (hasta Roma III), con objeto de definir los criterios que actualmente están vigentes para este hecho.

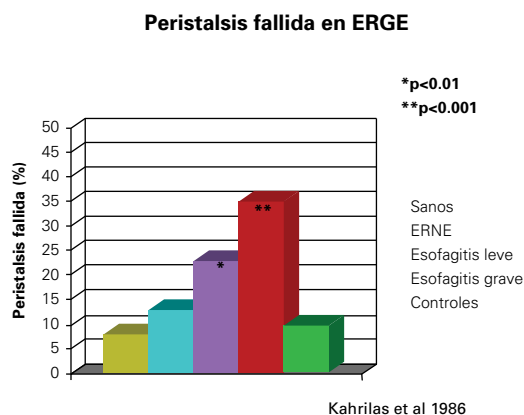
Entre los trastornos funcionales digestivos más frecuentes están la dispepsia funcional, clasificada como B1 y el síndrome de intestino irritable, clasificado como C1. Otra entidad clínica muy frecuente es la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la cual presenta alteraciones de la motilidad asociada en 30% a 40% de los casos.

Los mecanismos primarios del reflujo gastroesofágico incluyen pérdida transitoria o permanente de la presión del esfínter esofágico inferior, trastornos en la motilidad esofágica, deficiente vaciamiento gástrico y deterioro de la citoprotección de la mucosa esofágica.

El estudio de Kahrilas, realizado en 1986, mostró un incremento en el porcentaje de peristalsis fallida asociado a pacientes con esofagitis grave (**Figura 1**).⁵

Diversos estudios han permitido concluir que en promedio una tercera parte de los pacientes con ERGE presentan en los estudios de manometría contracciones no transmitidas, contracciones simultáneas o contracciones de baja amplitud. De igual manera, el retraso en el vaciamiento gástrico que se observa en 30% a 40% de los pacientes con ERGE, incrementa las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, el gradiente de presión intra-esofágico y el volumen y la secreción gástrica aumentando el contenido para refluir.⁶

» **Figura 1.** Porcentaje de peristalsis fallida asociada a severidad del ERGE.



Por su parte, la dispepsia funcional, se considera un complejo sintomático en el que es fundamental la descripción de síntomas y la interpretación de los mismos, tanto por el paciente como por el médico. Existe variabilidad importante del cuadro clínico, de la intensidad y de la gravedad de los síntomas, con una gran subjetividad en la interpretación de los mismos lo que la hace caer en el terreno de la medicina cualitativa fortalecida por diferencias sociales, lingüísticas y culturales que dificultan su interpretación.

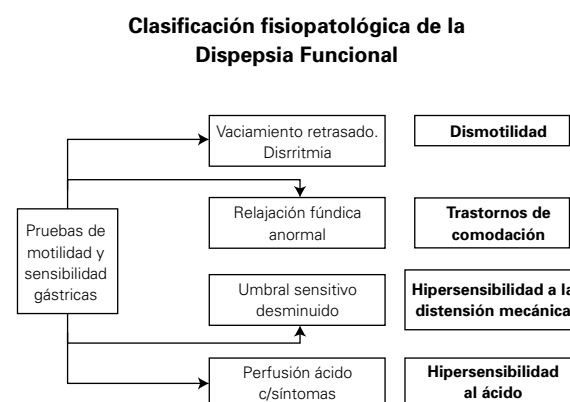
La reunión de Roma III define a la dispepsia funcional como el inicio de los síntomas en los últimos tres meses, de los seis meses previos al diagnóstico con uno o más de los siguientes síntomas: a). Molesta llenura postprandial; b). Saciedad temprana; c). Dolor epigástrico; d). Ardor epigástrico y sin evidencia de enfermedad estructural (incluyendo siempre endoscopia alta) que pudieran explicar los síntomas. Existen dos divisiones: Síndrome de dolor epigástrico y síndrome de malestar posprandial. La endoscopia es indispensable para diagnosticar dispepsia funcional. Cuando no existe un estudio endoscópico, se denomina dispepsia no investigada.⁷

Es conocido que 70% de los pacientes se encuentran entre los 20 y 70 años, sin diferencia importante por género y más de 70% de los pacientes son atendidos por médicos generales.

La clasificación de la DF se establece mediante pruebas de motilidad y sensibilidad gástricas, como se puede observar en la **Figura 2**.

Existe sobreposición de síntomas entre los pacientes con dismotilidad y algunas patologías de base

» **Figura 2.** Clasificación fisiopatológica de la dispepsia funcional.



orgánica, por lo que es muy importante el realizar una adecuada historia clínica y estudios de laboratorio y gabinete mínimos orientados por la clínica para establecer un adecuado diagnóstico diferencial. Los más importante será descartar enfermedades orgánicas y de ellas, las patologías neoplásicas. El tiempo dedicado a la relación médico paciente es determinante para el adecuado ejercicio de la medicina y cobra mayor importancia en los trastornos funcionales.

El síndrome de intestino irritable se caracteriza por ser esencialmente funcional con alteración en la motilidad y la sensibilidad visceral, lo que explica la mayoría de los síntomas.

Los criterios de Roma III lo definen como la presencia durante cuando menos tres meses, habiéndose iniciado cuando menos durante los seis meses previos, de dolor o malestar abdominal recurrentes por lo menos tres días por mes con dos o más de las siguientes características: mejoría con la evacuación, cambio en la frecuencia o cambio en la forma de las heces de acuerdo a la clasificación de Bristol.

Existen cuatro subtipos reconocidos:

- SII-C (con constipación predominante)
- SII-D (con diarrea predominante)
- SII-M (tipo mixto)
- SII-U (Sin subtipo clasificable)

Para el adecuado estudio de estos pacientes, se recomienda realizar tres determinaciones de sangre oculta en heces y agregar antes de los 50 años rectosigmoidoscopia; para después de esta edad, se debe

realizar este estudio más colon por enema o directamente realizar colonoscopia para observar el colon en su totalidad.

Tratamiento

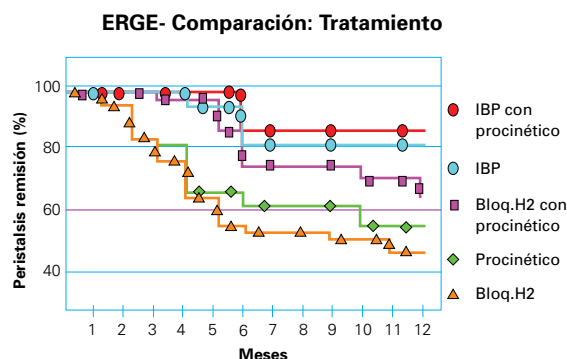
El tratamiento de los trastornos funcionales se basa en la estrategia de proporcionar adecuada información al paciente, sin generar falsas expectativas, disminuir los factores de angustia, establecer una buena relación médico paciente y tratar los síntomas predominantes. Las recomendaciones para una adecuada consulta a los pacientes con trastornos funcionales digestivos incluyen:

- Identificar preocupaciones del paciente incluyendo motivo de la consulta.
- Explicar la base de síntomas.
- Tranquilizar al paciente descartando datos de alarma.
- Evaluar costo-efectividad de los medicamentos a emplear.
- Involucrar al paciente para asegurar continuidad del tratamiento.
- Establecer límites realistas.

El uso de procinéticos ha demostrado utilidad en el manejo de los pacientes con trastornos funcionales digestivos dada su acción sobre los receptores de la serotonina (5-HT₃ y 5-HT₄) y la dopamina (D₂), los cuales modulan la movilidad gastrointestinal mediante antagonismo D₂ y 5-HT₃ así como agonismo 5-HT₄ dando como resultado la contracción. En la **Tabla 1** se muestra la actividad sobre los receptores de los principales procinéticos del mercado.⁸⁻¹³

El estudio de meta-análisis publicado por Vigneni en 1995 demostró la utilidad de los inhibidores

Figura 3. Tratamiento de la ERGE.



Vigneni S.: A Comparison of five maintenance Therapies for Reflux Esophagitis.; New Eng J Med, Oct. 26, 1995. 1106-1110

de la bomba de protones (IBP) asociado a procinéticos en el manejo de los pacientes con ERGE con una ganancia terapéutica al incrementar el porcentaje de los pacientes en remisión (**Figura 3**).¹⁴

Conclusiones

Los trastornos funcionales digestivos impactan la calidad de vida de los pacientes y pueden afectar cualquier segmento del tubo digestivo. Nuevas moléculas se han incluido en el arsenal terapéutico, siendo los procinéticos los que han demostrado mayor utilidad, con acción en los receptores de dopamina D₂ y de serotonina 5-HT₃ en tejidos del esófago, del estómago y colon con acción agonista sobre los receptores 5-HT₄ periféricos. Los procinéticos son reguladores de la motilidad gastrointestinal por lo que poseen indicaciones terapéuticas en ERGE, dispepsia funcional y síndrome de intestino irritable.

Tabla 1. Actividad procinética en receptores 5-HT y dopaminérgicos.

	Ant. 5-HT ₂	Ant. 5-HT ₃	Ag. 5-HT ₄	Ant. D ₂
Metoclopramida	-	-	-	++
Cleboiprida	-	+++	+	+++
Cisaprida	+	--	+++	+
Cinitaprida	+++	-	++	+

Referencias

1. Müller-Lissner SA, Bollani S, Brummer RJ, et al. Epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Europe and North America. *Digestion* 2001;64:200-204.
2. Mayer E, Collins S. Evolving pathophysiologic models of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2002;122:2032-2048.
3. Hungin A, Whorwell P, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40 000 subjects. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2003;17:643-650.
4. Crowell MD. Impact of somatization on gastrointestinal (GI) and extra-intestinal comorbidities in IBS. *Am J Gastroenterol* 2003;98:S271-S272.
5. Kahrilas PJ, Dodds WJ, Hogan WJ, et al. Esophageal peristaltic dysfunction in peptic esophagitis. *Gastroenterology* 1986;91:897-904.
6. Pose A, Reyes L, Saona M, Umpierre V. Manometría esofágica en pacientes con disfagia, reflujo gastroesofágico y dolor torácico no cardíaco. Utilidad diagnóstica. *Rev Med Urug* 2009;25:34-44.
7. Axon AT, Bell GD, Jones, RH, et al. Guidelines on appropriate indication for upper gastrointestinal endoscopy. Working Party of the Joint Committee of the Royal College of Physicians of London, Royal College of Surgeons of England, Royal College of Anaesthetists, Association of Surgeons, the British Society of Gastroenterology, and Thoracic Society of Great Britain. *BMJ* 1995;310:853-856.
8. Ågrens L, Talley N. Challenges in management dyspepsia in general practice. *Am J Gastroenterology* 1999;94:9-11.
9. Gava R, Casiglia E, Clebopride G. *Clin Med* 1988;69:707-709.
10. Mashimo H, Goyal RK. Physiology of esophageal motility. En: PART 1 Oral cavity, pharynx and esophagus. *GI Motility online* 2006.
11. Eisenhofer G, Åneman A, Friberg, et al. Substantial Production of Dopamine in the Human Gastrointestinal Tract. *J Clin Endocrin Metab* 1997;82:3864-3871.
12. Hansen M, Arif D, Gregersen H, et al. Effect of serotonin on small intestinal contractility in healthy volunteers. *Physiol Res* 2008;57:63-71.
13. Yamamoto K, López A, Chávez C, et al. Eficacia y tolerabilidad de la cinitaprida en pacientes con reflujo gastroesofágico, dispepsia funcional y síndrome de intestino irritable. *Med Int Mex* 2005;21:3-10.
14. Vigneni S. A comparison of five maintenance therapies for reflux esophagitis. *New Eng J Med* 1995;26:1106-1110.