

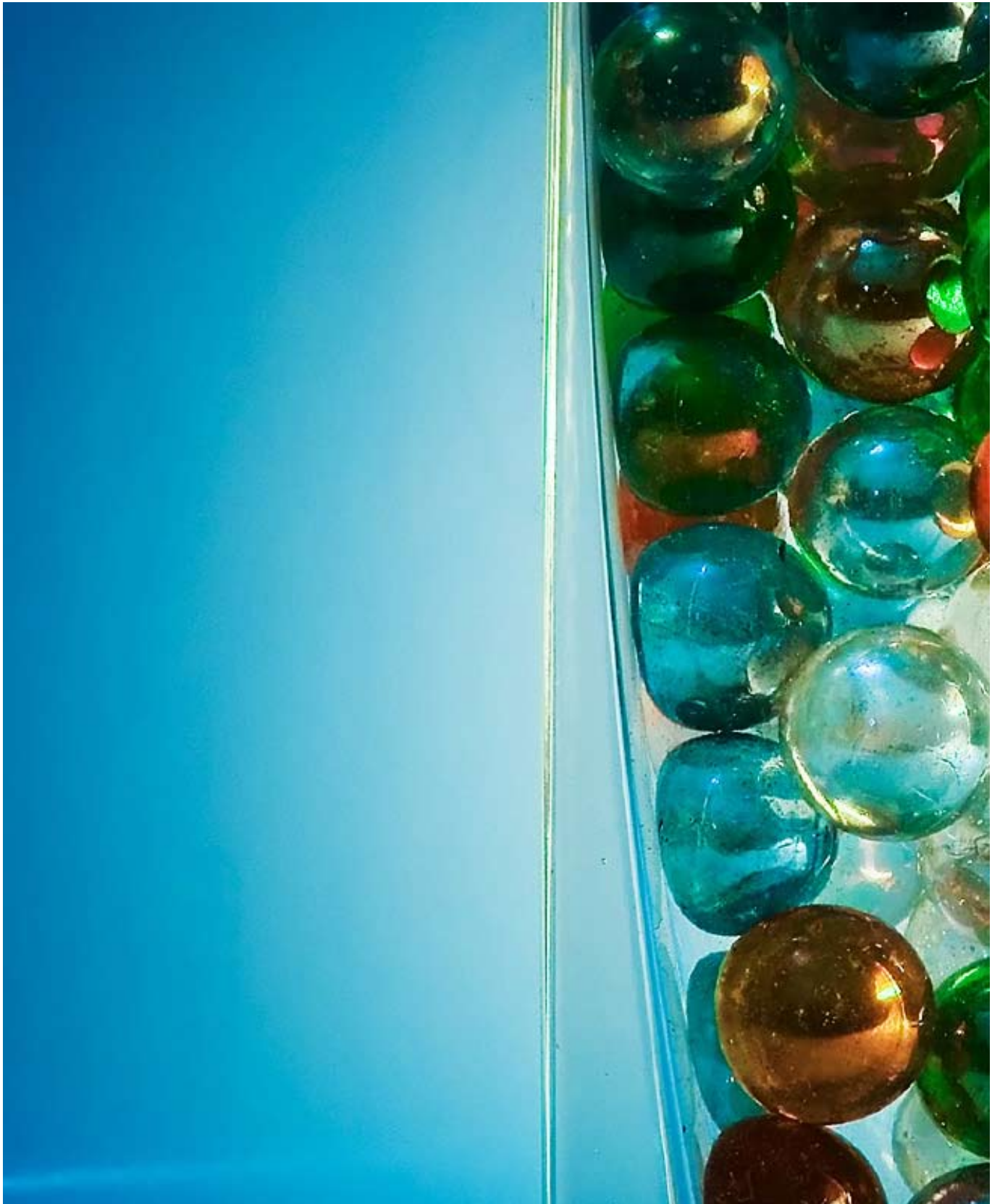


Libros  
Virtuales  
IntraMed



**IntraMed**

[www.intramed.net](http://www.intramed.net)



# DISPEPSIA

## DEFINICIÓN

Dolor o disconfort en la parte superior del abdomen (Disconfort se refiere a saciedad precoz, plenitud postprandial, distensión, eructos, náuseas).

## Dispepsia funcional:

Dolor o disconfort en la parte superior del abdomen con VEDA normal

## Criterios de Roma III

Los criterios deben estar presentes en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Los nuevos subgrupos de dispepsia funcional son:

- ❖ Síndrome de dolor epigástrico
- ❖ Síndrome de distress postprandial

## El síndrome de dolor epigástrico debe incluir todo lo siguiente:

- ❖ Dolor ó quemazón localizado en el epigastrio de al menos una vez a la semana.
- ❖ El dolor es intermitente.
- ❖ No es generalizado o localizado en otra región abdominal o torácica.
- ❖ No calma con la defecación o eliminación de flatos.
- ❖ No llena los criterios para desórdenes de la vesícula biliar o del esfínter de Oddi.

## Criterios de soporte:

- ❖ El dolor puede ser tipo quemazón, pero sin componente retroesternal.
- ❖ El dolor comúnmente es inducido o aliviado por la ingesta de una comida, pero puede ocurrir en ayunas.
- ❖ El síndrome de distress postprandial puede coexistir.

## El síndrome de distress postprandial se definirá por la presencia de una o ambas de:

- ❖ Plenitud postprandial que incomoda, que ocurre después de una comida de tamaño regular (promedio), que ocurre al menos varias veces a la semana.

- ❖ Saciedad temprana que evita finalizar una comida regular, al menos varias veces por semana.

## Criterios de soporte:

- ❖ Distensión abdominal alta o náusea postprandial o eructos excesivos pueden estar presentes.
- ❖ El Síndrome de dolor epigástrico puede coexistir

## ETIOLOGIA:

### Más frecuentes:

- ❖ Dispepsia Funcional 50%
- ❖ ERGE (Enfermedad por reflujo gastroesofágico) 10 a 20%
- ❖ Úlcera gastroduodenal 10%
- ❖ Consumo de alcohol o AINES 10%
- ❖ Neoplasias < 2%

### Menos frecuentes:

- ❖ Litiasis biliar, disfunción del esfínter de Oddi, pancreatitis crónica, cáncer de páncreas, enfermedad celíaca, intolerancia a la lactosa, enfermedades metabólicas.

## DIAGNÓSTICO

### Interrogatorio

- ❖ Síntomas y sus características.
- ❖ Descartar ERGE y Síndrome de intestino irritable.
- ❖ Consumo de fármacos y alcohol.
- ❖ Síntomas de alarma: anemia, hemorragia digestiva, pérdida de peso, disfagia, vómitos persistentes, edad mayor de 45 años, antecedente familiar de cáncer gástrico
- ❖ Características de la personalidad y situaciones de estrés.
- ❖ Clasificar la DF en 3 subgrupos: tipo dolor epigástrico, tipo distress postprandial, combinación de las dos anteriores.

### Exámen físico

Buscar puntos de dolor, masa palpable, ascitis.

### Consideraciones:

La evaluación clínica no es un método confiable para diferenciar entre patología orgánica y funcional.

El cáncer gástrico es raro en < de 45 años.

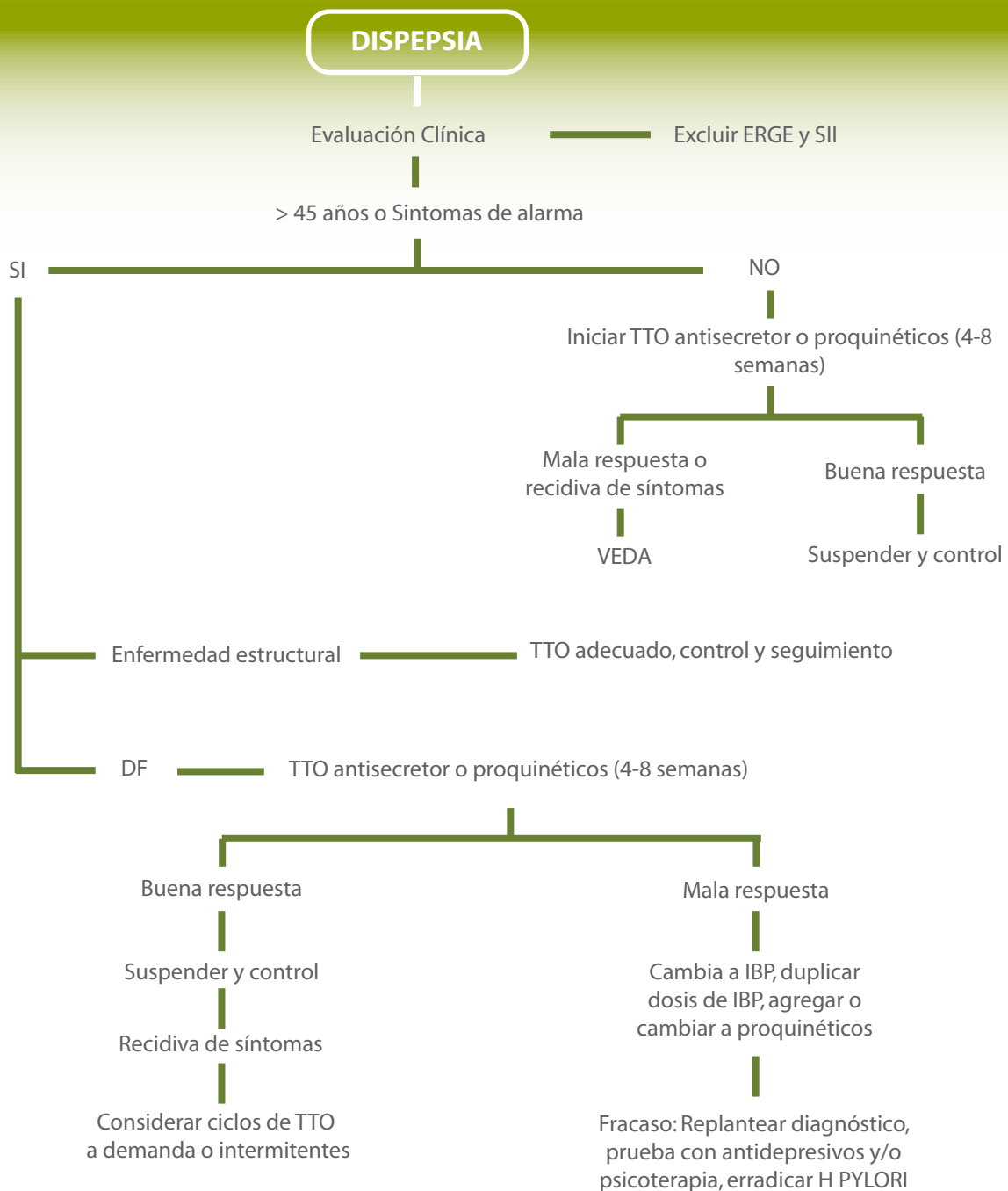
La clasificación en subgrupos no es útil para diferenciar entre patología orgánica y funcional pero sirve para guiar el tratamiento inicial.

### CONDUCTA: ¿tratar o investigar?

La estrategia óptima para el manejo del paciente con dispepsia no investigada sigue siendo incierto.

El enfoque más apropiado debe basarse en la prevalencia de úlcera péptica e infección por H pylori, costo de la endoscopia, costo del tratamiento médico, presencia o ausencia de síntomas de alarma, la edad.

### ALGORITMO



### Métodos complementarios:

- ❖ Análisis de laboratorio general.
- ❖ VEDA (endoscopia digestiva alta)

Si no responde a los diferentes tratamientos, considerar otros diagnósticos y pedir estudios en base a sospecha clínica:

- ❖ Anticuerpos para EC, TSH, calcemia
- ❖ Ecografía abdominal: ante sospecha de patología hepato-biliar, o pancreática.
- ❖ TAC de abdomen: ante sospecha de patología pancreato-biliar.
- ❖ Centellografía gástrica y manométrica gastroduodenal: pacientes con vómitos frecuentes, VEDA normal en los cuales se sospecha alteración de la motilidad gástrica.

### Enfoque basado en la sintomatología predominante:

- ❖ **Predominio de dolor:** IBP (inhibidores de la bomba de protones) o ranitidina.
- ❖ **Predominio de distress postprandial:** proquinéticos
- ❖ **Dolor más distress PP:** IBP o ranitidina mas proquinético
- ❖ **Alteración psicológica o situación de estrés asociada:** ansiolíticos, antidepresivos.
- ❖ **Falta de respuesta al tratamiento convencional:** considerar tratamientos alternativos: antidepresivos, trimebutina, psicoterapia cognitiva, erradicación de H pylori.

IBP	DOSIS ESTANDAR (mg)	DOSIS DOBLE (mg)	DOSIS MEDIA (mg)
OMEPRAZOL	20	40	10
LANZOPRAZOL	30	60	15
PANTOPRAZOL	40	80	20
RABEPRAZOL	20	40	10
ESOMEPRAZOL	40	80	20

Proquinéticos	Dosis (mg)
Cinitapride	1
Mosapride	5
Domperidona	10
Metoclopramida	10
Levosulpiride	25

---

---

## Bibliografía

1. Guías para el manejo de la dispepsia (American Journal of Gastroenterology 2005; 100: 2324-2337)
2. Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. Gastroenterology 2004;127:1239-55.
3. Evaluation of dyspepsia (Gastroenterology 2005; 129: 1753-1755)
4. Functional Dyspepsia: Motor Abnormalities, Sensory dysfunction, and therapeutic options (American Journal of Gastroenterology 2004)
5. Dyspepsia: how to manage and how to treat? (Aliment Pharmacol Ther 2002; 16 (Suppl.4): 95-104)
6. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology. 2006; 130:1377-1390.
7. Kenneth R. MaQuaid. Dispepsia. Capitulo 7. Página 107-125. Sleisenger and Fordtrand. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 7 edición. 2004