

## Clínica de la dispepsia

Luis María Bustos Fernández

Gastroenterólogo. Hospital de Gastroenterología, Dr C Bonorino Udaondo, Ciudad Autónoma de Bs As, Argentina

Desde comienzo de los años 90 la patología funcional digestiva se la ha clasificado a través de los criterios de Roma. En la actualidad los más utilizados son los criterios de Roma II. Los criterios de Roma tienen orientación sintomática, debiendo encontrarse en al menos 12 semanas (que no tienen que ser consecutivas) de los últimos doce meses:

- Persistencia o recurrencia de síntomas dispépticos (dolor o malestar en el abdomen superior central).
- Falta de evidencia de enfermedad orgánica que explique los síntomas.
- Falta de evidencia que la dispepsia mejore con la defecación o se asocie con cambios en la forma o frecuencia de la materia fecal (síndrome de intestino irritable).

El uso de estos criterios de clasificación en la práctica clínica diaria ha sido relativo, y sí han sido más útiles para incorporar pacientes a protocolos de investigación que para ser utilizados en la consulta diaria.

Finalmente, el concepto más importante de los síntomas dispépticos estaría dado por la necesidad de que éstos sean crónicos y por tratar de diferenciar qué entendemos por dolor o malestar en el abdomen superior central. El dolor todos lo entendemos, lo que queda más confuso es el concepto de malestar. Según los criterios de Roma se entiende como malestar:

- Saciedad precoz: sensación de estómago lleno en forma inmediata luego del comienzo de la ingesta de los alimentos.
- Plenitud: sensación desagradable de presencia de alimentos en el estómago, la cual puede o no ser post-prandial.
- Distensión del abdomen superior: sensación de tensión localizada en el abdomen superior, que debe ser diferenciada de la distensión objetiva.
- Náusea: sensación del deseo de vomitar.

El dolor centrado en el abdomen superior central se entiende como una sensación subjetiva desagradable (algunos pacientes lo refieren como daño de tejidos). Otro tipo de síntoma no tomado por el paciente como dolor debe ser descartado. Al hablarse de abdomen superior central desaparece el antiguo concepto de dispepsia fermentativa, el cual parecería referirse más a los intestinos que al estómago. La evaluación clínica en el examen físico es fundamental en estos casos, ya que muchas veces este dolor puede ser secundario a molestias en el colon trasverso más que a molestias gástricas.

La falta de evidencia de enfermedad orgánica que explique los síntomas es otro tema a revisar. ¿Que significa la enfermedad orgánica? ¿no tener un cáncer?, ¿no tener una úlcera?. Y si tenemos una alteración de las células de Cajal o de la carga alostática, ¿es orgánica o funcional? Son palabras que deberán ser modificadas con el tiempo.

El conflicto más importante se da porque solamente hablamos de síntomas, lo que en la mayoría de los casos trae confusión ya que muchos síntomas pueden pertenecer a distintos síndromes. Otro concepto importante en relación a lo sintomático es que parecería que los pacientes que tienen una enfermedad orgánica se quejan de un solo síntoma, en cambio aquellos funcionales parecerían tener múltiples.

En un trabajo multicéntrico llamado EMEDAL, en el cual se interrogaron a 4.000 pacientes con dispepsia funcional, se evaluó cuántos de ellos tenían síntomas de intestino irritable en forma simultánea. Los pacientes con síntomas más orgánicos, como los que tenían síntomas de tipo ulceroso o tipo reflujo (síntomas más puntuales), tenían menos relación con el intestino irritable. Por el contrario, los pacientes de síntomas tipo dismotilidad (síntomas más difusos) tenían mayor superposición con síntomas de intestino irritable, o sea que normalmente la persona que tiene más síntomas tiene tendencia a sentir todavía más síntomas.

En la actualidad lo fundamental es tratar de encontrar mecanismos fisiopatológicos que expliquen los distintos síntomas llamados "dispépticos". En un trabajo del año 2003 el Dr Jan Tack trató de bus-

car una relación sintomática con las alteraciones de la evacuación gástrica. Ellos vieron que el retraso en la evacuación gástrica fue del 23% para sólidos y del 35% para líquidos. El retraso de sólidos se asoció más con náuseas, vómitos y pesadez post-prandial, mientras el retraso de líquidos se relacionó más con saciedad precoz y pesadez post-prandial. El estómago proximal, el cual muchas veces se correlaciona con la acomodación gástrica, tiene más que ver con la evacuación de los líquidos, en cambio el estómago distal, con la evacuación de los sólidos. La saciedad precoz se relacionaría más con el estómago proximal y no con el distal.

El concepto de hipersensibilidad visceral comenzó a principios de los '90 con los trabajos de los Drs Mearin, Azpiroz y Malagelada. Actualmente se han buscado trabajos para relacionar la hipersensibilidad en la dispepsia funcional. Se la encontró en el 34% de los pacientes y se la relacionó más con el dolor postprandial, los eructos y la pérdida de peso. Lo mismo pasa con las alteraciones de la acomodación gástrica, se la encontró en un 40% de los pacientes y se la asoció más con la saciedad precoz, y no con la hipersensibilidad ni con la evacuación gástrica.

La administración de *sumatriptan*, un agonista 5HT<sub>1</sub> que produce relajación fúndica y mejora la saciedad precoz, demuestra que al mejorar un mecanismo fisiopatológico, también puede mejorar un

síntoma específico.

En el 2002 se comenzó a hablar de los cuadros funcionales post-infecciosos, ya sea intestino irritable o dispepsia. Parecería ser que el conflicto de la dispepsia post-infecciosa se relacionaría más con alteraciones de la acomodación gástrica y por lo tanto con saciedad precoz, pérdida de peso, náuseas y vómitos. Lo interesante de estos trabajos fue que compararon la dispepsia funcional en general contra grupos de dispepsia post-infecciosa y vieron que el 67% de los post-infecciosos tenían alteración de la acomodación gástrica, contra un 30% de los de dispepsia funcional.

Daría la impresión de que nos encontramos ante un gran síndrome con distintas explicaciones fisiopatológicas, llámese alteración motora, alteración de la sensibilidad visceral, alteración de la acomodación gástrica o la post-infección, y por lo tanto, el conocer estos mecanismos, nos permitiría realizar distintas terapéuticas.

La pregunta sería si todos estos mecanismos no son representaciones periféricas de conflictos más altos a nivel espinal o supraespinal o lo que estamos viendo es simplemente la punta del iceberg.

En definitiva, creo que tenemos que seguir avanzando en el conocimiento y así encontrar nuevas vías de estudio de la fisiopatología para ayudar a nuestros pacientes.