

## Diagnóstico de la dispepsia funcional

Carlos Gianoni

*Gastroenterólogo. Centro de Gastroenterología Ciudad de Rosario*

La dispepsia funcional se enmarca dentro de un grupo de situaciones clínicas diversas caracterizadas por la existencia de un trastorno de la función gastrointestinal. Dichas situaciones se han clasificado tradicionalmente como trastornos funcionales porque en su aparición no existe ninguna anomalía estructural o bioquímica subyacente, y esto plantea un dilema a la hora del diagnóstico.

¿Cómo hacer el diagnóstico? La anamnesis y el

examen físico. constituyen dos pilares fundamentales en el mismo. Dada las características de personalidad de estos enfermos, la relación médico-paciente es imprescindible. Se debe investigar el consumo de fármacos que producen irritación del tubo digestivo o alteran su motilidad (AINE, inh. COX-2, bloqueadores cálcicos, etc). Al mismo tiempo también se debe detectar la existencia de un estrés postraumático, como por ejemplo, el abuso sexual, e identificar a las personas que presentan un síndrome de disfunción somatovisceral, donde el paciente tiene, además, manifestaciones en otros siste-

---

*Correspondencia:* Carlos Gianoni  
*E-mail:* calgian@ciudad.com.ar

mas (migrañas, dispareunias, cistitis, crisis de pánico, fibromialgias, etc.). Al respecto la información aportada por los estudios bioquímicos va ser escasa o nula.

De acuerdo a la definición del Consenso de Roma II los criterios de diagnóstico de la dispepsia funcional, se refieren a:

1. Dolor o disconfort centrado en el abdomen superior (epigastrio) en forma persistente o recurrente.
2. Falta de evidencias de probable enfermedad orgánica que justifique los síntomas.
3. Falta de evidencia de que estos síntomas se alivien con la evacuación intestinal, o se encuentre asociada a alteraciones en el ritmo evacuatorio o a las características de las deposiciones.

Estos criterios debe tener una duración mínima de 12 semanas, no necesariamente consecutivas durante los últimos 12 meses anteriores.

Por tratarse de un trastorno motor funcional habrá que tener en cuenta el solapamiento existente entre las distintas disfunciones de este tipo, fundamentalmente, con la enfermedad por reflujo que oscila entre un 9-15%, y con el síndrome de intestino irritable hasta en un 46%.

Al mismo tiempo los Criterios de Roma II dividen la dispepsia funcional en tres tipos:

1. **Ulcerosa:** el síntoma predominante es el dolor o molestia centrado en el abdomen superior.
2. **Similar a la dismotilidad:** predomina una sensación desagradable o molestia sin llegar a ser dolorosa en la parte superior del abdomen, que puede asociarse a saciedad precoz, náuseas, etc.
3. **Inespecífica:** cuyos síntomas no cumplen los criterios de ninguna de las 2 anteriores.

En general se trata de llegar al diagnóstico mediante estudios no invasivos. De inicio se deberán tener en cuenta los siguientes factores para crear una estrategia clínica y para ser lo suficientemente coherente en el manejo de este tipo de paciente:

1. Edad del paciente.
2. Síntomas y signos de alarma.
3. Facilidad de acceso a la investigación.
4. Riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico.
5. Consecuencias económicas de esa decisión.

Los dos primeros determinarán la realización o no de estudios invasivos. Al respecto la *American Collage of Physicians* estableció como edad promedio para el inicio de los mismos los 50 años. Cabe aclarar que los

síntomas de alarma evidencian una gran confiabilidad en el manejo de los pacientes de 45 años o más.

En un estudio efectuado en Gran Bretaña, sobre una población de 940.000 pacientes, se diagnosticaron 169 cáncer gástrico, de los cuales solo 5 casos no presentaron signos de alarma. Esto pone en evidencia que en los pacientes por debajo de 45 años, sin signos de alarma, es poco probable la existencia de enfermedad orgánica.

¿Cuál sera el manejo de inicio?

Cuando son pacientes menores de 45 años, sin factores de riesgo ni signos de alarma, comenzar de con una terapia de tipo diagnóstico-terapéutico; administrando un inhibidor de bomba de protón, si la dispepsia es de tipo ulcerosa, o bien, con un proquinético si la sintomatología orienta a sospechar una dismotilidad.

El problema se planteó con aquellos autores que sostienen que la sintomatología manifestada por los pacientes es debido a la presencia del *Helicobacter pylori* (HP), para lo cual, la *Asociación Gastroenterológica Americana* estableció que ante la presencia de síntoma de dispepsia funcional se debe investigar la existencia del HP mediante métodos no invasivos como por ejemplo:

1. Anticuerpos anti HP.
2. Test de la ureasa, con Carbono 13 ó 14.
3. Antígenos en materia fecal.

Si estos pacientes tienen HP positivo, se recomienda tratamiento de erradicación; si son negativos, iniciar una terapia con IBP o proquinéticos según el caso.

Las pruebas serológicas para el HP tienen una sensibilidad del 85% y una especificidad del 79%, mientras que para las pruebas del test del aire expirado y los antígenos fecales, la sensibilidad y especificidad son sensiblemente superiores, del 93% y el 95%, respectivamente. Una revisión Cochrane llevó a la conclusión de que el método de estudio no invasor seguido de tratamiento para el HP era equivalente a una estrategia terapéutica endoscópica en términos de mejoría sintomática, pero que además evitaba la endoscopia y era costo-efectivo.

El objetivo de esta estrategia es separar la dispepsia HP positiva de la negativa.

Hay quienes discuten esta propuesta, Spiegel, considera que en ciertos lugares la prevalencia del HP, es baja, no considerando la necesidad de efectuarles este tipo de tratamiento. Así mismo, se ha visto que tanto los pacientes HP positivo y negativo tienen la

misma sintomatología, y aquellos con úlceras y HP positivo, más allá de que fue tratada la infección, en un 25% persistió el síndrome dispéptico.

¿Cuándo se estudia la dispepsia?

Solo en pacientes mayores de 45 años con síntomas o signos de alarma.

- Edad > 45
- Proctorragia o melena
- Pérdida de peso (> 10% del peso corporal)
- Anorexia o saciedad precoz
- Vómitos persistentes
- Anemia o hemorragia
- Ictericia
- Tumor abdominal o adenopatías
- Disfagia progresivo u odinofagia
- Historia familiar de cáncer GI alto
- Cirugías gástricas previas o cáncer
- Historia de úlcera pépticas

En los pacientes de la tercera edad, la pérdida de peso se considera como un signo natural de la dispepsia funcional y no como un signo de alarma.

En estos casos se pueden emplear los siguientes:

Rx. SEGD.

Rx. Tránsito de intestino delgado.

Ecografía abdominal.

Endoscopia y biopsia duodenal.

TAC de abdomen.

Ante la ausencia de patología orgánica o en pacientes menores de 45 y sin síntomas de alarma, en centros especializados se puede recurrir a estudios más específicos con el fin de correlacionar la sintomatología con las alteraciones fisiológicas que los originan, como por ejemplo:

pHmetría de 24 hs.

Manometría del tracto digestivo alto

Cámara gamma – radioisótopos Tc 99

Ecografía gástrica

Manometría antro – duodeno – yeyunal

TAC con emisión de positrones

Electrogastrografía cutánea .

Barostat

Barostat – Potenciales evocados

Estos demostraron ser poco efectivos, ya que solo existió correlación en un 20%- 40% de los pacientes estudiados.