Trastornos funcionales digestivos, ¿un problema exclusivo de sociedades occidentales?

Rey Díaz-Rubio E. Trastornos funcionales digestivos, ¿un problema exclusivo de sociedades occidentales?. An Med Interna (Madrid) 2002; 19: 1-2.

Los trastornos funcionales digestivos, y en especial el síndrome de intestino irritable, están adquiriendo una creciente importancia en sociedades occidentales como la nuestra (1). Los motivos para ello son su alta prevalencia y el alto coste económico, social y personal que suponen. De hecho, las consultas de atención primaria y la consultas de gastroenterología son ocupadas en un alto porcentaje por estos pacientes y las posibilidades terapéuticas disponibles son limitadas.

Se ha pensado durante décadas que los trastornos funcionales digestivos eran un problema exclusivo de las sociedades desarrolladas; de alguna forma, el precio a pagar por el "bienestar". Los estudios epidemiológicos nos muestran que quizá esto no es exactamente cierto. Se ha señalado una frecuencia de síndrome de intestino irritable en países en vías de desarrollo, similar a la de sociedades occidentales. Así, se ha observado una alta incidencia en subgrupos de población, como un 43,5% entre estudiantes de medicina en Nigeria (2), y un 9% entre personas jóvenes de Brasil (3), aunque los estudios dirigidos a la población general muestra resultados discrepantes, con una baja prevalencia, de un 2,3% en Singapur (4) y un 3% en Irán (5).

El trabajo de Bujanda y colaboradores que se publica en este número de Anales de Medicina Interna, (6) fruto en gran medida del esfuerzo personal y desinteresado de los autores por colaborar en una zona sanitariamente muy deficitaria, nos muestra que los trastornos funcionales digestivos representan un gran número de consultas digestivas también en este ámbito. Esto invita a la reflexión, y nos lleva a pensar que lo que cambia es la importancia social que se le puede conceder y de alguna forma nos muestra que el problema de los trastornos funcionales digestivos se encuentra en el sentido personal y social de "bienestar" y "salud". En una sociedad como la nuestra donde el sentido de la "omnipotencia" de la medicina prevalece y nuestros miedos y preocupaciones se centran en el "cáncer", es lógico pensar que el "bienestar y la salud" son la capacidad óptima para desarrollar todas las funciones físicas, personales y sociales deseadas. En una sociedad en desarrollo, donde la principal causa de mortalidad es la materno-infantil y

donde probablemente el cáncer no es un problema relevante (porque difícilmente se alcanza la edad para padecerlo) el concepto de "salud y bienestar" es probablemente mantener la capacidad para subsistir. De alguna forma, la "calidad de vida" frente a simplemente la "vida". Retrotrayéndonos al inicio, parece que los trastornos funcionales digestivos no son producidos por el desarrollo, por la occidentalización de la sociedad, sino por la importancia personal y social que se le concede a estos síntomas.

Sin lugar a dudas, el primer problema que plantean los trastornos funcionales digestivos en una sociedad como la nuestra es su diagnóstico. No existe un algoritmo diagnóstico unánimemente aceptado, (7) especialmente en lo referente a los estudios diagnósticos que deben realizarse, pero sí existe un consenso respecto a su diagnóstico clínico (8,9). El trabajo de Bujanda et al, plantea de forma indirecta una cuestión interesante: ¿son válidos los criterios diagnósticos en una población en desarrollo? Aunque el trabajo no permite responder a esta pregunta y presenta limitaciones metodológicas (derivadas sin duda de las carencias del medio), sus resultados invitan nuevamente a la reflexión. Llama la atención como la aplicación de los criterios clínicos de síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional permite razonablemente clasificar a los pacientes y esto ocurre en una población de pacientes relativamente jóvenes (edad media 37 años); en nuestra práctica clínica, con un estudio diagnóstico adicional limitado, sería suficiente para aceptar el diagnóstico de trastorno funcional. Más de la cuarta parte de los pacientes clínicamente clasificados como trastorno funcional a los que se estudió parásitos en heces, fueron diagnosticados finalmente de una parasitosis intestinal. Esta alta incidencia nos sugiere que los criterios clínicos para el diagnóstico de trastorno funcional no son suficientes en países en vías de desarrollo y que posiblemente sería necesario realizar rutinariamente un estudio de parásitos en heces a todos los pacientes con sintomatología digestiva. Este problema está evidentemente ligado a las condiciones sociales e higiénico-sanitarias del medio y nuevamente nos señala que las prioridades de actuación médica en países en desarrollo deben dirigirse también a aspectos más básicos que el diagnóstico y tratamiento médico.

El tercer aspecto que plantea el estudio de Bujanda et al, es la posible participación de las infestaciones parasitarias en la patogenia y fisiopatología de los trastornos funcionales. El origen de los trastornos funcionales digestivos es desconocido y las hipótesis fisiopatológicas se vertebran sobre tres pilares: la presencia de alteraciones de la percepción visceral, la existencia de alteraciones de la motilidad digestiva y las alteraciones de la reactividad emocional. Existen evidencias para señalar que estos tres factores están muy relacionados entre sí y especialmente de la conexión entre el sistema nervioso central y el sistema nervioso entérico (que controla el funcionamiento digestivo) constituyendo lo que se conoce como eje cerebro-entérico (10). Se ha señalado el posible papel que juegan las infecciones en la génesis del síndrome de intestino irritable. Así, se ha comprobado que los pacientes que han sufrido una gastroenteritis tienen un riesgo aumentado de sufrir posteriormente un síndrome de intestino irritable (11,12). Sin embargo, no es la infección por sí misma la que parece ser responsable de la génesis de los síntomas. Un estudio prospectivo ha demostrado que el desarrollo de síndrome de intestino irritable en pacientes que han sufrido una gastroenteritis se relaciona fundamentalmente con factores psicológicos (13). Estos resultados destacan si cabe la gran importancia que tiene la esfera psíquica (reactividad emocional, estados psicopatológicos, estrés) en el funcionamiento digestivo, no solo en trastornos puntuales que todos hemos sufrido en momentos de estrés agudo, sino, lo que es más importante,

para determinar estados de malfuncionamiento permanentes (14). Esta inadecuada reactividad se ha puesto en relación con factores inflamatorios, especialmente un aumento de la población de mastocitos (15). No existe información previa respecto al posible papel que puedan jugar las infestaciones parasitarias en la génesis del síndrome de intestino irritable, pero lo cierto es que ciertas infecciones parasitarias se utilizan para crear modelos experimentales de trastornos de la función digestiva (16,17). Esto nos indica el potencial que tienen los parásitos para generar alteraciones motoras y sensitivas viscerales más allá de la infección aguda.

En definitiva, el trabajo de Bujanda et al, nos hace partícipe de la realidad de la patología digestiva en un área sanitariamente desfavorecida como Guatemala, trasladándonos su sorpresa ante la abundancia de patología funcional digestiva. Sugiere además que el estudio diagnóstico necesario pudiera ser diferente, siendo preciso descartar parasitosis intestinal y señala la posibilidad de que las parasitosis pudieran tener alguna relación con el desarrollo ulterior de síndrome de intestino irritable.

E. REY DÍAZ-RUBIO

*Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

Bibliografía

1. Díaz-Rubio M, Rey Díaz-Rubio E, Taxonera C. Síndrome del Intestino Irritable. In: Díaz-Rubio M, ed. Trastornos Motores del Aparato Digestivo. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996: 231-238.
2. Olubuyide IO, Olawuyi F, Fasanmade AA. A study of irritable bowel syndrome diagnosed by Manning criteria in an African population. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 983-985.
3. Sobral DT, Vidigal KS, Farias. [Digestive symptoms in young individuals: survey among medical students]. *Arq Gastroenterol* 1991; 28: 27-32.
4. Ho KY, Kang JY, Seow A. Prevalence of gastrointestinal symptoms in a multiracial Asian population, with particular reference to reflux-type symptoms. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1816-1822.
5. Massarrat S, Saberi-Firooz M, Soleimani A, Himmelmann GW, Hitzges M, Keshavarz H. Peptic ulcer disease, irritable bowel syndrome and constipation in two populations in Iran. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995; 7: 427-433.
6. Bujanda L, Gutierrez-Stampa MA, Caballeros CH, Alkiza MA. Trastornos gastrointestinales en Guatemala y su relación con infecciones parasitarias. *An Med Interna (Madrid)* 2002; 19: 3-6.
7. Fass R, Longstreth GF, Pimentel M, Fullerton S, Russak SM, Chiou CF, Reyes E, Crane P, Eisen G, McCarberg B, Ofman J. Evidence- and consensus-based practice guidelines for the diagnosis of irritable bowel syndrome. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2081-2088.
8. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement: irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1997; 112: 2118-2119.
9. Jones J, Boorman J, Cann PA, Forbes A, Gomborone J, Heaton KW, Hungin AP, Kumar D, Libby G, Spiller R, Read NW, Silk DB, Whorwell PJ. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut* 2000; 47 (Suppl II):II11-II19.
10. Mearin F, Cucala M, Azpiroz F, Malagelada JR. The origin of symptoms on the brain-gut axis in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1991; 101: 999-1006.
11. García Rodríguez LA, Ruigomez A. Increased risk of irritable bowel syndrome after bacterial gastroenteritis: cohort study. *BMJ* 1999; 318: 565-566.
12. Neal KR, Hebden J, Spiller R. Prevalence of gastrointestinal symptoms six months after bacterial gastroenteritis and risk factors for development of the irritable bowel syndrome: postal survey of patients. *BMJ* 1997; 314: 779-782.
13. Gwee KA, Leong YL, Graham C, McKendrick MW, Collins SM, Walters SJ, Underwood JE, Read NW. The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction [see comments]. *Gut* 1999; 44: 400-406.
14. Mayer EA, Naliboff BD, Chang L, Coutinho SV. V. Stress and irritable bowel syndrome. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2001; 280: G519-G524.
15. O'Sullivan M, Clayton N, Breslin NP, Harman I, Bountra C, McLaren A, O'Morain CA. Increased mast cells in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil* 2000; 12: 449-458.
16. Swain MG, Agro A, Blennerhassett P, Stanis A, Collins SM. Increased levels of substance P in the myenteric plexus of trichinella-infected rats. *Gastroenterology* 1992; 102: 1919.
17. Gay J, Fioramonti J, Garcia-Villar R, Bueno L. Alterations in intestinal motorresponses to various stimuli after nematode infection in rats: role of mast cells. *Neurogastroenterol Motil* 2000; 12: 207-214.