

Dispepsia funcional

Descripción y tratamiento

■ JUAN JOSÉ SEBASTIÁN DOMINGO • Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en aparato digestivo.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

En este artículo se revisan las características clínicas de la dispepsia funcional. Se analizan la incidencia y los factores que pueden influir en la predisposición del paciente a desarrollar la enfermedad, que serán de ayuda para establecer el diagnóstico y el tratamiento más adecuado.

Etimológicamente, el término dispepsia proviene de griego *dys* (malo) y *pessō* (digerir), lo que vendría a equivaler a «mala digestión». Es un concepto confuso y es difícil encontrar consenso en cuanto a su definición.

En términos estrictos, se entendería la dispepsia como un trastorno de la digestión que suele manifestarse como una molestia epigástrica tras la ingesta. Pero últimamente parece que hay un número creciente de profesionales que emplean esta palabra sin relacionar su significado necesariamente con la ingesta de alimentos.

Así pues, se entiende por dispepsia el conjunto de molestias abdominales persistentes o recurrentes, localizadas en el hemiabdomen superior o el epigastrio, que a menudo están relacionadas con los alimentos y que comprenden dolor o malestar epigástrico, distensión, eructación, flatulencia, sensación de plenitud, saciedad precoz y náuseas.

La dispepsia funcional se define como aquella que no está relacionada con alteraciones orgánicas (gastritis,



esofagitis por reflujo), infecciosas (infección por *Helicobacter pylori*), metabólicas (hipotiroidismo, acidosis) o inducidas por fármacos o por alcohol. Tiene su origen en una percepción anómala del paciente o en una alteración de la función del tracto digestivo superior.

INCIDENCIA

Varios son los países que han realizado estudios de prevalencia e incidencia de dispepsia funcional en sus poblaciones. En Estados Unidos representa del 1 al 2% de todas las consultas de atención primaria, es decir, unos dos millones de consultas anuales. La prevalencia es de un 30%, con una incidencia anual de un 10%. Según la Revisión Técnica de la American Gastroenterological Association, aprobada por el Practice Economics Committee en septiembre de 1997, en Estados Unidos y otros países occidentales la prevalencia anual es aproximadamente de un 25% y la incidencia de un 2-5% del total de todas las consultas de los médicos de familia.

En España, un estudio que se concreta en el Libro Blanco de la Dispepsia puede servir de referencia. A partir de las estimaciones de 298 médicos de atención primaria y 201 especialistas del aparato digestivo, se calcula que el número de pacientes tipificados como dispépticos funcionales que acuden a sus consultas son el 14,1% y el 35,5%, respectivamente.

En general, en varios estudios de poblaciones seleccionadas aleatoriamente se ha calculado que el porcentaje de consultas por dispepsia en atención primaria oscila entre el 1-4%. La incidencia se ha estimado entre el 22-56% de la población y, de éstos, sólo acuden al médico de familia un 20-30%. El 25% son derivados a consultas de digestología.

FACTORES PREDISONENTES

Hay una serie de factores que predisponen a la aparición de síntomas dispépticos.

Edad

La prevalencia de dispepsia reciente (la que ocurre en los 3-6 meses anteriores a la consulta) va disminuyendo con la edad. Sin embargo, el número de dispépticos que acuden a la consulta aumenta con ésta.

Dieta y hábito alimentario

Parece ser que determinadas dietas pobres en fibra y ricas en féculas y especias, acompañadas de una mala

masticación, ingesta apresurada y con desorden en los horarios, influyen en la aparición de los síntomas de la dispepsia.

Personalidad psiquiátrica

Las personas hipocondríacas y las personalidades con una visión y reacción muy negativas frente a los problemas cotidianos están más predispuestas a presentar dispepsia.

Estrés, respuesta afectiva

Como otros sistemas orgánicos, o posiblemente más, el tubo digestivo se ve afectado por las variaciones del estado psíquico. La ansiedad, el miedo, el resentimiento, la hostilidad, la agresividad, la depresión o la desesperanza, muchas veces producidos por problemas familiares, económicos o sociales, pueden causar diversas alteraciones motoras, del flujo sanguíneo o secretoras en el aparato digestivo que se acompañan de diferentes manifestaciones dispépticas.

**Numerosos fármacos
pueden ocasionar
síntomas dispépticos
y un cambio de preparado
puede aliviar el cuadro**

Obesidad, vida sedentaria

El peso excesivo y la falta de ejercicio físico condicionan la relajación de la pared muscular del abdomen, lo que lleva a la acumulación excesiva de gases, a que la motilidad gastrointestinal se vuelva lenta, a que aparezca estreñimiento y a la aparición de distensión, eructos y pesadez posprandial.

Agentes tóxicos

El tabaquismo, el alcohol y el consumo de ciertos medicamentos, particularmente los AINE (antiinflamatorios no esteroideos), se han implicado en la aparición de síntomas dispépticos, si bien no se ha demostrado fehacientemente que sean factores predisponentes de dispepsia.

¿DISPEPSIA O DISPEPSIAS?

El Equipo de Trabajo de Roma (Rome Working Team), además de una definición sencilla y clara de dispepsia (dolor o malestar centrado en el abdomen superior), consideró solamente 4 subgrupos dentro de ella (tipo ulceroso, tipo desmotilidad, inespecífica o idiopática y tipo reflujo gastroesofágico). Además, elaboró unos criterios para poder clasificar cada entidad dentro de alguno de los subgrupos.

Dispepsia tipo ulceroso

Es aquella en la que aparecen tres o más de los síntomas siguientes:

- Dolor que se alivia con la ingesta.
- Dolor que se alivia con la toma de antiácidos/antagonistas H2.
- Dolor epigástrico.
- Dolor que en ocasiones despierta al paciente.
- Dolor que presenta remisiones y recurrencias.
- Dolor antes de la ingesta o con el hambre.

Dispepsia tipo desmotilidad

En este tipo de dispepsia el dolor no es el síntoma dominante sino la molestia en abdomen superior. Se reunirán tres o más de los siguientes síntomas:

- Saciedad precoz.
- Plenitud posprandial.
- Náuseas.
- Molestias en abdomen superior, a menudo agravadas por la ingesta.
- Arcadas o vómitos recurrentes.
- Sensación de hinchazón en abdomen superior no acompañada de distensión notoria.

Dispepsia inespecífica o idiopática

Es aquella cuyos síntomas no pueden ser clasificados en alguno de los subgrupos anteriores.

Dispepsia tipo reflujo gastroesofágico

Los síntomas de la dispepsia se presentan idénticos a los de la enfermedad de reflujo gastroesofágico. La pH-metría de 24 horas establece el diagnóstico diferencial. El paciente, característicamente, refiere los siguientes síntomas:

- Pirosis.
- Regurgitación ácida o de alimentos.
- Ardor o malestar epigástrico.

DIAGNÓSTICO

Para intentar uniformizar el diagnóstico de los distintos trastornos funcionales, en 1990 se establecieron en Roma una serie de criterios que deben cumplirse para poder establecer el diag-

nóstico de dispepsia funcional. Los Criterios de Roma incluyen:

- Dolor/molestia abdominal superior con duración mínima de tres meses y síntomas al menos el 25% del tiempo establecido.
- Ausencia de enfermedad orgánica que justifique los síntomas.
- Ausencia de antecedentes de cirugía abdominal.
- Ausencia de historia previa de enfermedad ulcerosa.

Para realizar una adecuada valoración hay que interrogar sobre el carácter, la localización y la irradiación del dolor, así como su relación con la ingesta, los factores agravantes y que lo alivian y preguntar sobre síntomas acompañantes como pirosis, vómitos, aerofagia, etc.

En las tablas I y II se indican los síntomas indicativos de un trastorno funcional y los datos clínicos de alarma que hacen sospechar patología orgánica, respectivamente.

Es útil preguntar por los hábitos tóxicos del paciente: ingesta de alcohol, tabaquismo y toma de medicamentos. Numerosos fármacos, como antiinflamatorios, digitálicos, sales de hierro y compuestos de potasio entre otros, pueden ocasionar síntomas dispépticos y un cambio de preparado puede ser suficiente para aliviar el cuadro.

Los datos clínicos, junto con una exploración física y una analítica elemental normales, pueden ser de gran utilidad a la hora de establecer el diagnóstico.

Cuando aparezcan síntomas y datos clínicos que hagan sospechar patología orgánica (tabla II) está indicado realizar pruebas complementarias.

La endoscopia digestiva alta es el método diagnóstico más específico y selectivo en el estudio de la dispepsia al permitir la visualización directa del tracto digestivo, que tiene la ventaja añadida de poder tomar biopsias. Sin embargo, dado que es una técnica que precisa de una infraestructura relativamente compleja, unos recursos económicos elevados y que se aplica en la población general, se debe intentar racionalizar su uso para evitar que se disparen los gastos y se colapsen los servicios sanitarios.

La indicación de realizar endoscopia es clara para aquellos pacientes de edad superior a los 45 años al comienzo de los síntomas (basándose en el hecho de que menos de un 3% de los cánceres gástricos ocurren en menores de 45 años) y en aquéllos que presentan signos o síntomas de alarma, aún siendo menores de 45 años.

En sujetos menores de 45 años y sin

Tabla I. Síntomas que indican dispepsia funcional

Buen estado general
Carácter preocupado
Distensión abdominal
Dolor difuso no nocturno
Intolerancia alimentaria múltiple
Peso estable o en aumento reciente
Náuseas importantes
Características asociadas de colon irritable
Clínica no episódica

síntomas de alarma no es necesaria ninguna exploración complementaria y suele iniciarse directamente un tratamiento empírico. Ello supone una reducción de aproximadamente un 33% de las endoscopias.

Si la posibilidad de trastorno orgánico se considera baja puede ser razonable realizar un estudio radiológico baritado. En muchos pacientes se completa el estudio con una ecografía para intentar detectar enfermedad pancreática, biliar o hepática. En algunos pacientes pueden estar indicadas otras exploraciones más especializadas, como la pH-metría esofágica si hay clínica de reflujo gastroesofágico y la endoscopia es normal.

TRATAMIENTO

Muchos pacientes dispépticos sólo desean saber que sus síntomas no se deben a una enfermedad grave y que no requieren tratamiento farmacológico alguno. Es fundamental tranquilizar al paciente y explicar que el pronóstico es excelente en términos de esperanza de vida. Es frecuente que estos pacientes presenten cancerofobia y que sea necesario para tranquilizarlos la realización de exploraciones objetivas (endoscopia) que, al dar un resul-

Tabla II. Datos clínicos de alarma

Edad superior a 45 años al comienzo de los síntomas
Pérdida de peso
Vómitos retencionistas
Sintomatología nocturna
Fracaso del tratamiento sintomático
Anomalía en la exploración física
Disfagia
Sospecha de hemorragia digestiva
Síntomas crónicos o graves
Anemia
Aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG)

tado negativo, corrobore el diagnóstico, tranquilice al paciente y aumente la credibilidad del médico, lo que mejora el manejo y el tratamiento del paciente.

Es importante que el paciente prescinda de aquellos alimentos que le producen síntomas. Es conveniente que abandone el tabaco, evite el alcohol y reduzca el peso excesivo. Evitará también los estimulantes e irritantes (café, te, bebidas con cola, cacao o chocolate). Se le recomendará no tomar compuestos que contengan salicilatos ni otros AINE.

Se debe aconsejar que las comidas se tomen a horas regulares, en un ambiente agradable y distendido, con una correcta masticación y un ritmo de ingesta pausado. Hacer comidas frecuentes y poco abundantes, evitar alimentos flatulentos, grasas, fritos y alimentos hipertónicos (muy dulces o muy salados) puede ser, en ocasiones, suficiente para mejorar muchos de los síntomas.

Si hay pirosis postural, se elevará la cabecera de la cama. Si el paciente tiene estrés, convendrá disminuirlo mediante técnicas de relajación, ejercicio físico, terapias herbales, etc.

Respecto a los fármacos que han demostrado alguna eficacia en el manejo sintomático de la dispepsia destacan los procinéticos, antiulcerosos y psicofármacos.

Procinéticos

La mayoría de los fármacos procinéticos bloquean los receptores dopaminérgicos. Estimulan la motilidad del esófago, estómago e intestino y aumentan la presión del esfínter esofágico inferior. Ello acelera el vaciamiento gástrico y elimina o mejora los síntomas de pesadez, hinchazón abdominal, saciedad precoz o flatulencia.

Están especialmente indicados en la dispepsia por reflujo si la terapia con antiulcerosos ha fracasado. En las dispepsias debidas a dismotilidad, son el fármaco de primera elección.

Metoclopramida

La metoclopramida, a dosis de 10 mg 15 minutos antes del desayuno, de la comida y de la cena, es eficaz para aliviar las náuseas, el dolor abdominal y la pirosis. Su inconveniente es que atraviesa la barrera hematoencefálica y puede producir efectos adversos sobre el sistema nervioso central (hasta en más del 20% de los casos) con aumento de la prolactina y las consiguientes galactorrea y/o amenorrea. Estos efectos son generalmente reversibles tras la supresión del fármaco.

Domperidona

La domperidona, a dosis de 10 mg 15 minutos antes del desayuno, de la comi-

da y de la cena, es también eficaz y no pasa la barrera hematoencefálica, si bien produce otros efectos secundarios hasta en el 7% de los pacientes.

Cinitraprida

La cinitraprida es un agonista de los receptores de serotonina, con un perfil de efectos no deseados mucho menor que el resto de los fármacos. Se puede administrar a dosis de 1 mg tres veces al día unos 15 minutos antes de las comidas. Es un preparado con un alto nivel de eficacia y seguridad clínica que lo hacen aconsejable en el tratamiento del reflujo gastroesofágico y de otros trastornos funcionales de la motilidad gastrointestinal.

La cisaprida, durante mucho tiempo utilizada con muy buenos resultados en este tipo de pacientes, hubo de retirarse de forma cautelosa al comprobar que podía estar asociada a varias muertes por problemas cardíacos.

Antiulcerosos

Dentro de los fármacos antiulcerosos, los antiácidos son baratos y con pocas reacciones adversas. Por ello son muy utilizados en el tratamiento de la dispepsia funcional, si bien habitualmente son ineficaces. Su efecto es poco duradero, no controlan la sintomatología nocturna y no están totalmente desprovistos de efectos secundarios, por lo que no son recomendados.

Los antagonistas H_2 (cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina, roxatidina) estarían, en principio, indicados en los pacientes con dispepsia de tipo ulceroso o de reflujo gastroesofágico, si bien casi todos ellos han caído en el desuso. La roxatidina, gracias a un bloqueo altamente selectivo de los receptores H_2 , con una dosis única diaria de 150 mg, produce un alivio rápido de la sintomatología ácida y normalización de la secreción ácida durante 24 horas con un buen perfil de seguridad. Ha demostrado ser un buen preparado para el control de la dispepsia asociada a hipersecreción ácida gástrica y/o hipersensibilidad de la mucosa gástrica al ácido.

Cuando el síntoma fundamental de la dispepsia sea la pirosis, los fármacos más indicados son los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol), administrados de 2 a 4 semanas. Si se produce una buena respuesta sintomática, es un dato inequívoco de que hay reflujo gastroesofágico. Si no se observa una mejoría evidente de los síntomas tras 4-6 semanas de tratamiento, se debe optar por una terapia alternativa con procinéticos. Si con ello tampoco se produce la respuesta deseada, será necesaria la endoscopia.

Psicofármacos

Los antidepresivos y ansiolíticos, que han sido profusamente utilizados en pacientes con dispepsia funcional, sólo son eficaces si existe un componente psicósomático. Debe evitarse su uso generalizado. Los psicofármacos sólo se utilizarán cuando exista una entidad clínica psiquiátrica que lo justifique.

En pacientes depresivos, los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, 75-100 mg por la noche después de cenar; nortriptilina, 25 mg por la mañana, cuando se busca efecto analgésico o imipramina, 75-100 mg por la noche, como antidepresivo y 25 mg por la noche, como analgésico); la fluoxetina, 20 mg al día o la paroxetina, 20 mg al día, pueden mejorar el cuadro dispéptico.

Alrededor del 50%
de los pacientes
con dispepsia funcional
presenta gastritis
e infección por *H. pylori*

Este tipo de fármacos parece tener valor en pacientes con sintomatología muy resistente al tratamiento y, en particular, en aquellos en los que el síntoma fundamental sea el dolor. La tendencia actual es asociar un procinético y un antidepresivo con propiedades analgésicas viscerales, a dosis bajas (p ej., 25 mg de amitriptilina por la noche).

ELIMINACIÓN

Hasta ahora no se ha podido demostrar que la eliminación de la infección por *Helicobacter pylori* se asocie a una mejoría sintomática en los pacientes dispépticos.

Alrededor del 50% de los pacientes con dispepsia funcional presenta gastritis e infección por *H. pylori*. Por ello, el tratamiento erradicador no está indicado con carácter general, pero puede intentarse en pacientes con antecedentes de úlcera péptica. Una de las pautas erradicadoras más utilizadas

en la actualidad consiste en la combinación de un inhibidor de la bomba de protones, claritromicina 500 mg y amoxicilina 1 g, todo ello cada 12 horas y durante 7 días. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Agreus L, Talley NJ. Dyspepsia: current understanding and management. *Annu Rev Med* 1998;49:475-93.
- Arnalich F, Martínez-Hernández PL, Capitán CF, Camacho J. Tratamiento de la dispepsia funcional y del síndrome del intestino irritable. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1998; 22:1-8.
- Dobrilla G, Comberlato M, Steele A, Vallaperta P. Drug treatment of functional dyspepsia. A meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Clin Gastroenterol* 1989;11(2):169-77.
- Estudio sociológico. Libro blanco. La dispepsia en España y su control. Madrid: Almirall, 1995.
- The European *Helicobacter pylori* Study Group. Current European concepts in the management of *Helicobacter Pylori* infection. The Maastrich Consensus Report. *Gut* 1997;8-13.
- Mearin F. Dispepsia funcional. Barcelona: Doyma, 1997.
- Gilvary J, Buckley MJ, Beattie S, Hamilton H, O'Morain CA. Eradication of *Helicobacter pylori* affects symptoms in non-ulcer dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1997;32(6):535-40.
- McQuaid K. Dispepsia. En: Sleisenger, Fordtran, editores. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 6.ª edición. Editorial Médica Panamericana, 2000.
- McCull K, Murray L, El-Omar E, Dickson A, El-Nujumi A, Wirz A, et al. Symptomatic benefit from eradicating *Helicobacter pylori* infection in patients with nonulcer dyspepsia. *N Engl J Med* 1998;339(26):1869-74.
- Mertz H, Fass R, Kodner A, Yan-Go F, Fullerton S, Mayer EA. Effect of amitriptyline on symptoms, sleep, and visceral perception in patients with functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 1998;93(2):160-5.
- Moller Hansen J, Bytzer P, Schaffalitzky B. Management of dyspeptic patients in primary care. *Scand J Gastroenterology* 1998;33(8):799-805.
- Sáinz R, Serrano MT, Gomollón F. Dispepsia funcional. *Medicine* 1996. 7.ª serie.
- Read NW. Functional dyspepsia: a case of indecision. *Gastroenterology* 1999; 116(3):761-2.
- Sebastián JJ. Gastroenterología y Hepatología prácticas para Atención Primaria. Barcelona: Laboratorios Novartis, 1998.
- Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, Nyren O, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *American Gastroenterological Association. Gastroenterology* 1998;114(3):582-95.