

Definición actual y sus cambios a través del tiempo. Epidemiología

Rodolfo Corti

Jefe Sección de Esófago y Estómago del Hospital de Gastroenterología, Dr C Bonorino Udaondo, Ciudad Autónoma de Bs As, Argentina

La Dispepsia funcional (DF) presenta en los últimos 20 años, desde 1985 hasta ahora, más de veinte definiciones. Vamos a analizar las más importantes, y vamos a ir viendo cómo los criterios para dar la definición de esta entidad han ido cambiando, de criterios clínicos a criterios fisiopatológicos, endoscópicos para volver nuevamente a criterios clínicos.

Pocas entidades han sufrido tantas modificaciones en su definición en las últimas dos décadas como la dispepsia funcional. Más de treinta se han acuñado en ese período.

En un principio era difícil definir estrictamente el término "dispepsia" como entidad nosológica, dado que no existía un acuerdo general sobre el significado científico de la misma. *Dyspepsia* deriva del griego y significa literalmente "mala digestión".

El síndrome es como un "iceberg" del cual, como muchas entidades del aparato digestivo, conocemos

algo de la parte que está sobre la superficie del agua y poco de aquella que está por debajo.

Sin lugar a dudas yo creo que en estos últimos 20 años hay dos o tres excelentes revisiones de la dispepsia funcional: una, la que hizo Chiba en el año 1998, y otra, los Consensos de Roma I y II en el '90 y el '99, que son sin lugar a dudas las mejores revisiones del tema.

Además, cabe mencionar que en la literatura latina existen algunas definiciones de la dispepsia funcional. Sin ir más lejos, desde principios y mediados del siglo XX, se han brindado aportes tanto en España como en nuestro país.

En el año 1985 el *American College of Physicians* desarrolla la primera definición de dispepsia que permite difundirse por todo el mundo, y la definía palabras más, palabras menos, como un dolor o disconfort epigástrico sin alteración del ritmo evacuatorio. Posteriormente, en el año 1988, en el Simposio que coordinó el Dr Collin Jones en Gran Bretaña, utiliza en la definición un criterio puramente

Correspondencia: Rodolfo Corti
E-mail: rodolfocorti@hotmail.com

clínico: la define como un dolor en el semiabdomen superior, retroesternal o un disconfort referido al tracto gastrointestinal superior.

Posteriormente, en Suecia, Olaff Nyren, otro de los autores que muchísimo ha escrito sobre este tema, habla de lo que llama el síndrome de *distress* epigástrico como una forma de dispepsia en la cual deben cumplirse estos criterios: un criterio clínico, dolor epigástrico, recurrente o crónico, con o sin sensación de plenitud, saciedad precoz, náuseas o vómitos, exclusión de los síntomas de intestino irritable y ausencia endoscópica de úlcera péptica u otras lesiones orgánicas gastroduodenales, excepto la gastritis y duodenitis crónicas, que él las consideraba asintomáticas. Es decir, utilizaba un criterio de definición clínico y endoscópico.

Posteriormente volvemos a un criterio puramente clínico, cuando Nicolas Talley, en Australia y Sydney Phillips, en la Clínica Mayo, definen la dispepsia como un dolor crónico abdominal o recurrente, de más de tres meses de evolución o náuseas, las cuales pueden o no tener relación con las comidas.

Volvemos, ya en la década del '90, a un criterio puramente fisiopatológico. Para D Wingate la dispepsia era una forma de desorden funcional del estómago y duodeno, que, como el autor la categoriza, se trataba de una malfunción de órganos digestivos en ausencia de lesiones patológicas, o dicho de otro modo, un desorden fisiopatológico en ausencia de una patología orgánica identificada. Esta definición, fisiopatológica, es seguida al año siguiente por Juan Ramón Malagelada y Fermín Mearín, quienes definen la dispepsia como la percepción anormal de las funciones fisiológicas normales del tracto digestivo superior.

En el inicio de la década del '90 predominaban los criterios clínicos, endoscópicos y fisiopatológicos para definir la dispepsia.

A partir de aquí, ya comienza a usarse solo el criterio clínico en el diagnóstico.

En el Consenso de Roma I se habla de un dolor o disconfort centralizado en el abdomen superior, y en las Guías que establece la Sociedad Británica de Gastroenterología en el año 1999 la definen como un grupo de síntomas que alerta a los médicos a considerar una enfermedad del tracto digestivo superior, es decir, criterios puramente clínicos, y cuando Chiba hace la revisión que publica en el año 1999 del tema, la define como un complejo sintomático y no un diagnóstico y habla de dispepsia estructural si se halla una lesión orgánica en la

investigación y si no se halla la clasifica como funcional, estableciendo los 4 subgrupos que también establece Roma I y que después se transforman en 3 subgrupos, cuando aparece Roma II. Es decir, hasta aquí existían todavía criterios clínicos y endoscópicos.

¿Cómo definía la DF el Consenso de Roma II? Es muy similar a Roma I, pero agregando algunos criterios diagnósticos: por lo menos debe existir un dolor o disconfort durante 12 semanas, no necesariamente consecutivas en los últimos 12 meses, dolor persistente o recurrente o dolor/disconfort centralizado en el abdomen superior sin evidencia de enfermedad orgánica que explique los síntomas, incluyendo una endoscopia digestiva alta, no evidencia de alteraciones en la defecación, en la forma o la frecuencia de la misma; o sea, no síntomas referidos al intestino irritable. Es decir, que aquí los criterios son fundamentalmente clínicos.

D. Wingate, en el Congreso Mundial de Tailandia en el año 2002, incluye la dispepsia dentro de lo que él clasificó como la “dismotilidad gastrointestinal”.

Tanto en nuestro país como en España se han dado algunas definiciones que merecen ser mencionadas.

En el año 1952 Marcelo Royer estableció que las dispepsias eran situaciones en las cuales existían disturbios funcionales, motores, sensitivos y secretores del estómago que se combinaban entre sí para dar origen a dos grandes síndromes: el que denominó en ese momento “hiposténico”, hoy dispepsia tipo dismotilidad, y el “hiperesténico”, hoy dispepsia de tipo ulceroso. Destacaba la ausencia de toda lesión orgánica grosera gástrica o duodenal, y en este sentido los autores españoles del grupo de Pedro Pons, también mantenían una terminología muy parecida.

¿Ahora bien, qué ocurre con la epidemiología en rasgos generales?

La dispepsia funcional tiene una incidencia anual en los estudios de buen diseño del 1%. Los síntomas desaparecen en un rango estimado del 10 al 20% anual y la recurrencia oscila entre el 20 y el 25% al año. En la actualidad la mayoría de los estudios incluyen entre un 50 y un 80% de pacientes que pueden incluirse en uno de los tres subgrupos de dispepsia funcional como establece Roma II, y hay una superposición con síntomas de síndrome de intestino irritable y reflujo gastroesofágico que oscila entre el 9 y el 15%.

Es una enfermedad absolutamente cosmopolita; no respeta países del primer mundo o del tercer mundo en cuanto a prevalencia. En Estados Unidos,

Drossman maneja una prevalencia del 25,8% del tipo dismotilidad y del tipo reflujo 32,6%. Talley, en Australia, una cifra muy similar; C Jones, en Inglaterra, llega al 38%; Holtman, en Alemania, 29,3%; Kay, en Dinamarca, 50,6%; Scemper, en Holanda, 25,2; Kurata, en un trabajo muy interesante de Japón, en los tres subtipos define en el tipo ulceroso una prevalencia del 13,7%, la tipo dismotilidad entre el 20 y el 63% y la tipo reflujo entre 11,5 y 70%, y recientemente Jorge Olmos en el Congreso Americano de Gastroenterología, observó, en un grupo de más de 800 individuos encuestados, que la dispepsia funcional en la Argentina tiene una prevalencia del 39,5%, y a diferencia de lo que ocurre en otras partes del mundo, acá se invierte la relación: la dispepsia en el subgrupo tipo ulceroso se ve en el 69% y la dispepsia tipo dismotilidad en el 31%.

¿Qué ocurre con la superposición de síntomas con intestino irritable o reflujo gastroesofágico? La superposición de síntomas globalmente es del 9% según trabajos de David Graham en el año 1998, de Nicolas Talley en el año 1999 y de Jorge Olmos en el 2005. La tercera parte de los pacientes con dispepsia funcional, según Nicolas Talley, tienen síntomas de intestino irritable superpuestos y el 15% de los pacientes con dispepsia funcional tiene también síntomas de reflujo gastroesofágico.

El Consenso de Roma II, Nicolas Talley y Richard Heiding, excluyen la dispepsia tipo reflujo de los subgrupos de dispepsia, recomendando que este tipo de pacientes sean tratados con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico, y observan que la tercera parte de esos pacientes no presenta un aumento en el reflujo ácido, ni responde al tratamiento con drogas inhibidoras de la secreción ácida, por lo cual deberían ser considerados, la tercera parte de ellos como dispépticos realmente.

Como conclusion les podría decir que en el último cuarto de siglo se han propuesto más de treinta definiciones de dispepsia funcional.

Predomina en la definición un criterio clínico y secundariamente fisiopatológico y que los Consensos de Roma I y Roma II establecieron hasta la actualidad los criterios diagnósticos.

La prevalencia de dispepsia en el mundo oscila entre el 25,8 y el 50,6%, y en nuestro país alcanza el 39,5%. Predomina en el mundo el subgrupo tipo dismotilidad, entre el 31 y el 63,2%, mientras que en nuestro país el subgrupo que predomina es el tipo ulceroso en el 69% de los individuos. La incidencia anual es muy incierta, aunque los estudios de buen diseño señalan aproximadamente un 1%. La recurrencia anual es del 22,5% y la superposición entre síntomas de intestino irritable y de reflujo oscila entre el 9 y el 15%.