

Algoritmo diagnóstico y terapéutico para la dispepsia funcional

Guido Iantorno,¹ Rodolfo Corti,¹ Luis María Bustos Fernández,¹ Luis Soifer,² Claudio Bilder,³ Graciela Soifer,¹ Antonio Raúl De Los Santos,⁴ Carlos Gianoni,⁵ Silvia Bernstein,⁶ Oscar Secilio

¹ Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires - ² Centro de Educación Médica e Investigación Clínica, (CEMIC), Buenos Aires - ³ Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Buenos Aires - ⁴ Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires - ⁵ Centro de Gastroenterología, Ciudad de Rosario - ⁶ Jefe del departamento de Psicología de Gedyt (Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica), Buenos Aires.

Acta Gastroenterol Latinoam 2007;37:25-28

Resumen

Introducción. “Dispepsia” deriva del griego y significa “mala digestión”. Dado que se trata de una entidad que abarca distintas disciplinas, se realizó una reunión de consenso para discutir y acordar un algoritmo diagnóstico y terapéutico nacional. **Objetivo:** Consensuar un algoritmo nacional aplicable a la dispepsia funcional. **Material y métodos:** En junio de 2005 un grupo multidisciplinario se reunió para diseñar y proponer un algoritmo diagnóstico y terapéutico para dispepsia funcional. **Resultados:** Darle prioridad a la relación médico-paciente, a las medidas higiénico dietéticas y al reaseguro. Luego dividimos a los pacientes de acuerdo a si tienen o no signos de alarma. Si están presentes, se los estudia, si no, se los divide de acuerdo a los síntomas principales en dolor o malestar epigástrico. Si tienen dolor, se realiza VEDA y ecografía abdominal. Si son positivos, tratamiento de la enfermedad. Si los estudios son negativos o tiene malestar epigástrico: prueba terapéutica. La pruebas serían: Dolor: Antagonistas H2, esperar 4 a 6 semanas, respuesta negativa: IBP, esperar 4 a 6 semanas, sin no hay mejoría: consulta Psiquiátrica o Psicológica. Malestar: Proquinéticos y esperar 4 a 6 semanas. Si no hay respuestas: Antidepresivos a bajas dosis, esperar 4 a 6 semanas y si no responde: Bloqueantes Cálcidos, Sumatriptan o Trimebutina. En todos los casos se pueden sumar ansiolíticos en personalidad ansiosa. **Conclusiones:** Se logró un consenso diagnóstico y terapéutico multidisciplinario de orden nacional para los pacientes con dispepsia funcional.

Palabras claves: Dispepsia funcional, Diagnóstico y tratamiento.

Correspondencia: Guido Iantorno
E-mail: guidoiantorno@yahoo.com.ar

Diagnostic and therapeutic algorithm in functional dyspepsia

Summary

Introduction. Dyspepsia is a word that means bad digestion. In the conviction of which it is a question of an entity that it includes different disciplines, we realize a meeting consensus to discuss and to resolve a diagnostic and therapeutic algorithm of national order. **Objective:** To agree on a national algorithm applicable to the functional dyspepsia. **Material and methods:** In June 2005 a multidisciplinary group met to design and to propose a diagnostic and therapeutic algorithm for the functional dyspepsia. **Results:** Priority gives to the medical-patient relationship and to the reinsurance. Then we divide the patients if they have signs of alarm. If they are present we studied them, if not we divide them, in accordance to the principal symptoms, in pain or epigastric discomfort. If they have pain we realized an endoscopy and a abdominal ultrasound scan. If they are positive, treatment of the disease. If the studies are negative or it has epigastric discomfort we propose a therapeutic test. Pain: H2 blockers, wait 4 to 6 weeks, if it not response we propose a PPI, wait for 4 to 6 weeks, if there is no response psychiatric or psychological consultation. Discomfort: prokinetics, wait for 4 to 6 weeks if there are no answers, antidepressants in low doses, wait for 4 to 6 weeks if there are no answers, ca. blockers, sumatriptan or trimebutina. In all cases we can add tranquilizers in anxious personality. **Conclusions:** A multidisciplinary diagnostic and therapeutic consensus of national order for the patients with functional dyspepsia was obtained.

Introducción

“Dispepsia” es una palabra que deriva del griego y significa “mala digestión”.

Aún en la actualidad continúa siendo difícil para los médicos llegar a un acuerdo general sobre su verdadero significado en referencia a los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

De acuerdo al consenso de expertos llevado a cabo en Roma en 1987, la dispepsia se define como un dolor o malestar localizado en la parte superior y media del abdomen.¹ Estos mismos expertos actualizaron el tema hacia fines de la década del 90 y se han conocido estos criterios con el nombre de Roma II, y más recientemente han sido presentados los llamados Criterios Roma III. El término malestar o “discomfort” se refiere a una sensación negativa no dolorosa, como hinchazón abdominal, sensación de saciedad precoz, distensión o náusea. Los síntomas pueden ser continuos o intermitentes, y estar relacionados con la ingesta o no. Estos criterios en todo momento apuntaron a la definición y a enmarcar el cuadro dentro de un contexto clínico. Sin embargo, la etiopatogenia aún no está claramente dilucidada. Se la relaciona con anomalías de la motilidad gastroduodenal, un aumento de la percepción visceral y de la respuesta general al estrés.^{2,3} Los factores psicológicos y psiquiátricos presentan una asociación con la dispepsia funcional^{4,5} y también hay quienes consideran que es un factor a tener presente la infección por *H. pylori*.⁶ Los caminos para llegar al diagnóstico siguen siendo motivo de discusión y si bien se han realizado avances farmacológicos, todavía no disponemos de un tratamiento que pueda satisfacer ampliamente las expectativas de los médicos y los pacientes.⁷ Lo mismo sucede con las medidas adicionales, como por ejemplo, los aspectos dietéticos, dado que tampoco hay evidencias de que la dieta sea un elemento terapéutico de importancia en el tratamiento de la dispepsia funcional ni de que determinados alimentos sean considerados factores etiológicos.⁸ Con lo expresado, estamos considerando que hasta nuestros días no existe un tratamiento que sea verdaderamente eficaz en todos los casos de dispepsia funcional. Esto es fácil de comprender si consideramos la heterogeneidad del cuadro y el desconocimiento de su etiología.

Los distintos tratamientos empleados hasta el presente se sustentan en las diferentes hipótesis fisiopatológicas: a) Trastorno de la secreción ácida; b) Alteración de la motilidad digestiva; c) Alteraciones

de la percepción visceral; d) Trastornos psicológicos; y e) Presencia del *H. pylori*.

Históricamente nos hemos guiado por algoritmos provenientes de la literatura internacional. En el convencimiento de que se trata de una entidad que abarca distintas disciplinas, y que existen variables relacionadas con el diagnóstico y terapéutica de la dispepsia que tienen que ver con factores regionales, tales como la disponibilidad y costo de los procedimientos diagnósticos y de los recursos terapéuticos, nos hemos convocado en una reunión de consenso para discutir y acordar un algoritmo diagnóstico y terapéutico de orden nacional.

El objetivo entonces será consensuar un algoritmo nacional diagnóstico y terapéutico aplicable a la dispepsia funcional.

Material y métodos

En el mes de junio de 2005 un grupo multidisciplinario: siete gastroenterólogos (uno pediátrico), un internista, una nutricionista y una psicóloga se reunieron para diseñar y proponer un algoritmo diagnóstico y terapéutico para la dispepsia funcional. Los aspectos considerados por el grupo fueron: epidemiología, fisiopatología, relación médico-paciente, reaseguro, medidas higiénico-dietéticas, signos de alarma, variantes clínicas, metodologías diagnósticas, variantes terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas.

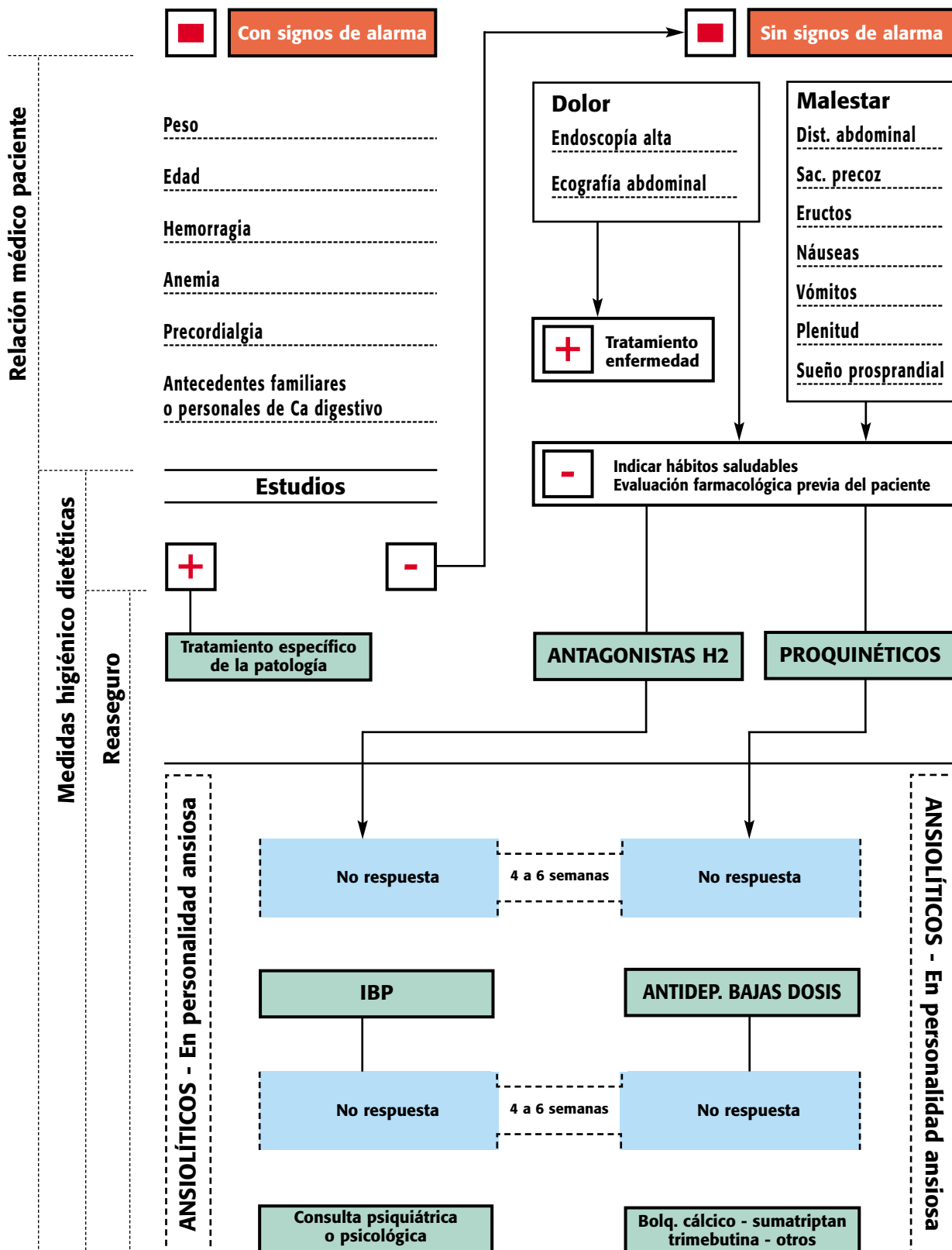
La metodología empleada para arribar al consenso final que permitió la elaboración del algoritmo, consistió de varias etapas: 1) Encuesta sobre dispepsia efectuada a médicos mediante el empleo de Internet. A través de los resultados de esta encuesta se pudo conocer la opinión de diversos profesionales distribuidos en todo el país. 2) Actualización bibliográfica de cada uno de los aspectos considerados, a través de conferencias realizadas por cada uno de los participantes. 3) Discusión pormenorizada de cada una de las conferencias. 4) Técnica de teatralización para el análisis de la comunicación y la relación médico-paciente. 5) Presentación del algoritmo y discusión del mismo hasta llegar a un consenso mayoritario.

Resultados

El resultado de esta reunión fue la elaboración del algoritmo que se detalla en la tabla 1.

Tabla 1

Algoritmo diagnóstico y terapéutico en la dispepsia funcional



Discusión

Como puede observarse en el algoritmo surgido del consenso se consideró que la búsqueda de signos o síntomas de alarma se considera el paso inicial dado que por definición todo trastorno funcional debe llevar implícito que no haya alteraciones bioquímicas o estructurales que puedan justificar los síntomas. Se consideró que el estudio endoscópico digestivo alto debería ser efectuado a todo paciente con síntomas dispépticos crónicos mayores de 45 años o que sean menores de esa edad, pero que tengan antecedentes familiares de cáncer digestivo. La pérdida de peso, anemia, hemorragias digestivas y precordialgias, obligan siempre a la realización inicial de estudios complementarios.

Tres medidas generales fueron consideradas de importancia en el encuadre del paciente dispéptico: La relación médico-paciente, el reaseguro y las medidas higiénico-dietéticas.

En la relación médico-paciente se priorizó el poder brindar tiempo para escuchar, brindar empatía y no prometer, pero sí comprometerse con el paciente. El reaseguro es el poder asegurarle al dispéptico que su problema es funcional y que no conlleva un riesgo incrementado de morbimortalidad. Además poder mantener informado al paciente, no minimizar sus síntomas y reducir la angustia que los síntomas puedan provocarle.

En relación a los hábitos higiénico-dietéticos, se enfatizó sobre el riesgo de desnutrición que pueden provocar las dietas muy restrictivas. No obstante, se consideró a las modificaciones de los hábitos higiénico-dietéticos como un paso previo a la terapia farmacológica.

Cuando el síntoma predominante fuera el dolor abdominal, lo que se dio en llamar dispepsia tipo úlcera, se consensó que pese a no existir síntomas de alarma, está indicada la realización inicial de una endoscopia digestiva alta y de un estudio ecográfico del abdomen. En este sentido, los bajos costos de los estudios en nuestro medio, hacen favorable la relación costo-beneficio y permiten sugerir esta modalidad. Cuando en estos sujetos los estudios fueran negativos, se intentará con el empleo de inhibidores H₂ y de no ser efectivos en un lapso de 30 a 45 días, intentar con inhibidores de la bomba de protones. El agregado de psicofármacos puede ser

de gran utilidad en esta etapa, pudiendo combinarse ansiolíticos y antidepresivos. La refractariedad a estos tratamientos luego de 4 a 6 semanas llevaría a plantear con mucha cautela la posibilidad de orientar al paciente a una consulta psicoterapéutica.

Cuando el síntoma predominante es el malestar o lo que actualmente se llama *distress* postprandial y anteriormente se denominaba dispepsia tipo dismotilidad (distensión postprandial, saciedad precoz, eructos, estado nauseoso, vómitos, plenitud o somnolencia postprandial). La sugerencia es iniciar tratamiento con procinéticos, sin la necesidad de efectuar estudios en ausencia de signos de riesgo. De no obtenerse respuesta satisfactoria, intentar antidepresivos a bajas dosis, con o sin el agregado de ansiolíticos. En caso de falta de respuesta, se podrán adicionar los analgésicos viscerales (Trimebutina, bloqueantes cálcicos, sumatriptan, etc.)

Entendemos que la dispepsia funcional es un trastorno frecuente, muchas veces de difícil manejo y que requiere de mucho tiempo y paciencia para establecer el mejor tratamiento, el cual sólo se obtiene con una buena relación médico-paciente.

Referencia

1. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GN. Functionalgastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 (Suppl 2): 537-542.
2. Schmulson MJ, Mayer EA. Gastrointestinal sensory abnormalities in functional dyspepsia. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1998; 12: 545-556.
3. Malagelada JR. Functional dyspepsia. Insights on mechanisms and management strategies. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 25: 103-112.
4. Olden KW. Are psychosocial factors of aetiological importance in functional dyspepsia? *Baillieres Clin Gastroenterol* 1998; 12: 557-571.
5. Olden KW, Drossman DA. Psychologic and psychiatric aspects of gastrointestinal disease. *Med Clin. North Am* 2000; 84: 1313-1327.
6. Colm O'Morain, Role of *Helicobacter pylori* in functional dyspepsia *World J Gastroenterol* 2006; 12: 2677-2680.
7. Klaus Mönkemüller, Peter Malfertheiner, Drug treatment of functional dyspepsia *World J Gastroenterol* 2006; 12: 2694-2700.
8. Feinle-Bisset C, Horowitz M. Dietary factors in functional dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil.* 2006; 18: 608-618.