



International Foundation for
Gastrointestinal Disorders

IFFGD
3015 Dunes West Blvd.
Suite 512
Mt. Pleasant, SC 29466
www.iffgd.org

(545-S)

© Copyright 2008 by the International Foundation for Gastrointestinal Disorders

Tratamiento la Dispepsia Funcional: Cuáles Son Sus Opciones?

Por: Brian E. Lacy, PhD, MD
Gastroenterología y Hepatología,
Dartmouth-Hitchcock, Lebanon, NH

División
Centro Médico

and

MD

Colegio de Medicina Feinberg Universidad de Northwestern, Chicago, IL

Michael P. Jones,
División Gastroenterología,

Tratamiento la Dispepsia Funcional: Cuáles Son Sus Opciones?

Por: Brian E. Lacy, PhD, MD, División Gastroenterología y Hepatología, Centro Médico Dartmouth-Hitchcock, Lebanon, NH and Michael P. Jones, MD, División Gastroenterología, Colegio de Medicina Feinberg Universidad de Northwestern, Chicago, IL

Definiendo Dispepsia Funcional

La dispepsia es un trastorno frecuente que afecta hasta el 30 % de la población general. Los síntomas de dispepsia incluyen dolor o molestias en el abdomen superior así como síntomas de quemazón, presión o plenitud. Estos síntomas están relacionados, muchas veces, aunque no necesariamente, con la comidas. Otros síntomas frecuentes son la sensación de plenitud temprana (saciedad precoz), náuseas, eructos y distensión. Mientras los síntomas de dispepsia pueden desarrollarse debido a enfermedades como la úlcera péptica o la gastritis, la gran mayoría de los pacientes con síntomas de dispepsia tienen diagnóstico de dispepsia funcional. La dispepsia funcional (DF) es un trastorno heterogéneo; dicho en otras palabras, una variedad de causas pueden llevar a tener síntomas similares. Algunos estudios sugieren que la DF es una condición crónica para muchos pacientes, con un 50% de pacientes aproximadamente, que continúan experimentando síntomas luego de 5 años de seguimiento.

Mientras que la definición de DF ha cambiado a lo largo de los años, el trastorno es generalmente considerado como un grupo de síntomas que se originan en el tracto gastrointestinal superior (estómago e intestino delgado superior) en ausencia de cualquier causa estructural (orgánica) o enfermedad metabólica que pudiera explicar los síntomas.

Lamentablemente, los síntomas de DF no proveen una guía confiable para la terapéutica.

Causas de Dispepsia Funcional

Las causas de dispepsia funcional son desconocidas y probablemente múltiples. Existe alguna evidencia que implica cierta predisposición genética. Aunque la

infección por *Helicobacter pylori* puede producir síntomas de dispepsia en un pequeño grupo de pacientes, existe poca información para apoyar el rol de esta bacteria como causante de los síntomas en la mayoría de los pacientes. Los factores psicológicos pueden influir en la experiencia del síntoma en algunos pacientes con dispepsia funcional.

Se han identificado cambios en la función gástrica en muchos pacientes con DF. En aproximadamente 40% de los pacientes con dispepsia, el estómago no se relaja normalmente en respuesta a una comida. Esto se conoce como “alteración en la acomodación gástrica” y puede estar asociada con síntomas de plenitud y presión en algunos pacientes. También se observan alteraciones de las contracciones y del vaciamiento gástrico en un porcentaje similar de pacientes. La alteración del vaciamiento gástrico ha sido asociada con síntomas de distensión y sensación de plenitud temprana. Al menos dos tercios de los pacientes con dispepsia funcional presentan mayor percepción de la actividad gástrica, lo que se denomina hipersensibilidad visceral.

Frecuentemente observada en la dispepsia funcional, la hipersensibilidad visceral no se encuentra especialmente asociada con ningún síntoma específico.

Opciones Terapéuticas

Dieta- La mayoría de los pacientes con DF tienen síntomas asociados con la ingesta de alimentos. Por ello, suelen hacerse una variedad de recomendaciones acerca de la dieta, aunque ningún estudio clínico ha evaluado formalmente a las intervenciones específicas de la dieta en el tratamiento de la DF. Existe información limitada para sugerir que la dieta grasa puede inducir o exacerbar síntomas y los pacientes suelen reportar mejoría con comidas bajas en calorías y comidas en porciones más pequeñas.

Erradicación del H. pylori- Aunque los estudios y el tratamiento para el H. pylori están recomendados y usualmente son utilizados, la erradicación de la infección por H. pylori generalmente no mejora los síntomas por no asociados con la úlcera péptica. En pacientes con DF existe un pequeño beneficio sobre el placebo en la erradicación del H. pylori y un reciente análisis encontró que solo uno de 14 pacientes con DF infectados con H. pylori se beneficia con el tratamiento.

Medicamentos que disminuyen el ácido- Los bloqueantes H₂ como la ranitidina, cimetidina, nizatidina o famotidina, son los agentes de uso inicial utilizados por los médicos de atención primaria y son parcialmente mejores que el placebo en mejorar el dolor en el abdomen medio-superior (epigastrio) aunque no mejoran los otros síntomas de dispepsia. Si los bloqueantes H₂ fallan en mejorar los síntomas, la mayoría de los médicos utilizan un inhibidor de la bomba de protones (IBP)-omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol o esomeprazol. Los riesgos a corto plazo de esta estrategia son bajos y esto puede proveer alivio de los síntomas en un pequeño número de personas, la mayoría de las cuales podían presentar reflujo ácido asintomático. Como grupo, los IBP son aproximadamente 10% superiores al placebo en mejorar los síntomas de dispepsia. Sin embargo, el uso a largo plazo de los IBP puede resultar costoso. Existe información reciente sugiriendo que el uso prolongado de IBP, al combinarse con otros factores de riesgo, pueden colocar a algunos pacientes en incremento de riesgo para colitis por clostridium difficile, neumonía de la comunidad y fractura de cadera. No obstante, el riesgo global del uso a largo plazo de los IBP parece ser relativamente pequeño.

Agentes proquinéticos y antieméticos- Los pacientes con náuseas deberían responder ante medicamentos que se orienten a un síntoma específico. Existe información limitada que sugiere que los síntomas de sensación de plenitud gástrica precoz, plenitud del abdomen superior y molestias luego de la comida, pueden responder ante el uso de medicamentos que incrementan la motilidad gastrointestinal (agentes proquinéticos).

Los medicamentos tales como la metoclopramida y la domperidona son en la actualidad las drogas más utilizadas. Desafortunadamente, la metoclopramida tiene efectos adversos significativos que incluyen la ansiedad, somnolencia, disminución de la libido, y tumefacción mamaria así como trastornos neurológicos del movimiento. La domperidona no está comercialmente disponible en los Estados Unidos si bien se la utiliza en la mayoría del resto de los países del mundo. La utilidad de la terapéutica proquinética en la dispepsia funcional, no está probada hoy en día.

Terapias de acción central- La mayor parte del control de las funciones y sensaciones digestivas están bajo el control del sistema nervioso central; las drogas que se dirigen a los mecanismos centrales de control pueden tener valor en el alivio de los síntomas. Los antidepresivos tricíclicos utilizados en dosis más bajas que las requeridas para tratar la depresión, pueden mejorar los síntomas de dispepsia en pacientes en los que no se han beneficiado con el tratamiento con los bloqueantes H₂ o los proquinéticos.

Otra clase de antidepresivos, los inhibidores de la recaptación de serotonina, no han sido bien estudiados en el tratamiento de la DF, sin embargo, aparecen como efectivos en el tratamiento de otros trastornos funcionales digestivos.

La hipnoterapia puede mejorar los síntomas de dispepsia en algunos pacientes y un estudio reciente halló que la hipnoterapia fue mejor que el tratamiento médico y la terapia de soporte en la mejoría de la calidad de vida y las escalas de síntomas. Aunque no están bien estudiadas las terapias psicológicas, incluyendo la terapia cognitivo conductual, también pueden mejorar síntomas de dispepsia.

Conclusiones

La dispepsia funcional es un trastorno digestivo frecuente que permanece pobremente comprendido. Las continuas investigaciones buscan definir las causas y el tratamiento efectivo. Actualmente los

Institutos Nacionales de Salud NIH) de USA está patrocinando un estudio multinacional y multicéntrico que espera poder definir mejor las causas y tratamientos para la DF. La descripción de este estudio está disponible en la página en <http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00248651>.

Traducido al Español por:

Dr. José Tawil y Dra. Laura Solé.
Gedyt S.A.
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica
Beruti 2347 PB
Capital Federal, BsAs, Argentina

Revisión Técnica:

Max J. Schmulson W., MD
Profesor Titular de Medicina,
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad
(HIPAM)-Departamento de Medicina Experimental,
Hospital General de México.
Dr. Balmis #148
Col. Doctores C.P.06726
México D.F.-México
Tel: 52-5556232673
Fax: 52-5556232669
E-mail: maxjulio@avantel.net

Las opiniones expresadas pertenecen al autor y no necesariamente aquellas de la Fundación Internacional para los Trastornos Funcionales Gastrointestinales (IFFGD). El IFFGD no garantiza o aprueba ningún producto descrito en esta publicación, ni ninguna aseveración realizada por el autor y renuncia a toda responsabilidad en relación al mismo.

Este artículo no intenta, de ninguna manera, reemplazar el conocimiento o diagnóstico de su médico. Le sugerimos ver a un médico ante cualquier problema de salud que suceda y requiera el cuidado de un experto.

La IFFGD es una 501(c)(3) organización educativa y de investigación sin fines de lucro. Nuestra misión es informar, asistir y apoyara personas afectadas por trastornos gastrointestinales. Para mayor información o permiso para reimprimir este artículo, escriba a IFFGDPO Box 170864, Milwaukee, WI 53217. Visite nuestros sitios web en: www.iffgd.org o www.aboutgerd.org.