

El paciente con dispepsia funcional y su respuesta terapéutica

The functional dyspeptic patient and his therapeutic response

Dr. Hipólito Izquierdo de la Rosa; Dr. Rafael Betancourt Sánchez

Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo a 635 pacientes con dispepsia funcional remitidos al servicio de Gastroenterología del Hospital Militar de Camagüey durante el año 2003. Fueron seleccionados 498 (162 hombres y 336 mujeres) como muestra, con edades comprendidas entre 15 y 60 años. Se descartó toda enfermedad de base orgánica o metabólica, mediante métodos radiológicos de contraste, ecográficos, endoscópicos y analíticos completados con la historia clínica y el examen físico. Existió mayor incidencia en las mujeres mayores de 60 años y en los hombres entre los 20 y 30 años. De los pacientes estudiados mediante la historia clínica y la exploración física, la precisión predictiva tuvo éxito en 70 mujeres y 34 hombres, no fue necesario emplear otros métodos complementarios. La mayor frecuencia de solicitud de consulta se encontró en las peticiones propias del paciente y sin impresión diagnóstica del médico que lo remitió, con un total de 109 y 132 pacientes, respectivamente. En la sintomatología referida por los pacientes, tuvieron mayor incidencia las digestiones pesadas, la aerofagia y el dolor en epigastrio. Este tipo de pacientes es muy heterogéneo, los métodos diagnósticos o terapéuticos dependen de la subjetividad del individuo y la capacidad del médico a la hora de comunicar el diagnóstico.

DeCS: DISPEPSIA/fisiopatología; RESULTADO DEL TRATAMIENTO; DIAGNÓSTICO; ADULTO.

ABSTRACT

A prospective study of 635 patients who had been referred to the gastroenterology service of the Military hospital, City of Camagüey, for functional dyspepsia was conducted in the year 2003, 498 patients (162 males, 336 females) aged 15 to 60 were chosen for sampling. All organic-based or metabolic-based pathology was discarded through dye agent radiology testing, ultrasound scanning, endoscopy, analytic, testing, and physical examination. Functional dyspepsia prevailed among females over 60 and males aged 20 to 30. Of all patients assessed through clinical record scrutiny, and physical examination, prediction was precise for 70 females and 34 males. It was not necessary to use complementary methods. Request for gastroenterology care prevailed among patients without referral and patients without a diagnosis (109 and 132 respectively). Slow digestion, flatulence and epigastric ache were the most common symptoms. As the patients we dealt with were heterogeneous in background, diagnostic or therapeutic methods depended on the individuals subjectivity and on the physicians diagnostic ability.

DeCS: DYSPEPSIA/physiopathology; TREATMENT OUTOCOME; DIAGNOSIS; ADULT.

INTRODUCCIÓN

La dispepsia funcional (DF) se define como dolor o molestia abdominal alta en epigastrio, crónica con más de tres meses o recurrente, acompañada o no de náuseas y relacionada o no con la ingestión de alimentos.¹⁻³ Es una causa frecuente de consulta, sin embargo, la sintomatología dispéptica puede ser la forma de presentación de la enfermedad ulcerosa, el reflujo gastroesofágico e incluso el cáncer gástrico.⁴ En aproximadamente un 50 % de los pacientes no es posible descubrir una enfermedad orgánica gastroduodenal o sistémica responsable de la sintomatología.⁵ Cuando se dan estas circunstancias el cuadro clínico recibe la denominación de dispepsia funcional, dispepsia no ulcerosa o dispepsia crónica idiopática.

La patogenia de la dispepsia funcional es desconocida y probablemente multifactorial.⁶ Se han implicado diversos mecanismos fisiopatogénicos con resultados controvertidos. Los trastornos de la motilidad gastrointestinal alta, sobre todo hipo motilidad antral y retraso en el vaciado del estómago intervienen en la aparición de la dispepsia funcional, pero existen pocos estudios que evalúen el vaciado gástrico y sus resultados son contradictorios.⁷

Estudios clínicos preliminares sugieren que la erradicación del *Helicobacter Pylori* logra un beneficio clínico en algunos pacientes con dispepsia funcional.^{8,9} Algunos que se reinfectan en el seguimiento permanecen asintomáticos, por el contrario, otros que permanecen negativos presentan recidivas sintomáticas.^{10,11}

Los estudios de la secreción ácida gástrica muestran que el ácido gástrico juega un escaso papel, si es que juega alguno, en la patogenia de la dispepsia funcional.¹¹

Este estudio se diseñó para comparar el valor predictivo de la historia clínica frente a los medios diagnósticos complementarios de imagen, endoscopias y analíticos en los pacientes con dispepsia funcional, así como su respuesta terapéutica y repercusión médico-social.¹²

Por no existir un consenso aclaratorio sobre las dispepsias, solamente se tomaron en cuenta las de tipo funcional no orgánica.¹³

En esta serie, el paciente con dispepsia funcional supone el 25 % de todas las consultas gastroenterológicas, es un enfermo muy afligido por un trastorno sin base orgánica perceptible y no demostrable objetivamente mediante los métodos diagnósticos complementarios, ni con la exploración física en muchos casos. Frecuentemente se asocia a disfunciones neurósicas.^{14,15}

Generalmente, estos pacientes causan grandes costos económicos, son muy conflictivos y difíciles de tratar, con respuesta terapéutica muy heterogénea, en dependencia del nivel cultural, la edad, el sexo y la condición laboral, lo que tiene gran influencia en la actualidad.^{16,17}

MÉTODO

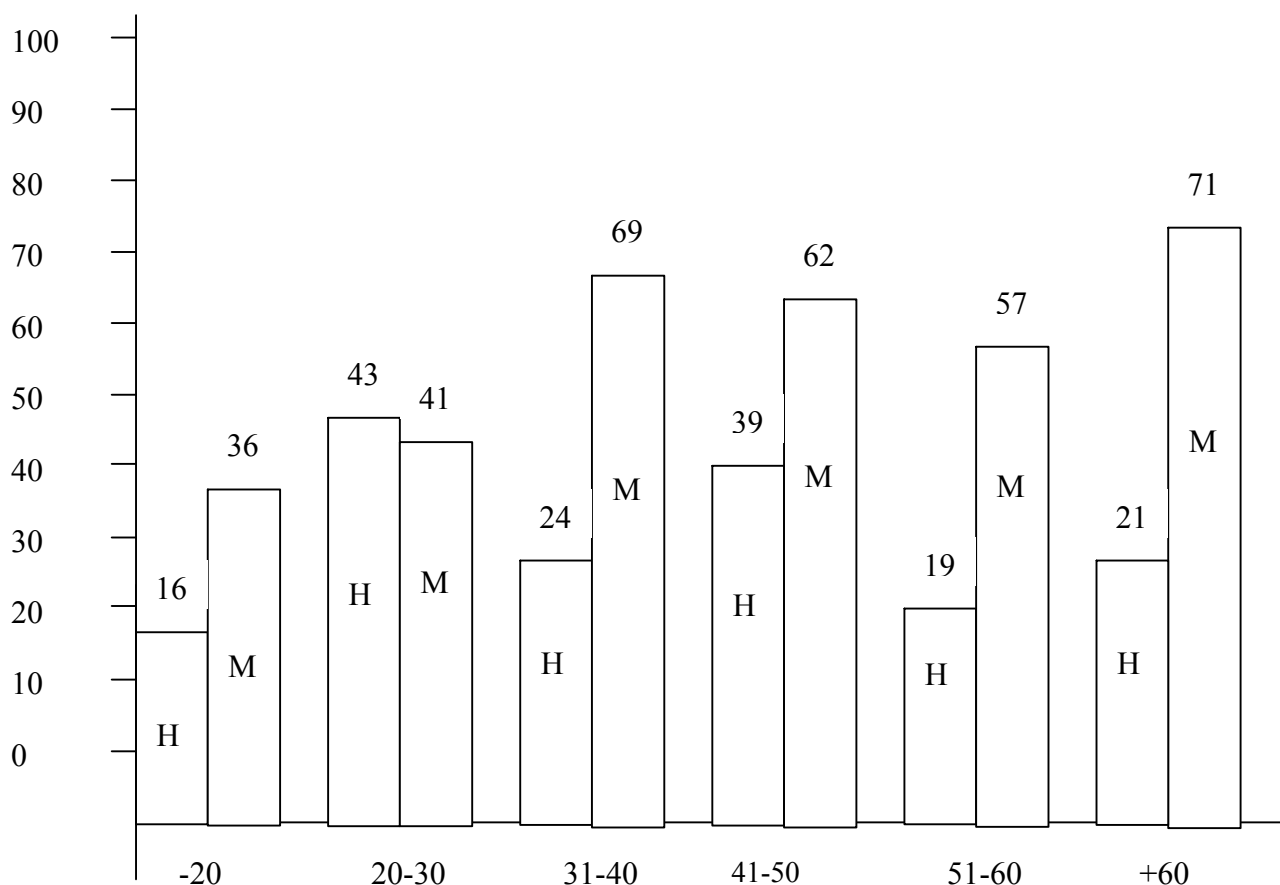
Se realizó un estudio prospectivo a 635 pacientes con dispepsia funcional remitidos al servicio de Gastroenterología del Hospital Militar de Camagüey durante el año 2003. La muestra estuvo constituida por 498 (162 hombres y 336 mujeres) sin enfermedad orgánica o metabólica causante de sus síntomas, mediante métodos radiológicos de contraste, ecográficos, endoscópicos y analíticos, complementados por la historia clínica y la exploración física. Se realizaron revisiones periódicas en cada consulta hasta finalizar el estudio, se valoró la respuesta clínica en función de

su mejoría sintomática, así como la apreciación subjetiva del propio paciente (digestiones menos pesadas, menos distensión abdominal, disminución de la pirosis diurna, mejor calidad en sus evacuaciones y frecuencia de las mismas y la desaparición del dolor abdominal alto.

Se empleó el Chi-2 para obtener la independencia de la distribución de los caracteres cualitativos con relación a las variables estudiadas.

RESULTADOS

Se encontró mayor incidencia entre las mujeres mayores de 60 años (71) y en los hombres entre los 20 y 30 años (43), o sea, que la dispepsia funcional en las mujeres aumentó con la edad, a diferencia de los hombres (Gráf.1).



Simbología

H- Hombre

M- Mujer

Del total de los enfermos estudiados mediante la historia clínica y exploración física, la precisión predictiva que dependió del tipo de población estudiada, tuvo éxito en 70 pacientes del sexo femenino y 34 del masculino para un 104 (85,9 %), no fue necesario emplear otros métodos complementarios. Se realizaron 30 radiografías contrastadas y se logró convencer al paciente del origen de sus dolencia en un 23,3 %, por tal motivo se realizaron 192 endoscopias, las cuales fueron negativas. Se realizaron 72 ecografías, se convencieron 39 mujeres y 12 hombres de sus padecimientos para un 70,8 %. Se realizaron 83 drenajes biliares con bilicultivo, convenciendo a 68 pacientes, 46 mujeres y 22 hombres de la causa funcional de su enfermedad para un 81,9 % (Tabla 1).

Tabla 1. Métodos diagnósticos utilizados

Precisión predictiva					
	Total	M	F	DF	%
Historia clínica	121	34	70	104	89,5
Radiografías de contraste	30	2	5	7	23,3
Endoscopias altas y bajas	192	46	82	128	66,6
Ecografías	72	12	39	51	70,8
Drenaje biliar con bilicultivo	83	22	46	68	81,9
Total	498	116	242	358	71,8

Los pacientes fueron remitidos para el estudio por la gastritis en el 17,4 %, la colicestopatía en el 13 %, la úlcera gastroduodenal en 20,2 %. La mayor frecuencia de solicitud de consulta la encontramos en las peticiones propias del paciente y sin impresión diagnóstica del médico que lo remitió con un total de 28,5 % y 20,9 %, respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Impresión diagnóstica por la que fueron remitidos los pacientes

	M	F	Total	%	% M	% F
Colecistopatías	5	62	67	13	3,2	18,5
Gastritis	36	51	87	17,4	22,2	15
Úlcera gastroduodenal	28	75	103	20,2	5,04	14,56
Sin impresión diagnóstica	37	72	109	20,9	23,3	21,2
Por petición del propio paciente	56	76	132	28,5	34,2	22,7
TOTAL	162	336	498	100	100	100

Con respecto a la sintomatología referida por el paciente con dolor en hipocondrio derecho acudieron 63 mujeres (18, 7 %) y 10 hombres (6, 1%), con digestiones pesadas, aerofagia y dolor en epigastrio un total de 201 pacientes, 139 mujeres (41, 3 %) y 62 hombres (38, 4 %), con dolor en epigastrio y pirosis 113 mujeres (33, 8 %) y 84 hombres (51, 8 %) para un total de 197 pacientes, con cambios en el ritmo intestinal y síntomas dispépticos 27 pacientes (5, 4 %) (Tabla 3).

Tabla 3. Principales síntomas referidos por los pacientes

	M	F	TOTAL	%	% M	% F
Dolor en hipocondrio derecho	10	63	73	18,75	6,1	18,7
Digestión pesada, aerofagia y dolor en epigastrio.	62	139	201	40,3	38,4	41,3
Dolor epigástrico y pirosis	84	113	197	36,65	51,8	33,8
Cambios en el ritmo intestinal y síntomas dispépticos.	6	21	27	5,4	3,7	6,2
TOTAL	162	336	498	100	100	100

DISCUSIÓN

No se pretende definir el término tan confuso y polémico de las dispepsias funcionales que afectan al tracto gastrointestinal superior, ¹⁸⁻²⁰ solamente apreciar

la evolución de los pacientes con dispepsia funcional, ²¹ así como la forma de comprender la propia dolencia cuando no se relaciona con una causa orgánica ni metabólica con respecto al tracto gastrointestinal.

El paciente con DF no orgánica, ocupa un alto porcentaje en las consultas gastroenterológicas, es mayor la frecuencia en el grupo de mujeres y la misma aumenta con la edad, son pacientes muy afligidos por una dolencia sin causa orgánica demostrable, de varias semanas, meses o años de evolución y casi siempre relacionadas con algún tipo de disfunción neurósica. ^{12, 22}

Estos pacientes generan grandes costos económicos a la salud pública y no siempre tienen una evolución satisfactoria, en ocasiones necesitan múltiples y costosas pruebas complementarias, la mayoría sin poder demostrar organicidad. ²³

Los pacientes menores de 40 años y con un buen nivel cultural son los que han manifestado mejores resultados clínicos y terapéuticos sin necesitar muchas o ninguna prueba complementaria, aceptan razonablemente el diagnóstico de DF, lo que coincide con lo plantado por *Williams* et al. ²⁴

También en nuestra serie se comprobó que no todo dolor abdominal tiene su origen dentro del estómago, así lo plantea *Spiro* ²⁵ además no es necesario realizar muchas pruebas complementarias en los pacientes jóvenes con DF. ²⁴

En nuestra serie la precisión predictiva en la confección de la historia clínica fue del 85.9 %, se ahorró tiempo y pruebas innecesarias, beneficiando al paciente, ya que el exceso de pruebas crea más confusiones a la hora de recibir el diagnóstico. ²⁶

Es importante considerar en estos pacientes el nivel cultural, la edad, el sexo y su condición de vida, ya que de los mismos depende la evolución y el resultado terapéutico, así como la aceptación razonable del diagnóstico. ^{19, 21}

Las mejores respuestas se obtuvieron en los pacientes menores de 40 años y el buen nivel cultural en función del grado de estudio, mayor la frecuencia se presentó en los hombres, al igual que otras series revisadas. ^{27, 28} Este tipo de paciente es muy heterogéneo y los métodos diagnósticos y terapéuticos dependen mucho de la subjetividad del individuo y de la capacidad del médico a la hora de comunicar el diagnóstico, tratando de explicar de forma clara y sencilla el origen de su dolencia y la relación que la misma tiene con el entorno vital en cada caso, siempre diferente y muy particular. ^{13, 20}

CONCLUSIONES

1. La DF no orgánica ocupó un alto porcentaje en las consultas gastroenterológicas, fue más frecuente en el grupo de las mujeres y la misma aumenta con la edad,

fueron muy afligidas por una dolencia sin causa orgánica demostrable, de varias semanas, meses o años de evolución y casi siempre relacionadas con algún tipo de disfunción neurósica.

2. Los pacientes con menos de 40 años y buen nivel cultural manifestaron mejores respuestas clínicas y terapéuticas, no necesitaron muchas o ninguna prueba complementaria, y aceptaron razonablemente el diagnóstico de DF.

3. Se comprobó que no todo dolor abdominal tiene su origen dentro del estómago, así como tampoco es necesario realizar muchas pruebas complementarias en los pacientes jóvenes que se sospeche DF.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso R, Navarro E, Rodríguez M. Estrés y depresión. *Med Clín.* 1991;97(8):312-14.
2. Benages A. Estreñimiento. *Med Clín.* 1992;98(86):27-9.
3. Editorial. Vómito psicógeno: una alteración de la motilidad gastrointestinal. *The Lancet.* 1992;20(6):364.
4. Johannssen T, Peterson H, Kleveland P, MDydball JH. Valor predictivo de la historia clínica en la dispepsia gastroenterology. *Med Clín.* 1991;9(7):351-3.
5. Llaguna García O. Los padecimientos del aparato digestivo como problemas de salud pública. *Rev Esp Ap Dig.* 1998;5(4):4-6.
6. Mc Quaid K. Dispepsia. In: Slazenger K, Fordiran Mc. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Ciudad de La Habana: Editorial Medicina Panamericana; 1998. p. 115-27.
7. Cuomo R, Grasso R, Sarnelli G, Capuano G, Nicolai E, Nordone G, et al. Effect of carbonatal water on functional dispepsia and constipation. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2002;14(9):991-9.
8. Dobrilla G. Peptic ulcer, functional dispepsia. *Helicobacter pylori* a 1998, stock-tacking on the topic of their correlation and therapeutic strategi. *Recentil Prog Med.* 1999;90(6)347-54.
9. Makris N, Crott R, Fallons CA, Bardou M, Barkun A. Cost effectiveness of routine endoscopicbiopsias for *Helicobacter pylori* detection in patients with non-ulcer dyspepsia. *Gastrointest-Endosc.* 2003;58(1):14-22.
10. Falk G W. Treatment of *Helicobacter pylori* in non ulcer dyspepsia. Should we or shouldnt we? *Cleve Clin J Med.* 1999;66(7):398-9.
11. González Carvajal M, Concepción Izaguirre L. *Helicobacter pylori* y dispepsia: un problema de salud comunitaria. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2002;3.

12. Van Der Shvar PJ, Veenendaal RA, Helicobacter pylori affect motor function of proximal stomach in dyspeptic patients? *Dig Dir Sci.* 2001;40(9):1833-8.
13. Thomson de Almeida G. Dispepsia funcional: reviao de conceites atrlais. *GED Gastroenterol Endosc Dig.* 2001;20(3):97-116.
14. Parente F, Cocino C, Gallus S, Bargiggia S, Pastore L. Hospital of acid-suppressive medication and its fall out on prescribing in general practice: a 1-month survey. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;17(12):1503-6.
15. Thomson AB, Barkun AN, Armstrong D, Chiba N, White RJ. The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the canadian adult dyspepsia empinic treatment-prompt endoscopy. *Aliment Pharmacol* 2003;17(12):1481-91.
16. Hottman JJ, Segal R, Russell WL, Cook DJ, Sandhu M, Manue SK, et al. A randomized trial of an acid-peptic disease management program in a manged care environment. *Am J Manag.* 2003;9(6):425-33.
17. Makris N, Crott R, Fallonw CA, Bardov M. Efectividad de biopsia endoscópica de rutina para la detección del Helicobacter pylori en pacientes con dispepsia no ulcerosa. *Gastrointestinal Endosc.* 2003;56:24-32.
18. Holtman G, Gschosemann J, Buenga L, Geshen G, Talley NJ. Changer in visceral semany function determine the development of dispepsia during. Treatment with aspirin? *Gastroenterology.* 2002;123(5):1451-8.
19. Schimdt VM, Bitzu P. Dyspepsia investigation and treatmen. *Cleve Clin J. Med* 2001;163(37):4990-4.
20. Barbuti Ricardo C, Morau-Fecho, Joaquín Prado P. De Dispepsia funcional. *Rev Med Brar.* 2001;58:137-42.
21. Rolim C, Abdada C. Estudio randomizado, deplo-ciego do tratamento da dispepsia funcional com cisapride. Trimebutina e placebo. *Rev Med Bras* 2000;57(7):729-35.
22. Kochz HR, Arnold R, Stolte M, Firten M, Blum AI. The froch study group. Treatment of Helicobacter pylori in functional dyspepsia resistent the conventional management: a double blind randomized trial with a six month follow up. *Gut.* 2003;52(1):40-6
23. Bulent K, Musat A, Esin A, Fatih K, Melilk K. Association of Coag A and Vac a presence with ulcer and non-ulcer dyspepsia in a turkish population. *World J G.* 2003;9(7):1580-3.
24. Williams B, Ellingha JHN, Lucas M, Daen A, Wicks ACB. ¿Es preciso realizar exploraciones complementarias en los pacientes jóvenes con dispepsia? *The Lancet.* 1989;14(4):251-54.

25. Spiro HM. Dispepsia no ulcerosa: La búsqueda de la eupepsia. Rev Esp Ap Dig. 1991;79(3):201-3.
26. Calyeta X, Brullict E, Campo R. Dispepsia, Helicobacter pylori y endoscopia. Gastroenterol Hospital. 2000;(23):206-10.
27. Kleimer M, Saporiti L. Papel do pantoprazol en baixa dose no tratamento ambulatorial da dispepsia funcional, das gastritis c da esofagitis da refluxo. Rev Brar Med. 2002;59(5):405-12.
28. Vinaccia S, Martínez Sánchez F. Efecto de un programa psicoterapéutico combinado a una terapia farmacológica en el tratamiento del distrés psicológico y la sintomatología física de sujetos con dispepsia no ulcerosa (DNU). Universidad de Muricas, España. Gastroenterol Hospital. 2002;21(82):327-34.

Recibido: 16 de diciembre de 2003.

Aceptado: 28 de enero de 2005.

Dr. Hipólito Izquierdo de la Rosa, Especialista I Grado en Gastroenterología
Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la
Pedraja. Camagüey, Cuba.