

# Dispepsia

Dr. Juan Bautista WASMOSY



Prof. Titular de la Cátedra de Semiología Médica  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Asunción

## Definición

Dispepsia proviene de la palabra griega *dis* (mala), *peptin* (digerir), por lo que vendría a significar "mala digestión".

Según los criterios de Roma II<sup>(7)</sup>, la dispepsia puede definirse como *cualquier dolor, pesadez o disconfort en la parte central y superior del abdomen, en el epigastrio, asociado a distensión abdominal, meteorismos, eructos, náuseas y pocas veces vómitos, sensación de plenitud post prandial o saciedad precoz*.

Estos síntomas son crónicos y recurrentes por lo menos durante los últimos 12 meses y exacerbados en las últimas 12 semanas, sin que sean continuos.

En esta definición Roma II, no se incluye la piro-sis y la regurgitación que se consideran en un capítulo aparte "el reflujo gastroesofágico".

El 20 a 30% de la población general padece dispepsia, y en atención especializada la entidad es aún más frecuente, teniendo en cuenta que muchos de estos pacientes se automedican y no acuden a la consulta.

A su vez, un 20 a 30% de las dispepsias se asocia al síndrome de *intestino irritable*. En esta otra entidad los síntomas más frecuentes son: molestias en bajo vientre que ceden con la defecación, alteración del ritmo de la evacuación, constipación, diarrea o alternancias de ambas, cambio en la consistencia de las heces, distensión abdominal y secreción de moco por el ano.

## Tipos de dispepsia

Nos referiremos a las dispepsias no investigadas, las orgánicas y las funcionales.

La **dispepsia no investigada**, corresponde a aquellos pacientes que no fueron sometidos a endoscopia, por lo que no existe un diagnóstico concreto.

Dentro de las **Dispepsias orgánicas** el 30% de las mismas tiene causa en:

- la úlcera gastroduodenal,
- los fármacos: AINE, hierro, eritromicina, potasio, etc.
- cáncer gástrico,
- cáncer pancreático,
- litiasis vesicular,
- gastroparesia diabética,
- enfermedad celíaca,
- causas infrecuentes: uremia, hipotiroidismo, hipocalcemia.

La **Dispepsia funcional**: es aquella en la que, después de haber realizado endoscopia y descartado enfermedades orgánicas y *Helicobacter Pylori*, por exclusión se considera que no presentan patologías orgánicas. Se subdivide en:

- **Tipo ulceroso**: predomina el dolor.
- **Tipo dismotilidad**: predomina la saciedad, el meteorismo, eructos, náuseas.
- **Indeterminadas**.

La dispepsia funcional constituye el 60% de los casos y es muy importante estudiar en ellos estados de angustia, depresión, pánico o estrés laboral.

## Influencia de la sintomatología sobre la calidad de vida

Al igual que en el síndrome de intestino irritable, la dispepsia es debida generalmente a una enfermedad benigna.

No obstante, al ser crónica y recurrente su sintomatología altera la calidad de vida de los pacientes. A menudo acuden a consultorio repetidas veces y son sometidos a diversos estudios y presentan diversas alteraciones, ausentismo en el trabajo, etc.

## Fisiopatología de la dispepsia

Las causas de la dispepsia son variadas:

- 1- **Retardo en el vaciamiento gástrico**. Se ha comprobado con isótopos, manometría y ecografía gástrica. Está muy bien demostrado en los diabéticos que no tienen control metabólico de su glicemia, quienes tienen un retardo en la evacuación gástrica y presentan síntomas dispépticos.
- 2- **Hipersensibilidad de la pared gástrica a la distensión**. Se ha comprobado con balones. Estos pacientes toleran mal las bebidas gaseosas y fermentadas.

- 3- **Alteración de la percepción cerebral y función autosómica**.
- 4- **Helicobacter Pylori**. No hay evidencias ciertas que la presencia de *Helicobacter Pylori*, ocasione dispepsia, si bien es cierto que muchos pacientes que presentan *Helicobacter Pylori* y son tratados, mejoran su sintomatología, aunque no totalmente.

## Definición de Dispepsia funcional

Es un trastorno caracterizado por la alteración de la digestión, por un problema de atonía o neurológico. Se observa con mayor frecuencia en pacientes de menos de 40 años, generalmente de entre 20 a 30 años.

Se puede considerar la existencia de una dispepsia funcional en aquel paciente en quien luego de ser sometido a una endoscopia se ha descartado gastritis, úlcera y presencia de *Helicobacter Pylori* por ureasa o biopsia.

En el sexo femenino la dispepsia funcional es más frecuente (2/1). Cabe recordar que en la mujer el cáncer gástrico aparece a más temprana edad que en el varón, por debajo de los 40 años, se localiza en el fundus con poca sintomatología, es de tipo indiferenciado y de mal pronóstico.

Debe descartarse la **Litiasis vesicular**, que se caracteriza por historia familiar, antecedentes de cólico, pesadez post prandial, aversión a frituras, salsas y chocolates.

Si la ecografía es negativa, se debe solicitar una ecografía de las vías biliares y de páncreas.

El **cáncer de páncreas** empieza con una dispepsia y más tarde pérdida de peso, anemia, ictericia, dolor y masa palpable.

El **cáncer gástrico** puede tener antecedente familiar, historia de dispepsia, pérdida de peso, anemia, aversión a la carne, saciedad precoz y tumor palpable.

La **Enfermedad celíaca** siempre debe ser tenida en cuenta en la dispepsia cuando se realiza endoscopia alta, es necesario fijarse en la altura de los pliegues, de la segunda porción duodenal, buscando una imagen en peine a nivel de los pliegues o en mosaico, que significa atrofia vellositaria, y solicitar en esos casos los marcadores anti gliadina, antiendomiso y antitransglutaminasa, ya que estos pacientes celíacos pueden tener meteorismo y dolor abdominal, pero más en la región periumbilical y bajo vientre.

Debe realizarse un adecuado examen físico descartando ictericia, anemia, masa palpable. Es muy importante ver el aspecto distónico de estos pacientes: taquicardia, manos frías y sudorosas, y reflejos exaltados, temblor fino en los dedos de las manos. Todo esto es importante buscar en los dispépticos funcionales, además el buen interro-

gatorio sobre el área psíquica, ansiedad, depresión, angustia, pánico, estrés laboral, familiar o socio económico, etc. Otros estudios complementarios a indicar son: hemograma, glicemia, calcio, hormonas tiroideas. Orientan a dispepsia orgánica, además de la edad, que los síntomas sean de meses y no de años en forma ininterrumpida. En estos casos se impone la endoscopia, cualquiera sea la edad.

## Estrategia ante la dispepsia

En determinados casos se aplica un tratamiento empírico, como por ejemplo en una mujer menor de 40 años, sin antecedentes familiares de cáncer gástrico o litiasis vesicular. En estos casos es habitual que se realice un tratamiento asociando un **proquinético** y un **inhibidor de la bomba de protones**: **Omeprazol**, **Lansoprazol**, **Rabeprazol**, por 4 semanas. Si persisten los síntomas se impone una endoscopia.

El problema surge cuando se trata empíricamente a estos pacientes, si mejoran ya no vuelven, y lo que es peor, esta conducta puede originar demora en el diagnóstico de una patología orgánica y el retraso en el tratamiento correcto. Por estas razones no consideramos oportuna esta conducta.

Preferimos endoscopia, toma de biopsias para *Helicobacter Pylori* y de ser positivo, efectuar el tratamiento clásico con doble dosis de Omeprazol, 2 g de Amoxicilina y 1 g de Claritromicina, por 7 días.

## Tratamiento de la dispepsia

Preferimos la medicina basada en la evidencia, es decir, realizar un tratamiento después de descartar una lesión orgánica por medio de la endoscopia y erradicar el *Helicobacter Pylori*.

Complementariamente:

1. Es importante desarrollar una relación médico-paciente apropiada, para transmitir confian-

## Síntomas de alarma en la dispepsia

- Persona de más de 40 años
- Pérdida de peso
- Anemia
- Ictericia
- Disfagia
- Piro-sis
- Regurgitación
- Sangrado digestivo
- Hematemesis y/o melenas
- Antecedentes familiares de úlcera, cáncer gástrico o pancreático
- Enfermedad celíaca
- Masa palpable.

En todos estos pacientes se impone endoscopia y ecografía de abdomen superior.

za. Se debe afirmar que si bien es cierto que es una enfermedad crónica que tiene recaídas, se trata de una afección benigna, que hemos descartado una afección orgánica y sobre todo un cáncer.

2. Se debe evaluar la influencia de los factores psicosociales como desencadenantes de su sintomatología.

#### **Debe recordarse que el diagnóstico de la dispepsia funcional es por exclusión.**

Deben indicarse medidas higiénico dietéticas como evitar las bebidas gaseosas y fermentadas, el café negro, el alcohol, el tabaco, el mate, ingestión de AINE. Es conveniente además fraccionar la dieta en 4 a 6 comidas, con colación a media mañana y media tarde.

Adicionalmente, se debe procurar la erradicación del HP.

#### **Eradicación del Helicobacter Pylori**

Se indicará la asociación de inhibidores de la secreción ácida, proquinéticos y antibióticos.

Los *Inhibidores de la secreción ácida* se indicarán por 4 a 6 semanas: **Omeprazol** 20 mg/día, **Lansoprazol** 30 mg/día, **Pantoprazol** 40 mg/día, y luego reducir la dosis hasta dosis standard.

Los *Proquinéticos* actúan sobre la motilidad y los síntomas, sobre todo eructo, distensión, saciedad precoz, meteorismo, náuseas.

Cuando se presentan vómitos repetidos debe descartarse su naturaleza orgánica, y cuando no están precedidos de náuseas orientarse a causas biliares o pancreáticas, síndrome pilórico, obstrucción intestinal alta, etc.

Dentro de los proquinéticos:

- **Metoclopramida:** tiene efectos colaterales, atraviesa la barrera encefálica y produce rigidez tipo Parkinson.
- **Cisapride** ha sido abandonado por trastornos del ritmo cardíaco y muerte súbita.
- **Domperidona,** no atraviesa la barrera encefálica, no tiene trastornos en la conducción cardíaca. No necesita del citocromo P450 en el

hígado para el metabolismo, por lo que es el mejor proquinético a utilizar en la dispepsia. Mejora considerablemente la sintomatología, sobre todo las náuseas, eructos, distensión, y saciedad precoz. Asociado a un inhibidor de la secreción ácida que actúa sobre el confort o dolor, es la mejor asociación para tratar dispepsia, a la dosis de 25 mg cada 8 hs.

#### **Otras medidas terapéuticas**

*Antidepresivos a baja dosis.* La fluoxetina y la paroxetina así como los tricíclicos, son recomendados cuando a pesar del tratamiento con proquinéticos y anti-secretores, la sintomatología del paciente persiste.

*Psicoterapia.* El médico debe evaluar la aptitud del paciente frente a su enfermedad, combatir la depresión, la angustia, el pánico, y si hace falta conducir a su paciente al psiquiatra.

También la acupuntura, la gimnasia y el sauna son alternativas que pueden contribuir a aliviar las tensiones, y por tanto a mejorar la sintomatología de los pacientes con dispepsia funcional.

#### **Conclusión**

La dispepsia es una afección frecuente en el mundo, en Latinoamérica y en Paraguay.

Los médicos de atención primaria tienen la obligación de evaluar la sintomatología, de buscar antecedentes familiares de cáncer gástrico o pancreático, de litiasis o de enfermedad celiaca, insistir con la situación psico social de sus pacientes y conducir estos enfermos al gastroenterólogo para un mejor estudio, basado en la medicina de evidencia y no tratar empíricamente los síntomas que pueden corresponder a una enfermedad orgánica, perdiendo tiempo para su tratamiento correcto.

El diagnóstico de dispepsia funcional es solo por exclusión.

Un adecuado diagnóstico y tratamiento conducirá a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

#### **Bibliografía**

1. Talley NJ Silverstein MD, Agrus, Lnyren o Holtman G. Aga Technical Review, Evaluation of Dispepsia American Gastroenterological Association. *Gastroenterology* 1998, 114:582-595
2. Maese LG, Bytzer, P. The value of alarm featured indistinguishing causes of dyspepsia. *Can, J Gastroenterology* 2000, 14:713-720
3. Gisberg JP Pajares, JM Helicobacter Pylori test and scope strategy for dyspepsia patients. *Helicobacter* 2000, 2:57-68
4. Garcia Albes A Rota, R Barneys, M Abad A Test and trat and endoscopy are the cost-effective strategies for the management of dipepsia depending on the age of the patients. 18 Annual Meeting of the International Society of technology assessment in health care. ISTACHC, Berlin 2002
5. Masscott J, Marzo M, Alongo Coello P, Barneys Carballo Fernández M. Guia práctica clinica sobre el manejo del paciente con dispepsia. *Gasterol Hepatol* 2003, 26 (9): 571-613
6. Mansi C, Borro P, Giacomini Mbiagini R., Mele Mr, Pandolfo, N Savarino V Comparative effects of levosulpiride and cisapride and gastric emptying and symptoms in patients with functional dyspepsia and gastroparesis. *At Pharmacol Ther.* 2000 May 14(5) 561-569
7. Rome II A Multinational consensus document on functional gastrointestinal disorder *G Gut* 199 45 (supplentl) 37-42
8. Soo S, Forman D Delaney BC Moayyedi, PA Systematic review of psychological therapies for no ulcer dyspepsia *Am. J. Gastroenterol*, 2004, 99:1817-18-22
9. Drossman DA Funcional abdominal pain syndrome. *Clinical Gastroenterol, Hepatology* 2004, 2:353-365. Parr E clemente R Festa V
10. Pattern of syptoms in functional dyspepsia role of Helicobacter Pylori, infection and delayed gstric emptying. *AM. J. Gastroerol.* 1998, 93: 1222-1227
11. Valenzuela, J. Dispepsia funcional. Avances en gastroenterología en Latinoamérica. *Cinagraf impresión* 2004, Lima-Perú, Pág. 44-49