

DISPEPSIA, SINTOMA DE SINTOMAS

La dispepsia es un síntoma o conjunto de síntomas que tiene su origen en la región gastroduodenal, siendo estos síntomas la llenura postprandial, la saciedad precoz, el dolor o ardor epigástrico, eructos, náuseas, vómitos, distensión e hipo pudiendo o no estar relacionados con la ingesta.

Desde el punto de vista etiológico, los pacientes con síntomas de dispepsia pueden ser divididos en 2 categorías principales:

1-Aquellos con causa orgánica, sistémica o metabólica (Ej. Enfermedad ulcero-péptica, cáncer gástrico, enfermedad bilio-pancreática, enfermedades endocrinas, uso de medicamentos.) Y es descrito con el término dispepsia secundaria.

2-Aquellos en los cuales no hay explicación identificable para los síntomas una vez realizado los estudios diagnósticos tradicionales y es descrito con el término dispepsia funcional.

Entre el 15% al 40% de la población tiene síntomas dispépticos crónicos, y en la gran mayoría de ellos (70%) no tienen evidencia de causas orgánicas. Y uno de dos consultara al médico.

En el 2016 el consenso de ROMA IV publicó los criterios diagnósticos para Dispepsia funcional, a saber, uno o más de los siguientes, presentes en los últimos tres meses pero que tengan de inicio seis meses: llenura postprandial, saciedad precoz, dolor o ardor epigástrico, sin evidencia de enfermedad estructural (investigada con endoscopia digestiva superior) que explique los síntomas.

Analizando los síntomas en base a su fisiopatología de origen, se hizo una división de la dispepsia funcional, con la finalidad de proporcionar un tratamiento eficaz con un mecanismo de acción dirigido a la fisiopatología del síntoma. Entonces la dispepsia funcional se clasifica en Síndrome de molestia postprandial (en donde los síntomas ocurren en relación con la ingesta siendo la llenura postprandial y la saciedad temprana sus síntomas), y síndrome de dolor epigástrico (en donde los síntomas pudieran o no tener relación con las comidas, siendo el dolor o ardor epigástrico sus síntomas). Es interesante que los pacientes pueden tener combinación de estos síndromes de dispepsia y combinación con otras enfermedades funcionales del sistema digestivo como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, síndrome de intestino irritable, aerofagia, náuseas y vómitos, o rumiación, lo que hace un verdadero reto tratar a estos pacientes.

La causa fisiopatológica es compleja y multifactorial. Las alteraciones motoras y sensoriales gastroduodenales, también el deterioro de la integridad de la mucosa, activación inmune de bajo grado y alteraciones del eje cerebro-intestino.

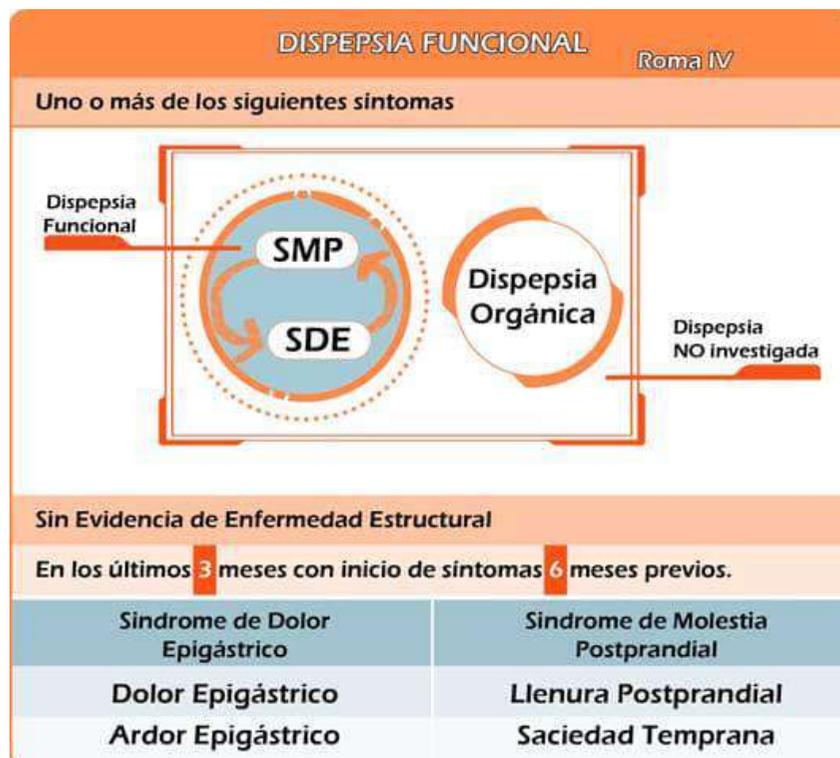
Se ha demostrado una asociación entre el vaciamiento gástrico lento y la llenura o plenitud postprandial, las náuseas y el vómito, entre la alteración de la acomodación fúndica y la saciedad precoz o la pérdida de peso y entre la hipersensibilidad visceral gástrica y el dolor epigástrico o el eructo.

El diagnóstico de dispepsia funcional está basado en criterios clínicos, con la salvedad de que debe investigarse, para descartar enfermedad orgánica o estructural. Pero si queremos diagnosticar un proceso fisiopatológico que cause síntomas es necesario realizar otros exámenes muy específicos y que no están disponibles de manera universal, ya que algunos están solo en centros de investigación. Podemos evaluar el vaciado gástrico, la acomodación gástrica, la función sensorial gástrica, la actividad mioeléctrica.

Los tratamientos van dirigidos al síntoma principal actuando en la posible fisiopatología que lo causa. En el caso del Síndrome de dolor o ardor epigástrico el tratamiento va dirigido a la producción de ácido clorhídrico y pepsina, para ello está demostrado que los inhibidores de bomba de protones son los más efectivos en reducir los síntomas. En el caso del Síndrome de molestia postprandial su utilizan los procinéticos como primera línea, la mayoría de ellos bloquean los receptores dopaminérgicos periféricos,

El levosulpiride ha demostrado superioridad en el tratamiento de la dispepsia funcional frente a otros procinéticos, ya que en mecanismo de acción no solo es dopaminérgico selectivo de los receptores D2 periféricos sino que es agonista serotoninérgico y de esta manera estimula la motilidad del esófago, estómago y duodeno, ello acelera el vaciamiento gástrico y elimina o mejora los síntomas de llenura postprandial, distensión, saciedad precoz(6).

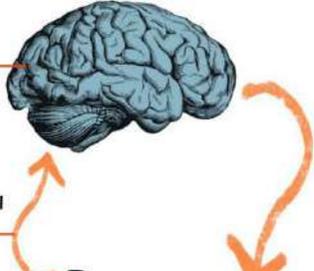
CAUSAS FUNDAMENTALES DE DISPEPSIA SECUNDARIA	
Gástricas	
.Enfermedad úlcero - péptica .Cáncer gástrico	
Duodenales	
.Enfermedad úlcero - péptica .Lesiones obstructivas	
Otras Digestivas	
.Enfermedades biliares ó pancreáticas .Lesiones inflamatorias u obstructivas del intestino delgado .Lesiones inflamatorias u obstructivas del intestino grueso	
Enfermedades Metabólicas	
.Diabetes mellitus .Uremia, hipercalcemia .Enfermedad de Addison .Hipertiroidismo, hipotiroidismo	
Neuropatías y Radiculopatías	
Relacionadas con Fármacos	
.AINEs, antibióticos, levodopa, digital, antiarrítmicos, antineoplásticos, estrógenos, progestágenos, etc.	
Alcohol	



FISIOPATOLOGÍA EN LA DISPEPSIA FUNCIONAL

Modulación SNC

Ansiedad, depresión, somatización



Hipersensibilidad visceral

H+, distensión de la pared, etc.

Reflujo gastroesofágico

H+, ácidos biliares, etc.

Inflamación gástrica

Bacteria - H. pylori

Inflamación duodenal

H+, bacteria, virus, alergia, etc.

Acomodación fúndica

Distribución anormal del contenido gástrico

Retardo del vaciamiento actividad mioeléctrica anormal

Antro sobredistendido

Dismotilidad intestinal

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA GÁSTRICA

Vaciamiento gástrico Radioisótopos

.Aliento: Ácido ontanoico C
.Ultrasonido abdominal
.Resonancia magnética
.Smartpill

Actividad contractil

.Manometría antroduodenal
.Barostato

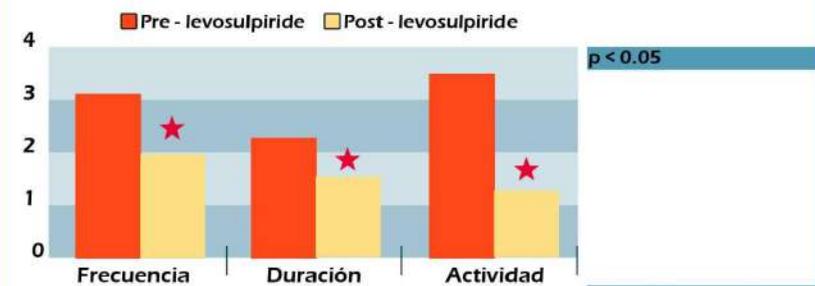
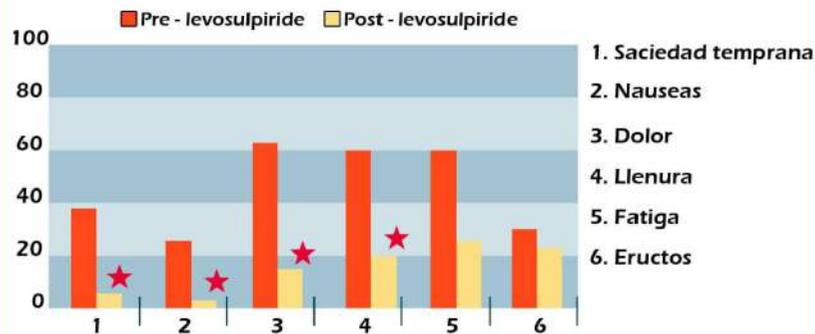
Actividad mioeléctrica

.Electrogastrografía

Acomodación gástrica

.Barostato
.SPECT
.RMN
.Prueba

EFFECTO DE LEVOSULPIRIDE SOBRE LOS SÍNTOMAS DE DISPEPSIA



p < 0.05

Distrutti E, et al. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16:613-22

Referencias

1-Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, Stanghellini V. Functional gastroduodenal disorders: a working team report for the Rome III consensus on functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1466-1479.

2-Stanghellini V, Chan F, Hasler W, Malagelada J, Suzuki H, Tack J, Talley N. Gastroduodenal Disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1380-1392.

3-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.

4-Tack J, Piessevaux H, Coulie B, Caenepeel P, Janssens J. Role of impaired gastric accommodation to a meal in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1998;115:1346-1352.

5-Tack J, Caenepeel P, Fischler B, Piessevaux H, Janssens J. Symptoms associated with hypersensitivity to gastric distention in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 2001;121:526-535.

Autor

Dr. Cesar E. Louis P.
-Neurogastroenterólogo
-Hospital de Clínica Caracas y
Centro Médico Docente la Trinidad
-@Dr.CesarLouis / cesarlouismd@gmail.com

Leprit® Enzimático
Levosulpirida 25 mg • Simeticona 80 mg • Pancreatina 150 mg

3 MOLÉCULAS
en una sola gragea.

Pharmetique
LABS
@pharmetiquelabs.ve

Este material ha sido revisado y aprobado por el Farmacéutico Patrocinante y el Director Médico de Pharmetique Labs, C.A. RIF J-00015493-7