

PUNTO DE VISTA

Definiendo la dispepsia funcional

Fermín Mearin¹ y José Luis Calleja²

¹Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Servicio de Aparato Digestivo. Centro Médico Teknon. Barcelona. ²Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Universidad Autónoma de Madrid

RESUMEN

La dispepsia, y la dispepsia funcional, suponen un problema de salud pública muy importante. Es fundamental disponer de una buena definición de dispepsia que nos ayude a un mejor enfoque de los síntomas, toma de decisiones e indicación de tratamiento. Durante los últimos años ha habido muchos intentos de establecer una definición de dispepsia. En la mayoría de los casos el resultado no ha sido muy afortunado y han existido discrepancias claras en si los síntomas debían o no estar relacionados con la digestión, qué tipo de síntomas se debían incluir, cuál debería ser la localización anatómica de las molestias, etc. El comité de Roma III definió la dispepsia como "síntoma o conjunto de síntomas que la mayoría de médicos consideran tienen su origen en la región gastroduodenal" incluyendo los siguientes: pesadez postprandial, saciedad precoz y dolor o ardor epigástrico; se definieron dos entidades nuevas: a) síntomas dispépticos inducidos por la comida (síndrome del estrés postprandial); y b) dolor epigástrico (síndrome del dolor epigástrico). Esta y otras definiciones han tenido sus ventajas y sus inconvenientes. En algunos casos han sido demasiado complejas y en otras sencillas en exceso; además, frecuentemente han pecado de ser demasiado imprecisas y poco prácticas. Por otra parte, algunas (las más recientes) no son fácilmente aplicables al idioma español.

En una reunión de especialistas en aparato digestivo con especial interés en los trastornos funcionales digestivos se sometieron a discusión y votación los distintos aspectos de la definición de dispepsia llegando a las siguientes conclusiones. La dispepsia se define como un conjunto de síntomas, relacionados o no con la ingesta, localizados en el hemiabdomen superior, siendo estos: a) molestia (como categoría de intensidad) o dolor epigástrico; b) pesadez postprandial; y c) saciedad precoz. Se consideran síntomas asociados: náusea, eructo, distensión abdominal y ardor epigástrico. Todos ellos deben graduarse de acuerdo a su intensidad y frecuencia. Además, en el caso de la dispepsia funcional, se debe reconocer que en su origen pueden estar implicados factores psicológicos. Por otra parte, es difícil establecer una correlación clara entre síntomas y mecanismos fisiopatológicos.

Recibido: 22-09-11.
Aceptado: 22-09-11.

Correspondencia: Fermín Mearin. Servicio de Aparato Digestivo. Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Centro Médico Teknon. C/ Vilana, 12. 08022 Barcelona.
e-mail: mearin@dr.teknon.es

Palabras clave: Dispepsia. Dispepsia funcional. Definición. Trastornos funcionales digestivos.

ABSTRACT

Dyspepsia and functional dyspepsia represent a highly significant public health issue. A good definition of dyspepsia is key for helping us to better approach symptoms, decision making, and therapy indications. During the last few years many attempts were made at establishing a definition of dyspepsia. Results were little successful on most occasions, and clear discrepancies arose on whether symptoms should be associated with digestion, which types of symptoms were to be included, which anatomic location should symptoms have, etc. The Rome III Committee defined dyspepsia as "a symptom or set of symptoms that most physicians consider to originate from the gastroduodenal area", including the following: postprandial heaviness, early satiety, and epigastric pain or burning. Two new entities were defined: a) food-induced dyspeptic symptoms (postprandial distress syndrome); and b) epigastric pain (epigastric pain syndrome). These and other definitions have shown both strengths and weaknesses. At times they have been much too complex, at times much too simple; furthermore, they have commonly erred on the side of being inaccurate and impractical. On the other hand, some (the most recent ones) are difficult to translate into the Spanish language.

In a meeting of gastroenterologists with a special interest in digestive functional disorders, the various aspects of dyspepsia definition were discussed and put to the vote, and the following conclusions were arrived at: dyspepsia is defined as a set of symptoms, either related or unrelated to food ingestion, localized on the upper half of the abdomen. They include: a) epigastric discomfort (as a category of severity) or pain; b) postprandial heaviness; and c) early satiety. Associated complaints include: nausea, belching, bloating, and epigastric burn (heartburn). All these must be scored according to severity and frequency. Furthermore, psychological factors may be involved in the origin of functional dyspepsia. On the other hand, it has proven very difficult to establish a clear correlation between symptoms and pathophysiological mechanisms.

Key words: Dyspepsia. Functional dyspepsia. Definition. Functional digestive disorders.

Mearin F, Calleja JL. Definiendo la dispepsia funcional. Rev Esp Enferm Dig 2011; 103: 640-647.

INTRODUCCIÓN

La dispepsia (y la dispepsia funcional) supone un problema de salud pública muy importante, con considerables repercusiones personales, laborales, sanitarias, económicas y sociales. Afecta a un gran número de personas de la población general, es una causa frecuente de absentismo laboral y comporta unos gastos directos e indirectos enormes (1).

La prevalencia de la dispepsia en la población general depende de los criterios utilizados para su definición y del método utilizado para obtener dicha información. La prevalencia media aproximada en los estudios llevados a cabo en diferentes países es de aproximadamente un 25%, aunque varía desde un 8 a un 54% (2-4). Los síntomas dis pépticos son algo más frecuentes en las mujeres y tienden a disminuir con la edad. En España la dispepsia supone el 8,2% de las consultas en atención primaria y hasta el 40% para el gastroenterólogo (5). No obstante, se supone que sólo el 50% de los enfermos con dispepsia buscan atención médica. El hecho de acudir o no a la consulta se relaciona con la gravedad de los síntomas, el miedo a poder padecer una enfermedad grave (en especial cáncer), la edad más avanzada, la ansiedad y el nivel socioeconómico más bajo.

En el 75% de los casos de dispepsia la endoscopia digestiva alta no revela lesiones relevantes subsidiarias de un tratamiento específico (4). No obstante, en estos pacientes con dispepsia funcional se produce una merma considerable de la calidad de vida.

IMPORTANCIA DE TENER UNA DEFINICIÓN DE DISPEPSIA FUNCIONAL

Empecemos por el principio. ¿Qué es una definición y para qué sirve? La Real Academia Española define definición (y aquí no hay redundancia) como “proposición o fórmula por medio de la cual se define dando un conjunto de propiedades suficiente para designar de manera unívoca un objeto, individuo, grupo o idea”; y se añade que “una definición debe ser clara y exacta”. Por eso es tan importante tener una buena definición de dispepsia que nos ayude a un mejor enfoque de los síntomas, toma de decisiones e indicación de tratamiento.

Las palabras son lo que significan y lo que la gente entiende por ellas. En ese sentido, a lo largo de los siglos (y de una forma absolutamente intencionada), los médicos hemos sido unos pésimos comunicadores, intentando utilizar los términos más complejos y las palabras más confusas para identificar síntomas y enfermedades. Es lógico, por tanto, que los pacientes no nos entiendan y que, en ciertas ocasiones, tampoco nos entendamos entre nosotros. Y eso es lo que pasa con el término “dispepsia” que, a pesar de ser uno de los más frecuentes en las consultas de gastroenterología y de atención primaria, resulta confuso en su utilización debido a que no existe consenso con respecto a su significado. La Real Academia Española define a la

dispepsia como “la digestión laboriosa e imperfecta de carácter crónico” (no está mal; durante años los médicos lo hemos hecho bastante peor). Esta definición se basa en que etimológicamente el término dispepsia proviene de las palabras griegas “dys” (malo o difícil) y “pepto” (cocer o digerir). Por lo tanto, su significado estricto sería “mala digestión”. No obstante, en la actualidad el término dispepsia se utiliza para referirse a síntomas o grupos de síntomas que no necesariamente se relacionan con el proceso de la digestión.

Algunos médicos emplean la palabra dispepsia para referirse a cualquier tipo de molestia digestiva, otros para agrupar aquellos síntomas desencadenados por la ingesta, mientras que para otros es sinónimo de enfermedad ulcerosa péptica. Aún más, no es raro que ciertos profesionales cataloguen de “dispépticos” a aquellos pacientes en los que no encuentran una explicación razonable de sus molestias o, más especialmente, cuando les atribuyen un origen psicológico. Esta disparidad de interpretación de un mismo término induce al equívoco, dificultando la comunicación médica y haciendo que pacientes con síntomas diferentes, de causas diversas, sean diagnosticados de un mismo síndrome.

El problema se agrava aún más cuando se comparan los significados de la palabra dispepsia, o el equivalente en su traducción, en diferentes idiomas. Por ejemplo, la interpretación para los médicos y los pacientes es completamente distinta en los países escandinavos que en los latinos. Por tanto, parece imprescindible definir claramente de qué estamos hablando (escribiendo) y establecer conceptos y criterios con los que todos nos podamos entender mejor. En este artículo se ha intentado condensar cuál es el estado actual de la cuestión incluyendo las aportaciones del consenso de Roma III. Además se presentan las conclusiones obtenidas en una reunión de consenso sobre dispepsia. Si el camino es el adecuado el tiempo nos lo dirá, pero este no será ni el último consenso ni el último artículo que pretendan esclarecer la enorme complejidad que se esconde en una palabra de nueve letras, decenas de acepciones y millones de afectados.

DEFINICIONES DE LA DISPEPSIA FUNCIONAL HASTA AHORA

Durante los últimos años han sido muchos los intentos de establecer una definición de dispepsia. En la mayoría de los casos el resultado no ha sido muy afortunado y han existido discrepancias claras en si los síntomas debían o no estar relacionados con la digestión, qué tipo de síntomas se debían incluir, cuál debería ser la localización anatómica de las molestias, etc. Naturalmente, esta confusión se debe no sólo a la dificultad de la propia definición sino al gran desconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la dispepsia.

En 1988 Talley y Phillips definieron la dispepsia como “dolor o malestar en el abdomen superior, o náuseas, cró-

nicos o recurrentes, que pueden o no estar relacionados con la ingesta” (6). Sin embargo, en la misma época se utilizaban otras definiciones tan distintas como “dolor en el abdomen superior o retroesternal, pirosis, náuseas, vómitos u otros síntomas que puedan ser atribuidos al tracto digestivo alto” (7) o “síntomas abdominales, episódicos o persistentes, que los pacientes o los médicos creen ser debidos a alteraciones de la porción proximal del tubo digestivo” (8).

Poco después se crearon los llamados comités “de Roma” y, tras varios intentos, en 1991 (criterios de Roma I) y 1999 (criterios de Roma II) la dispepsia se definió como “cualquier dolor o molestia localizado en la parte central del abdomen superior” (9). La verdad es que la definición era corta y concisa pero no excesivamente aclaratoria. No obstante, añadía algunos aspectos de cierta utilidad; por ejemplo, que molestia (o “discomfort”) se refería a una sensación negativa no dolorosa tal como hinchazón abdominal, saciedad precoz, distensión o náusea; que los síntomas pueden ser continuos o intermitentes, y estar relacionados o no con la ingesta; o que la pirosis no debe considerarse como un síntoma propiamente de dispepsia debido a su considerable especificidad para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Aún así, el término molestia es confuso tanto en español como en inglés (“discomfort”) ya que puede interpretarse como un grado menor de dolor (diferencia cuantitativa) o como síntomas diferentes a este (diferencia cualitativa). Además, la palabra “discomfort” (*discomfort* en inglés) no existe en español, siendo sus mejores traducciones las de molestia o incomodidad.

El comité de Roma III recomienda la siguiente definición de dispepsia: “Síntoma o conjunto de síntomas que la mayoría de médicos consideran tienen su origen en la región gastroduodenal” (10); y por suerte, para aclarar algo la cuestión, añade: siendo estos síntomas la pesadez postprandial, la saciedad precoz y el dolor o ardor epigástrico. El comité hace especial énfasis en la diferenciación entre ardor epigástrico (considerado como un síntoma dispéptico) y pirosis (considerado como un síntoma de ERGE), aunque ambas circunstancias pueden coincidir y algunos pacientes con dispepsia funcional tienen además reflujo gastroesofágico (11).

CLASIFICACIÓN DE LA DISPEPSIA

Clásicamente la dispepsia se ha dividido en ulcerosa y no-ulcerosa, dependiendo de su etiología. Sin embargo, esta clasificación no parece ser muy adecuada ya que la enfermedad ulcerosa es solo una de las posibles causas orgánicas que pueden producir síntomas dispépticos. Otras posibilidades serían el cáncer gástrico o la duodenitis erosiva, entre las causas digestivas, y otras muchas extradigestivas. Es más apropiado clasificar la dispepsia en orgánica y no orgánica, o funcional. Esta separación es útil desde un punto de vista práctico si bien la división entre orgánico y funcional pue-

de ser en ocasiones bastante arbitraria y depender de la profundidad del estudio que de ella se realice. En este punto es fundamental incluir otra categoría de dispepsia: la dispepsia no investigada. Así, y para aclarar las cosas, las dispepsias pueden dividirse en tres tipos:

1. Aquellas con una causa orgánica o metabólica identificada en las que si la enfermedad mejora o se elimina los síntomas dispépticos también mejoran o desaparecen. Entre ellas están la enfermedad ulcerosa péptica, el cáncer gástrico, las enfermedades bilio-pancreáticas y las relacionadas con fármacos.
2. Aquellas en las que no existe una explicación identificable de los síntomas. Esta es la llamada dispepsia funcional, aunque también ha recibido otros nombres como dispepsia no-orgánica, dispepsia idiopática o dispepsia esencial.
3. Aquellas en las que no se han realizado estudios, básicamente una endoscopia digestiva alta, para poder establecer fehacientemente si existe o no una causa orgánica de la dispepsia. Esta categoría no es infrecuente ya que en muchos pacientes no será absolutamente necesario realizar exploraciones complementarias si no cumplen criterios de edad ni existen síntomas ni signos de alarma. Ya que las características de los síntomas no son suficientemente específicas para diferenciar la dispepsia orgánica de la funcional es preferible etiquetarla como lo que es: dispepsia no investigada.

A su vez la dispepsia funcional ha intentado clasificarse de acuerdo al mecanismo patogénico predominante: enlentecimiento del vaciamiento gástrico, alteración en la relajación fúndica postprandial o hipersensibilidad visceral. Se ha supuesto que existe una correlación entre dichas alteraciones y síntomas específicos. Así, se ha demostrado una asociación entre el vaciamiento gástrico lento y la plenitud, las náuseas o el vómito (12), entre la alteración de la acomodación fúndica y la saciedad precoz o la pérdida de peso (13) y entre la hipersensibilidad visceral gástrica y el dolor epigástrico o el eructo (14). No obstante, esta clasificación fisiopatológica sigue sin ser suficientemente precisa y útil, continúa existiendo un gran solapamiento entre grupos, algunos síntomas se relacionan con varios mecanismos fisiopatológicos, y no se conoce su estabilidad en el tiempo.

DEFINICIÓN DE DISPEPSIA FUNCIONAL

La dispepsia funcional se ha venido definiendo como aquella dispepsia que no es atribuible a alteraciones estructurales, enfermedades metabólicas ni inducida por el alcohol o fármacos, y que se supone en relación con trastornos de la función del tracto digestivo superior o a una percepción anómala del paciente (9). Sin embargo, en muchas ocasiones los médicos diagnostican de dispepsia funcional a pacientes que no tienen dispepsia o, incluso, que no tienen patología digestiva.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES DE LA DISPEPSIA FUNCIONAL (ROMA III)

En su publicación del año 2006 el comité de Roma III propuso definir la dispepsia funcional a dos niveles (10). Uno más general para uso fundamentalmente clínico, que no difiere en exceso de los criterios previamente utilizados; y otro, más específico para estudios fisiopatológicos y ensayos terapéuticos en el que se definen dos entidades nuevas: a) síntomas dispépticos inducidos por la comida (síndrome del distrés postprandial o SDP); y b) dolor epigástrico (síndrome del dolor epigástrico o SDE). Esta subdivisión se debe al hecho de que, aunque en muchos pacientes con dispepsia los síntomas se inician o agravan con la ingesta, también los hay en los que las molestias aparecen en ayunas.

Definición de dispepsia funcional

1. Sensación molesta de plenitud postprandial o saciedad precoz o dolor epigástrico o ardor epigástrico.
2. Sin evidencia de enfermedades estructurales (incluida la realización de una endoscopia digestiva alta) que puedan explicar los síntomas.

Definición de síndrome de distrés postprandial (SDP)

1. Sensación molesta de plenitud postprandial que ocurre después de comidas de un volumen normal, al menos varias veces por semana; o
 2. Sensación de saciedad precoz que impide la terminación de una comida normal, al menos varias veces por semana.
- Criterios de apoyo:
- Pueden estar presentes la hinchazón en el abdomen superior o náuseas postprandiales o eructos excesivos.
 - Puede coexistir el SDE (síndrome del dolor epigástrico).

Definición de síndrome del dolor epigástrico (SDE)

1. Dolor o ardor localizado en el epigastrio, de intensidad al menos moderada, y con una frecuencia mínima de una vez por semana.
2. El dolor es intermitente.
3. No generalizado o localizado a otras regiones abdominales o torácicas.
4. No se alivia con la defecación o el ventoseo.
5. No cumple criterios de dolor biliar.
6. El dolor puede ser de tipo quemante (ardor) pero sin ser retroesternal.
7. El dolor frecuentemente se induce o alivia con la ingesta de comida, pero puede ocurrir en ayunas.

8. Puede coexistir el SDP (síndrome del distrés postprandial).

Estos criterios tienen que estar presentes durante los últimos 3 meses y haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

CRÍTICAS EN EL AÑO 2011 A LAS DEFINICIONES PREVIAS

Las definiciones utilizadas hasta la actualidad para la dispepsia y la dispepsia funcional han tenido sus ventajas y sus inconvenientes. En algunos casos han sido demasiado complejas y en otras sencillas en exceso (p. ej.: “síntomas que los pacientes o los médicos creen ser debidos a alteraciones de la porción proximal del tubo digestivo”); además, frecuentemente han pecado de ser demasiado imprecisas y poco prácticas.

Por otra parte, algunas (las más recientes) no son fácilmente aplicables al idioma español. Así, uno de los problemas de las definiciones de dispepsia de acuerdo a los criterios de Roma I y Roma II era la diferenciación cualitativa de dolor y molestia (discomfort), cuando también podían ser interpretadas como variables cuantitativas de un mismo síntoma (siendo el dolor más intenso que la molestia); este parece ser el caso en la interpretación lingüística del idioma español. Además, no hay datos que apoyen que el dolor visceral esté mediado por vías distintas o por estímulos más intensos que en el caso de los síntomas considerados como “molestia” (15). Aún más, en la clasificación de la dispepsia funcional de acuerdo a Roma III el término “síndrome del distrés postprandial” resulta de difícil comprensión y casi imposible de memorizar (y utilizar) por el médico general. La palabra “distrés” no existe en la lengua española y sus traducciones (“dolor, angustia o aflicción”) resultan poco pertinentes.

ASPECTOS FUNDAMENTALES EN LA DEFINICIÓN DE DISPEPSIA

Para una definición adecuada de dispepsia deben tenerse en cuenta la diferenciación entre lo que corresponde a síntomas específicos, síntomas asociados y a los síntomas excluyentes. Deben valorarse otros aspectos como la influencia de factores psicológicos o su relación o no con la ingesta. Es esencial determinar su localización y establecer criterios clave sobre la frecuencia de los síntomas y el tiempo desde la aparición de los mismos. Es necesario también acordar cómo graduar los síntomas según la intensidad de los mismos. Dado que los síntomas no son específicos es necesario establecer en qué pacientes es necesario realizar pruebas que excluyan cualquier otro proceso y qué tipo de exploraciones se deben realizar. A su vez, dada la gran heterogeneidad de pacientes con dispepsia funcional se debe valorar si existen mecanismos fisiopatológicos que pueden explicar la presencia de determinados síntomas.

DECISIONES CONSENSUADAS PARA DEFINIR LA DISPEPSIA FUNCIONAL

El día 10 de febrero de 2011 se realizó en Madrid una reunión de especialistas en Aparato Digestivo con especial interés en los trastornos funcionales digestivos en la que se sometió a discusión y votación los distintos aspectos de la definición de dispepsia recogidos en el apartado anterior de este artículo y que se resumen en las siguientes conclusiones.

ASPECTOS CLÍNICOS

Síntomas específicos

Fueron aceptados por unanimidad los siguientes: a) molestia (como categoría de intensidad) o dolor epigástrico; b) pesadez postprandial; y c) saciedad precoz.

Otros síntomas como náuseas, ardor epigástrico o distensión abdominal fueron propuestos por alguno de los asistentes y no fueron aceptados como síntomas específicos de dispepsia.

El término molestia que procede de la traducción del término *discomfort* en inglés ha sido clásicamente objeto de controversia al interpretarse como un grado leve de dolor o bien como un complejo sintomático diferente que incluía otros síntomas no dolorosos como sensación de plenitud, saciedad precoz, hinchazón o incluso náusea.

En los criterios de Roma II se propuso una subdivisión de los pacientes con dispepsia funcional de acuerdo a la presencia de dolor o molestia. Esta clasificación ha sido muy criticada por la dificultad de distinguir dolor y molestia, por el gran número de pacientes que no se pueden incluir en una u otra categoría, así como por la ausencia de estabilidad de los síntomas incluso en periodos cortos de tiempo.

En la discusión se aceptó molestia como una categoría de intensidad de dolor, a pesar de que se reconoció que en distintas ocasiones síntomas como sensación de plenitud o hinchazón son etiquetados como dolor dependiendo de factores culturales, lingüísticos e incluso relacionados con el nivel de formación.

Se entiende por pesadez postprandial la sensación desagradable de la persistencia prolongada de la comida en el estómago.

La saciedad precoz se define como la sensación de estómago lleno nada más comenzar a comer, desproporcionado con la cantidad ingerida y que impide terminar esa comida.

Síntomas asociados

Fueron aceptados por unanimidad los siguientes:

1. Náusea, definida como la sensación desagradable de necesidad de vomitar.

2. Eructo: la ingestión de aire durante la comida es un fenómeno fisiológico normal al igual que expulsión de cierta cantidad de aire promovida por la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior. Solo puede ser considerado como un síntoma cuando se convierte en excesivo y problemático. En los criterios de Roma II se reconocía como un síntoma inusual en pacientes con dispepsia que se podría relacionar con la necesidad de aliviar la distensión gástrica presente en algunos pacientes.

En cualquier caso en los criterios de Roma III se reconoce como un síntoma frecuente que puede tener un origen diverso. Existen estudios que encuentran que en pacientes con aerofagia existe una ingestión inconsciente de aire que entra en el esófago y rápidamente es expulsado hacia la cavidad oral sin llegar al estómago (16).

3. Distensión abdominal: que debe ser visible y diferente de la sensación de hinchazón que es un término subjetivo.
4. Ardor epigástrico. A este respecto, la mayor parte de los participantes expresó la dificultad y la posibilidad de confusión del término ardor epigástrico con la pirosis. En los criterios de Roma III una sensación de ardor epigástrico no es considerada como pirosis a no ser que se irradie hacia la región retroesternal. En el pasado la presencia de pirosis o de regurgitación ácida fueron considerados síntomas suficientes para definir dispepsia, pero en la actualidad se reconocen como síntomas esenciales en el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Síntomas excluyentes

No se encontró ningún síntoma que constituyera por sí mismo una razón para excluir el diagnóstico de dispepsia.

Componente psicológico

Existe una evidencia clara de la asociación de dispepsia y trastornos psicológicos. No está claro cuál es el mecanismo que las relaciona incluso si comparten algún tipo de predisposición común.

Todos los participantes en el consenso aceptaron que cualquier definición de dispepsia debe reconocer que en su origen pueden estar implicados factores psicológicos (ansiedad, depresión o somatización) y/o una respuesta alterada al estrés físico o psíquico.

Relación con la ingesta

Los criterios de Roma III, a diferencia de los anteriores, consideran dos subgrupos de pacientes según la relación de los síntomas con la ingesta de comida. Los pacientes

categorizados como síndrome del dolor epigástrico cumplen los criterios generales de dispepsia funcional y además presentan dolor epigástrico intermitente o ardor epigástrico moderado al menos una vez por semana; desde el punto de vista fisiopatológico estos síntomas se deben especialmente a la presencia de una hipersensibilidad visceral (17). Los pacientes incluidos en el llamado síndrome de distrés postprandial cumplen los criterios generales de dispepsia funcional y además presentan sensación de plenitud o saciedad precoz después de la ingesta varias veces por semana que les impide ocasionalmente terminar la comida; desde el punto de vista fisiopatológico, estos síntomas se deben fundamentalmente a un trastorno en la acomodación, en el vaciado gástrico o a ambos (17).

En la discusión que se generó la mayor parte de los presentos no encontraron relevante la relación de los síntomas con la ingesta de comida, reconociendo que cualquier síntoma en un paciente con dispepsia puede o no estar relacionado con la ingesta. Por tanto, a diferencia de los criterios de Roma III, no parece pertinente recoger este aspecto en la definición de dispepsia.

LOCALIZACIÓN

Se decidió por unanimidad recoger el hemiabdomen superior como el término más adecuado para definir la localización de dispepsia. Algunos de los participantes sugirieron añadir a la definición "especialmente en epigastrio" para concretar más.

El término epigastrio se define como el área limitada entre la parte más distal del esternón y el ombligo, limitada lateralmente a ambos lados por la prolongación de la línea medio-clavicular.

FACTORES TEMPORALES

La dispepsia en general, pero no la funcional, se puede diferenciar entre aguda y crónica. Para la definición de dispepsia funcional, según los criterios de Roma III, es necesario que los síntomas hayan aparecido al menos 6 meses antes del diagnóstico y estén presentes en los últimos 3 meses.

GRAVEDAD

Se decidió por unanimidad que la dispepsia funcional debe graduarse de acuerdo con la intensidad y la frecuencia de los síntomas. La escala para graduar debe incluir los términos leve, media e intensa. Esta graduación debe llevarse a cabo de acuerdo con el impacto de los síntomas en la calidad de vida de los pacientes. Numerosos estudios han demostrado que este trastorno, considerado como una patología benigna, disminuye de manera significativa la calidad de vida de los enfermos que la sufren. En un estudio realizado en España sobre el impacto de diferentes enfer-

medades en la calidad de vida y que incluyó a más de 2.800 pacientes se observó que los trastornos funcionales digestivos disminuían el componente físico en la misma cuantía que otros trastornos como la hipertensión arterial, la colitis ulcerosa o la hepatitis C. Además, cuando se evaluó el componente mental se observó un impacto mayor que en otros trastornos como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus (18).

Existen numerosos cuestionarios para evaluar el impacto en la calidad de vida de la dispepsia funcional como el "Dyspepsia Related Health Scales" (DRHS) que está validado al castellano (19). Esta evaluación de la calidad de vida debe estar presente también en los estudios clínicos que valoren la potencial eficacia de un tratamiento en los pacientes con dispepsia, si no sustituyendo sí complementando a las habituales escalas de mejoría global o de reducción en síntomas.

DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN

El diagnóstico de dispepsia funcional es clínico pero necesita la exclusión de otras enfermedades. En el panel de especialistas se decidió separar la necesidad de excluir otras enfermedades en indicaciones absolutas y relativas. Existe indicación absoluta para la exclusión de otras enfermedades en pacientes con signos o síntomas de alarma como son la pérdida importante de peso, vómitos recurrentes, disfagia progresiva, o datos de sangrado gastrointestinal. La indicación es relativa en pacientes mayores de 50 años, según el tiempo de evolución de los síntomas o de la respuesta terapéutica.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS DE EXCLUSIÓN

La mayor parte de los expertos consideraron imprescindible la realización de una endoscopia digestiva alta y de una analítica general en todos los pacientes con necesidad de exclusión de otras enfermedades. La endoscopia digestiva alta permite el estudio detallado de la mucosa gastroduodenal y la exclusión de la mayor parte de las enfermedades estructurales importantes. No está indicado realizar un estudio radiológico baritado ya que es claramente menos sensible y específico que la endoscopia.

Algunos miembros de la reunión consideraron la realización de test del aliento para la intolerancia a la lactosa y de los anticuerpos antitransglutaminasa en los pacientes en los que se asocia distensión abdominal. La mayoría de los asistentes no aceptó a la ecografía abdominal como una prueba esencial en el estudio del paciente con síntomas dispépticos debido a su baja eficacia diagnóstica en ausencia de datos clínicos o analíticos de enfermedad biliopancreática. Además, la mera existencia de litiasis biliar no parece relacionada con la aparición de manifestaciones propias de la dispepsia.

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS DE CERTEZA

No existen pruebas diagnósticas específicas de dispepsia funcional. Técnicas como la medición del vaciamiento gástrico, barostato para sensibilidad visceral o test de la saciedad pueden ser útiles en investigación pero no para la práctica clínica diaria.

RELACIÓN CON MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

En los criterios de Roma III se categoriza a la dispepsia funcional según la relación de los síntomas con la ingesta de comida y se sugiere que la heterogeneidad del complejo sintomático corresponda a diferentes mecanismos fisiopatológicos. El vaciamiento gástrico está enlentecido en los pacientes con dispepsia en comparación con controles sanos, pero su relación específica con síntomas incluidos en el llamado síndrome del estrés postprandial como pesadez postprandial o la saciedad precoz es controvertida y no se ha podido establecer de manera clara (20). Todos estos aspectos fueron valorados en la discusión concluyendo que desde el punto de vista práctico es poco eficaz, y difícil establecer, una correlación clara entre síntomas y mecanismos fisiopatológicos.

CONCLUSIÓN: DEFINICIÓN DEL CONSENSO

La dispepsia se define como un conjunto de síntomas, relacionados o no con la ingesta, localizados en el hemiabdomen superior, siendo estos: a) molestia (como categoría de intensidad) o dolor epigástrico; b) pesadez postprandial; y c) saciedad precoz. Se consideran síntomas asociados: náusea, eructo, distensión abdominal y ardor epigástrico. Todos ellos deben graduarse de acuerdo a su intensidad y frecuencia.

Además, en el caso de la dispepsia funcional, se debe reconocer que en su origen pueden estar implicados factores psicológicos. Se reconoce que es difícil establecer una correlación clara entre síntomas y mecanismos fisiopatológicos.

Existe indicación absoluta para la exclusión de enfermedades orgánicas en pacientes con signos o síntomas de alarma como son la pérdida importante de peso, vómitos recurrentes, disfagia progresiva, o datos de sangrado gastrointestinal. La indicación es relativa en pacientes mayores de 50 años, según el tiempo de evolución de los síntomas o de la respuesta terapéutica. En estos casos debe realizarse una endoscopia digestiva alta y de una analítica general. No existen pruebas diagnósticas específicas de dispepsia funcional.

MÉDICOS PARTICIPANTES EN LA REUNIÓN DE CONSENSO

Coordinadores: Fermin Mearin (Clinica Teknon, Barcelona), José Luis Calleja (Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid).

Participantes: Miguel Bixquert (Hospital Arnau de Vilanova, Valencia), Vicente Cervera (Hospital Arnau de Vilanova, Valencia), Ángel González Galilea (Hospital Reina Sofía, Córdoba), Pedro Hergueta (Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla), Maribel Herrero (Hospital de Jerez), Carlos Jiménez (Hospital Infanta Cristina, Badajoz), Francisco Jorquera (Hospital de León), Magdalena Lladrós-Rosello (Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca), Ramiro Macenlle (Hospital del Chou, Orense), Carlos Martín de Argila (Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid), Antonio López Higuera (Hospital Morales Messeguer, Murcia), José Luis Martín Lorente (Hospital General Yagüe, Burgos), Concepción Muñoz (Hospital de Toledo), Manuel Ramos (Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva), Ana Ruiz Guinaldo (Hospital de Jerez), Jordi Serra (Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona), María Poca (Hospital Santa Cruz y San Pau, Barcelona), Manuel Sánchez Gili (Hospital de Bellvitge, Barcelona), Manuel Suárez (Hospital San Rafael, A Coruña), Javier de Teresa (Hospital Ruiz de Alda, Granada).

AGRADECIMIENTOS

Los coordinadores y participantes quieren agradecer a Recordati España, S.A. la concesión de una ayuda económica destinada al pago de los aspectos logísticos de la Reunión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Talley NJ. Functional gastrointestinal disorders as a public health problem. *Neurogastroenterol Motil* 2008;(Supl. 1):121-9.
2. Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1999;231:3-8.
3. Stanghellini V. Three month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol Suppl* 1999;231:20-8.
4. Moayyedi P, Mason J. Clinical and economic consequences of dyspepsia in the community. *Gut* 2002;Supl. 4:iv10-2.
5. Caballero Plasencia AM, Sofos Kontoyannis S, Martín Ruiz JL, Valenzuela Barranco M. La prevalencia de dispepsia en España. *Med Clin (Barc)* 1994;103:717.
6. Talley NJ, Phillips SF. Non-ulcer dyspepsia: Potential causes and pathophysiology. *Ann Intern Med* 1988;108:865-79.
7. Colin-Jones DG, Bloom B, Bodemar G, Crean G, Freston J, Gugler R, et al. Management of dyspepsia: Report of a working party. *Lancet* 1988;1:576-9.
8. Barbara L, Camilleri M, Corinaldesi R, Crean GP, Heading RC, Johnson AG, et al. Definition and investigation of dyspepsia. *Dig Dis Sci* 1989;34:1272-6.
9. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada J-R, Tytgat GNJ. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999;(Supl.45): 37-42.
10. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders: a working team report for the Rome III consensus on functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1466-79.
11. Tack J, Caenepeel P, Arts J, Lee KJ, Sifrim D, Janssens J. Prevalence of acid reflux in functional dyspepsia and its association with symptom profile. *Gut* 2005;54:1370-6.
12. Sarnelli G, Caenepeel P, Geypens B, Janssens J, Tack J. Symptoms associated with impaired gastric emptying of solids and liquids in functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2003;98:783-8.

13. Tack J, Piessevaux H, Coulie B, Caenepeel P, Janssens J. Role of impaired gastric accommodation to a meal in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1998;115:1346-52.
14. Tack J, Caenepeel P, Fischler B, Piessevaux H, Janssens J. Symptoms associated with hypersensitivity to gastric distention in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 2001;121:526-35.
15. Vandenberghe J, Vos R, Persoons P, Demyttenaere K, Janssens J, Tack J. Dyspeptic patients with visceral hypersensitivity: sensitization of pain specific or multimodal pathways? *Gut* 2005;54:914-9.
16. Hemmink GJ, Weusten BL, Bredenoord AJ, Timmer R, Smout AJ. Aerophagia: excessive air swallowing demonstrated by esophageal impedance monitoring *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7:1127-9.
17. Miwa H, Watari J, Fukui H, Oshima T, Tomita T, Sakurai J, et al. Current understanding of pathogenesis of functional dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol* 2011;26(Supl. 3):53-60.
18. Mearin F, Balboa A, Calleja JL. What patients with functional digestive disorders complain about? *Gastroenterology* 2008;134(Supl. 1):A-425.
19. Ruiz M, Vilasante F, León F, González-Lara V, González C, Crespo M, et al. Cuestionario sobre calidad de vida asociada a dispepsia. Adaptación española y validación del cuestionario Dyspepsia Related Health Scale. *Med Clin (Barc)* 2001;117:567-73.
20. Samelli G, Caenepeel P, Geypens B, Janssens J. Symptoms associated with impaired gastric emptying of solids and liquids in functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2003;98:783-8.