

Visión del clínico

Antonio Raúl de los Santos

Especialista en clínica Médica del Hospital de Clínicas, Ciudad Autónoma de Bs As, Argentina

La dispepsia tiene para los clínicos varios aspectos de interés: su elevada frecuencia, su larga evolución, su alta y persistente cuota de incertidumbre, dado que a diferencia de las entidades definidas en el modelo biomédico predominante de enfermedades caracterizadas por alteraciones estructurales y/o químicas o biofísicas en la dispepsia solo debemos basarnos en la percepción del paciente de su estado de salud o enfermedad.

Las distintas definiciones de dispepsia, basadas todas en combinación con manifestaciones subjetivas, plantean desde el comienzo una dificultad conceptual, dado que estos síntomas son compartidos con afecciones muy diversas, algunas de grave pronóstico.

Para Roma II (Consenso Multinacional sobre los Trastornos Gastrointestinales Funcionales publicado en 1999): dolor o malestar centrado en el abdo-

men superior por lo menos 12 semanas (no necesariamente consecutivas) durante los últimos 12 meses, en ausencia de lesión estructural o bioquímica que los explique.

Para la British Society of Gastroenterology: cualquier síntoma originado en el tracto digestivo superior (epigastralgia, malestar, ardor, reflujo, náuseas o vómitos) presente durante 4 semanas o más.

En la práctica corriente estos criterios se van corroborando en las sucesivas entrevistas, por lo que lo estricto de las definiciones sirve más que como diagnóstico definitivo como marco conceptual evolutivo, integrando en el tiempo la observación clínica con los resultados de los exámenes complementarios.

Dada la naturaleza subjetiva de la definición es fácil comprender la variabilidad en las estimaciones en distintos medios de la prevalencia de la dispepsia.

Por tratarse de síntomas poco iatrotropicos no todos los pacientes con dispepsia consultan, por lo

Correspondencia: Antonio Raúl de los Santos
E-mail: adlsantos@intramed.net

que es muy probable que los que constituyen las bases de datos estudiadas pertenezcan a un subgrupo pequeño y sesgado, un iceberg, que por diversas razones han decidido buscar ayuda médica.

Se estima que en el Reino Unido la prevalencia de los síntomas de dispepsia en la población general oscila entre 23% y 41%, y que sólo aproximadamente la cuarta parte de estos pacientes consulta a un médico.

La prevalencia varía según el estudio se efectúe en consultorios de atención primaria o especializada, así como también según el nivel social y sistema de financiamiento de la atención.

En consultorios generales del sistema socializado de atención en el Reino Unido alrededor del 4% de las consultas son por dispepsia. De estos casos el 10% (4 de cada 1000 consultas) motivarán derivación para estudios especializados.

Cabe señalar que es muy frecuente la imbricación de síntomas de dispepsia con manifestaciones de compromiso funcional digestivo alto y bajo.

En esta figura, con un esquema de Venn se puede ver la superposición de ardor retroesternal, reflujo y dispepsia.

Un estudio de W.H. Curioso en una comunidad de la selva peruana (Rev Gastroenterol Perú 2002;22) mostró una prevalencia de la dispepsia de 37.6% y de síndrome de intestino irritable de

22.0%. De los sujetos con dispepsia el 38% tuvieron síndrome de intestino irritable. De los sujetos con SII el 65% reportó síntomas de dispepsia.

El otro hecho significativo evidenciado por este trabajo es que la dispepsia es una entidad que trasciende los límites etno-culturales y no queda circunscripta a ámbitos con el estrés propio de la civilización occidental moderna.

En cuanto al diagnóstico, se ha repetido reiteradamente que la variabilidad interindividual es característica, dependiendo del contexto cultural, de la riqueza del lenguaje, de su valor simbólico y sus fluctuaciones a lo largo del tiempo.

Se excluyen taxativamente los dolores en el hipocondrio derecho e izquierdo, limitando la localización al epigastrio. Obviamente se intenta excluir a la antigua dispepsia biliar, término que despierta horror entre los gastroenterólogos, pero que los clínicos generales siguen utilizando.

La limitación de las molestias a la línea media tiene un sustento en la embriología, en la anatomía y en la fisiopatología del dolor visceral dado que los órganos digestivos proximales conservan su ubicación inicial a diferencia de los distales que después de sucesivas rotaciones terminan ocupando en el adulto lugares muy distantes de sus sitios de origen.

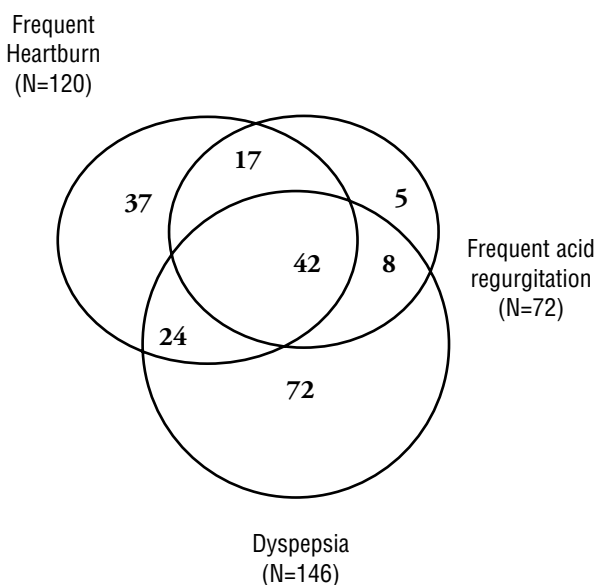
Es interesante recordar que la sintomatología de la apendicitis aguda empieza con un dolor medio epigástrico, debido a que, si bien el apéndice está en la fosa ilíaca derecha, posee inervación sensitiva de un órgano originado en la línea media.

Las características de los síntomas son pobres predictores de la naturaleza o severidad de la lesión subyacente.

Sólo alrededor del 50% de los pacientes con síntomas clásicos de úlcera muestran la lesión en la endoscopia. Muchos pacientes con úlcera no presentan epigastralgia.

El ardor retroesternal es el rasgo más característico del reflujo gastroesofágico; sin embargo un estudio encontró igual frecuencia de este síntoma y de epigastralgia en pacientes con úlcera duodenal. (Chiba, y col; 2003).

A pesar de esto la anamnesis es muy importante porque además de constituir la base de la definición del cuadro, permite detectar la aparición de otros elementos que pueden orientar hacia el diagnóstico de entidades graves; esto es el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma.



Fuente: Am J Gastroenterol © 2004 Blackwell Publishing

Diagnóstico de los pacientes dispépticos

¿Cuáles son los planes de estudio adecuados para estos pacientes? La pregunta fundamental es decidir si los síntomas son debidos a un proceso funcional, de buen pronóstico, o bien son expresión de una lesión estructural con posibilidad de complicaciones o de mortalidad.

Esta pregunta es respondida en base a una afirmación de validez discutible y variable: los jóvenes tienen menos probabilidad de padecer enfermedades estructurales (en particular neoplasias) que los pacientes de mayor edad.

¿Cuál es el límite de edad? Considerando la gran variabilidad imputable a factores ambientales y genéticos, se acepta como valor de corte la edad de 55 años.

Para pacientes menores de 55 años se sugieren dos posibilidades:

- a) Endoscopia como conducta inicial, terapéutica para supresión secreción ácida, investigación de *H. pylori* y eventual tratamiento.
- b) Estrategia de investigación no invasiva de *H. pylori* y su tratamiento que se ha visto es tan efectivo como el manejo con endoscopia inicial.

Sin embargo la prevalencia en nuestro medio de la infección por *H. pylori* es baja, por lo que su participación en la patogenia de la dispepsia también debe serlo. Por otra parte el tratamiento eficaz de la infección no es seguro que mejore los síntomas dispépticos.

Es importante en una afección de tan alta prevalencia considerar en las conductas propuestas su factibilidad desde los puntos de vista instrumentales y de financiamiento, ya sea por pago directo de los pacientes o a través de los múltiples sistemas de cobertura médica.

En los mayores de 55 años, en cambio, se recomienda poner en marcha inicialmente exámenes complementarios que permitan descartar lesiones severas; estamos hablando de la úlcera péptica y el cáncer. Para estos pacientes, así como para los que a cualquier edad presenten signos de alarma, el primer paso diagnóstico será la endoscopia alta. En este punto hay acuerdo en la literatura reciente.

El planteo de la endoscopia involucra siempre la participación de gastroenterólogos especializados con recursos técnicos adecuados.

Tratamiento de los pacientes dispépticos

El enunciado quiere señalar que la dispepsia tiene entidad sólo en la consideración global del individuo afectado y que por consiguiente el éxito del tratamiento dependerá del manejo integral del paciente y no de una medicación aislada dada para corregir un trastorno funcional o una alteración anatómica.

El primer paso consiste en la instrucción del paciente sobre la naturaleza de su afección. Este "empoderamiento" es fundamental para aliviar temores expresos u ocultos sobre la aparición presente o futura de tumores, para que los pacientes reconozcan y eviten los factores personales agravantes, para que colaboren con las medidas terapéuticas indicadas y sobre todo acepten un padecimiento de larga evolución que si bien no mata, puede influir sobre la calidad de vida.

Hábitos higiénico-dietéticos

En los hábitos dietéticos corresponde considerar lo que se come, pero también cómo se come, en qué circunstancias y el valor simbólico que los alimentos pueden llegar a tener.

Es interesante recordar que el tubo digestivo tiene complejos sistemas nerviosos y endocrinos propios, y que los alimentos constituyen los estímulos naturales de los mismos.

No existe una prescripción dietética única invariablemente exitosa. Como en otras indicaciones es imprescindible que el médico analice con su paciente los detalles de la dieta y que ésta siempre tenga un carácter flexible según la evolución de los síntomas.

En cambio, es más concluyente y firme la indicación de suspender el hábito de fumar en todas sus formas. El tabaco es un tóxico con aceptación y a veces estímulo social responsable de numerosas afecciones; entre otras, es la causa más importante de mortalidad evitable en Occidente mediante su participación en el cáncer de pulmón y en la enfermedad coronaria. Entre ésta, su participación en la determinación de síntomas dispépticos es de significación menor; pero como beneficio secundario si el dispéptico deja de fumar por influencia directa de su médico, quizá se proteja contra males mayores que el malestar o el dolor epigástrico.

La psicoterapia tiene un rol discutido. Esto es explicable por la variabilidad de los síntomas, la diversidad de sus orígenes y las dificultades de disponer

de estudios psicoterapéuticos correctos en su diseño, número de pacientes, criterios de evaluación y posibilidad de reproducción de los resultados. No obstante, así como afirmamos que no existe una dieta única e infalible, también se debe saber que algunos casos pueden mejorar con psicoterapia reglada.

De lo que no cabe duda es que es sumamente efectiva la psicoterapia instrumentada en toda relación médico-paciente adecuada, entendiendo por tal a aquella en la que el paciente confía y el médico asume la responsabilidad técnica y ética a que esa confianza obliga.

Tratamiento farmacológico

La multiplicidad de medicamentos empleados sugiere que no hay uno fundamentalmente útil.

La ponderación de los resultados se ve dificultada por el gran efecto placebo de los medicamentos empleados en esta indicación. A nivel individual es imposible para un médico en su consultorio saber cuál será la medicación más adecuada para un paciente determinado. En estas circunstancias la conducta más indicada es la de prueba y error.

Se recomiendan tratamientos cortos e intermitentes con diversas drogas y sólo para los pacientes que lo requieran; es decir, no es obligatorio que un paciente que tenga dispepsia deba ser medicado.

Proquinéticos o bloqueantes de la secreción ácida, proquinéticos y bloqueantes de la secreción ácida, o bloqueantes de la secreción ácida y proquinéticos, quedan un poco librados a criterio del médico, al perfil predominante de los síntomas, a experiencias del paciente con medicaciones anteriores, etc.

Meineche-Schmidt V, Talley NJ, Pap A, Kordecki H y col describen que los bloqueantes H₂ (ranitidina y cimetidina) y los BBP (omeprazol) son superiores a placebo, sobre todo en pacientes con epigastralgia o ardor, sin resultados entre los que presentan saciedad o náuseas.

El efecto terapéutico beneficioso a largo plazo puede suponerse ante la respuesta favorable dentro de la primera semana.

No hay trabajos concluyentes acerca de la utilidad de los antiácidos, de los citoprotectores (sucralfato, análogos de las prostaglandinas), ni de proquinéticos en el tratamiento de la dispepsia, lo que no

quiere decir que no sirvan incidentalmente en pacientes individuales, porque aunque no esté verificado por la medicina basada en evidencias, no significa que esté prohibido.

Los antidepresivos han resultado efectivos en algunas ocasiones, aunque es difícil aceptar sin dudas su acción a través de la esfera psíquica, porque según la estructura química, poseen diversidad de otras acciones, por ejemplo, incremento la neuroplasticidad, promoción de la multiplicación neuronal, bloqueo de la conducción nerviosa, antagonismo colinérgico periférico.

La erradicación del *H. pylori* es una posibilidad que debe intentarse por la dispepsia en sí y por su actividad patogénica en otros sentidos. Sin embargo, los resultados en dispepsia no son muy alentadores.

Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, y col en un meta-análisis de 2.541 pacientes observados durante 3 a 12 meses con tratamiento de erradicación de HP encontraron una significativa reducción del número de pacientes sintomáticos después de la erradicación de HP: 9% de los pacientes con dispepsia funcional con test positivo para HP se beneficiaron con la erradicación. El efecto puede expresarse como número de pacientes necesario a tratar de 15.

Pronóstico

La dispepsia es una entidad que no mata, pero tiende esencialmente a la cronicidad. En un control evolutivo a diez años es probable que dos tercios de los pacientes dispépticos sigan siéndolo.

Esto significa que no se dispone de recursos curativos adecuados y que los intentos terapéuticos deben dirigirse al mejoramiento circunstancial con la mejor relación beneficio-costos, comprendiendo en este último no sólo el gasto en dinero, sino otros tipos de cargas, en particular las de efectos adversos tal como enseñaron recientemente los estudios sobre complicaciones cardíacas en pacientes tratados con cisaprida.