



Acta Gastroenterológica Latinoamericana

ISSN: 0300-9033

actasage@gmail.com

Sociedad Argentina de Gastroenterología
Argentina

Iantorno, Guido

Tratamiento de la dispepsia funcional

Acta Gastroenterológica Latinoamericana, vol. 37, núm. 1, septiembre, 2007, pp. S13-S15

Sociedad Argentina de Gastroenterología

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199323303007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

car una relación sintomática con las alteraciones de la evacuación gástrica. Ellos vieron que el retraso en la evacuación gástrica fue del 23% para sólidos y del 35% para líquidos. El retraso de sólidos se asoció más con náuseas, vómitos y pesadez post-prandial, mientras el retraso de líquidos se relacionó más con saciedad precoz y pesadez post-prandial. El estómago proximal, el cual muchas veces se correlaciona con la acomodación gástrica, tiene más que ver con la evacuación de los líquidos, en cambio el estómago distal, con la evacuación de los sólidos. La saciedad precoz se relacionaría más con el estómago proximal y no con el distal.

El concepto de hipersensibilidad visceral comenzó a principios de los '90 con los trabajos de los Drs Mearin, Azpiroz y Malagelada. Actualmente se han buscado trabajos para relacionar la hipersensibilidad en la dispepsia funcional. Se la encontró en el 34% de los pacientes y se la relacionó más con el dolor postprandial, los eructos y la pérdida de peso. Lo mismo pasa con las alteraciones de la acomodación gástrica, se la encontró en un 40% de los pacientes y se la asoció más con la saciedad precoz, y no con la hipersensibilidad ni con la evacuación gástrica.

La administración de *sumatriptan*, un agonista 5HT1 que produce relajación fúndica y mejora la saciedad precoz, demuestra que al mejorar un mecanismo fisiopatológico, también puede mejorar un

síntoma específico.

En el 2002 se comenzó a hablar de los cuadros funcionales post-infecciosos, ya sea intestino irritable o dispepsia. Parecería ser que el conflicto de la dispepsia post-infecciosa se relacionaría más con alteraciones de la acomodación gástrica y por lo tanto con saciedad precoz, pérdida de peso, náuseas y vómitos. Lo interesante de estos trabajos fue que compararon la dispepsia funcional en general contra grupos de dispepsia post-infecciosa y vieron que el 67% de los post-infecciosos tenían alteración de la acomodación gástrica, contra un 30% de los de dispepsia funcional.

Daría la impresión de que nos encontramos ante un gran síndrome con distintas explicaciones fisiopatológicas, llámese alteración motora, alteración de la sensibilidad visceral, alteración de la acomodación gástrica o la post-infección, y por lo tanto, el conocer estos mecanismos, nos permitiría realizar distintas terapéuticas.

La pregunta sería si todos estos mecanismos no son representaciones periféricas de conflictos más altos a nivel espinal o supraespinal o lo que estamos viendo es simplemente la punta del iceberg.

En definitiva, creo que tenemos que seguir avanzando en el conocimiento y así encontrar nuevas vías de estudio de la fisiopatología para ayudar a nuestros pacientes.

Tratamiento de la dispepsia funcional

Guido Iantorno

Coordinador de motilidad digestiva del Hospital de Gastroenterología, Dr C Bonorino Udaondo, Ciudad Autónoma de Bs As, Argentina

Se sabe lo difícil que resulta generalmente interpretar y comprender a este tipo de pacientes porque los síntomas a veces son poco comprendidos hasta por los propios pacientes, quienes a menudo no saben expresar si lo que sienten es dolor o no, y lo mismo sucede con otros síntomas. Además, no rara vez junto al relato de lo que les sucede hacen su propia interpretación o ya vienen con un preconcepto, ya sea familiar, social y hasta usan muchas veces su

propia terminología, que los médicos no llegamos a comprender.

Esta incomprensión de parte del médico muchas veces se traduce en respuestas o explicaciones lo suficientemente difíciles como para que el paciente no las entienda. Por lo tanto, el enfermo, insatisfecho, comienza un largo peregrinaje de médico en médico buscando una solución definitiva o en todo caso una explicación que lo pueda conformar.

Lo contrario sucede con el enfermo orgánico que suele ser mucho más preciso en el relato de sus malestares y son más seguidores de su médico, en quien confian.

Entonces, sabiendo qué clase de paciente es el que tenemos frente a nosotros y estando seguros del diagnóstico, lo primero es establecer una relación empática y explicarle al paciente cuál es su enfermedad de la manera más fácil y comprensible. Muchos de estos pacientes son temerosos y llevan consigo el fantasma de "tener un cáncer", por lo tanto, algunos estudios iniciales pueden reafirmar el diagnóstico del médico y a la vez le brindan tranquilidad al paciente.

Durante el interrogatorio es conveniente investigar los hábitos alimentarios del paciente y en este aspecto se puede ver una gran variación, tal como pacientes que comen muy rápido, en abundancia y variado, hasta aquellos que llevan una alimentación absolutamente limitada porque refieren "todo me cae mal", y entre ambos extremos se ubican los que tienen bien identificados cuales son los alimentos que mejor o peor toleran.

En el aspecto dietético los médicos tampoco tienen una idea clara de cuáles son las recomendaciones que se deben dar al paciente. Así, algunos les prohíben la leche, otros les dan dieta hiperláctea y lo mismo sucede con otros nutrientes. En este tema parece ser que los gastroenterólogos son más permisivos que los clínicos generales y otros especialistas.

El tratamiento farmacológico de la dispepsia puede de ser abordado desde distintos puntos de vista, sin embargo, como veremos el arsenal de medicamentos es el mismo, sea cual fuere el enfoque que le quiera dar. Así se puede optar por los siguientes aspectos:

- 1-Sintomático.
- 2-Etiológico.
- 3-Fisiopatológico.
- 4-Subtipo de dispepsia.

1. Enfoque desde el punto de vista sintomático

Dolor:

- A) Antiespasmódicos.
 - a) Anticolinérgicos.
Ej.: Bromuro de homatropina
Metil bromuro de hioscina
Propinoxato
 - b) Bloqueantes cárlicos
Ej.: Bromuro de pinaverio
Bromuro de octilonio
 - c) Agonistas opióceos
Ej.: trimebutina
 - d) Derivados de la papaverina
Ej.: meveberina

B) Antidepresivos

a) Tricíclicos

Ej.: imipramina, desipramina, nortriptilina, amitriptilina

b) Inhibidores de la recaptación de serotonina

Ej.: fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram

Náuseas, vómitos, eructos, sensación de plenitud, saciedad precoz:

A) Proquinéticos

Agonistas y antagonistas 5HT3, 5HT4 Y 5HT1:

Ej.: mosapride, cisapride, metoclopramida, cinitapride.

Agentes Antidopaminérgicos: Ej.: domperidona.

Bezamidas: Ej: Levosulpirida.

Distensión abdominal:

A) Proquinéticos (los anteriores mencionados)

B) Simeticona.

2. Enfoque desde el punto de vista etiológico

Hipersensibilidad visceral:

A) Antidepresivos

a) Tricíclicos

b) Inhibidores de la recaptación de serotonina.

Retardo del vaciamiento gástrico:

A) Proquinéticos

a) Agentes serotoninérgicos

b) Agentes antidopaminérgicos.

Trastornos de la acomodación gástrica:

A) Agonistas opioides: Trimebutina

Helicobacter Pylori:

a) Terapia de erradicación

Bloqueantes de la bomba de protones:

Omeprazol

Pantoprazol

Lanzoprazol

Rabeprazol

Esomeprazol.

Antibióticos:

Clarithromicina

Amoxicilina

Metronidazol

Azitromicina

Enfoque desde el punto de vista fisiopatológico

Pacientes con hipersensibilidad gástrica o duodenal:

- a) Agentes serotoninérgicos
 - 5HT1
 - 5HT2
 - 5HT3
 - 5HT4
- b) Antidepresivos
- c) Agonistas opioides
- d) Análogos de la somatostatina: octreotida

Pacientes con hipomotilidad antral:

- a) Proquinéticos:
 - Metoclopramida
 - Domperidona
 - Mosapride
 - Cinitapride
 - Levosulpirida

Enfoque desde el punto de vista del subtipo de dispepsia

a) Tipo ulceroso:

Antisecretores

- Inhibidores de la bomba de protones
- Bloqueantes del H2

b) Tipo reflujo:

- Los mismos fármacos, asociados o no a proquinéticos.

c) Tipo de motilidad:

Proquinéticos

En todos los casos en que predomine un componente ansioso se puede asociar un fármaco ansiolítico como bromazepan, clonazepan, alprazolan o lorazepan.

Se puede proponer un tratamiento inicial de 6 a 8 semanas. Si no hay respuesta, se cambia de esquema terapéutico. Si tampoco hay respuesta, se reevalúa al paciente y se realizan estudios de complejidad creciente a los efectos de descartar patología orgánica. Asimismo, se debe considerar la derivación al psicoterapeuta en el momento que se considere oportuno.

Como puede observarse en la descripción precedente, el tratamiento de la dispepsia se puede abordar desde distintos puntos de vista. No obstante, los recursos farmacológicos no cambian sustancialmente y la elección de los mismos corre por cuenta del médico tratante, así como las asociaciones medicamentosas. Sin embargo, la relación médico-paciente es algo trascendental para el éxito de la terapéutica que se utilice y los consejos dietéticos deben adecuarse a cada paciente, por lo que no se consideran acertadas las dietas universales.

En resumen, la relación médico-paciente es el primer y fundamental paso para una buena respuesta terapéutica. La dieta debe adaptarse a cada paciente. El tratamiento farmacológico apunta a las diversas manifestaciones de la dispepsia. Y existe una larga lista de fármacos en vías de investigación que en el futuro pueden ser de utilidad.

Enfoque nutricional

Graciela Soifer

Jefe de la Unidad de Nutrición del Hospital de Gastroenterología, Dr C Bonorino Udaondo, Ciudad Autónoma de Bs As, Argentina

El paciente con Dispepsia Funcional recurre al nutricionista por tres razones principales: en primer lugar porque bajó de peso y no lo puede recuperar. También porque tiene temor de estar alimentándose mal y que las restricciones que se autoimpone o

que de afuera se le imponen traigan como consecuencia trastornos en su estado nutricional. Y por último, para obtener una dieta que no le provoque o aumente sus síntomas y que le permita estar bien alimentado.

1- En la primera situación es importante hacer una evaluación del estado nutricional del paciente