DISPEPSIA FUNCIONAL

¿QUÉ ES?

La dispepsia es un cuadro clínico compuesto por un conjunto de síntomas continuos o intermitentes, referidos por el paciente como dolor, malestar o incomodidad tipo pesadez o plenitud en la zona del estómago, que pueden o no empeorar al comer. Se presenta a veces con distensión o hinchazón, incapacidad para terminar una comida, eructos y náuseas, pero no vómitos. Afecta al 35-40% de la población general. Sin embargo, sólo en 20% de los pacientes con dispepsia atendidos en el médico de cabecera, se encuentra causa orgánica que la justifique, sea benigna (la gran mayoría) o maligna. Esto no ha cambiado en los últimos 30 años, a pesar de la mejora de los métodos diagnósticos.

En el 80% restante, se trata de pacientes con la llamada dispepsia funcional o no orgánica. Es la dispepsia en que las molestias no se deben a la presencia de enfermedad demostrable, digestiva o no, al alcoholismo o tabaquismo crónicos, ni la toma prolongada de fármacos. ¿Cuál es entonces la causa de estas molestias? Se piensa que se deben a un aumento de la sensibilidad de estómago e intestinos.

SÍNTOMAS

La propia definición de dispepsia nos indica sus síntomas: dolor, malestar o incomodidad en zona teórica del estómago. Al llamarla “funcional” estamos indicando que no es orgánica, que no se debe a una lesión como una úlcera, estrechez, tumor, etc. Es muy importante saber que en la dispepsia funcional no debe haber manifestaciones de “alarma” como fiebre, vómitos, adelgazamiento, dolor de vientre nocturno, dificultad o dolor para tragar, presencia de sangre roja o digerida (melena) en las heces, anemia, ictericia (coloración amarilla de la piel), orinas oscuras, aumento del volumen del hígado en la exploración física o presencia de una masa abdominal. Tampoco debe haber alteraciones en los análisis normales de sangre y orina, y las exploraciones física y complementarias cardiovascular, renal, respiratoria y digestiva han de ser normales.

Con frecuencia estos pacientes aquejan otras manifestaciones junto a las digestivas: dolor de cabeza, mareos (no vértigo), insomnio, cansancio psicofísico, irritabilidad, pulso acelerado, dolores musculares generalizados, pinchazos en tórax o en abdomen, dolor lumbar crónico, micción frecuente o dificultosa, y si es mujer reglas dolorosas y dolor durante el coito o después.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de sospecha se basa en la existencia de manifestaciones compatibles con dispepsia, en pacientes que además ni tengan síntomas o signos de alarma, ni aquejen enfermedades del resto del organismo (extradigestivas).

Para estar seguros de que se trata de una dispepsia funcional, debemos excluir que los síntomas se deban a hábitos tóxicos (alcoholismo, tabaquismo) o a toma crónica de fármacos posiblemente responsables (aspirina o antiinflamatorios no esteroideos, pero también broncodilatadores, antibióticos, antihipertensivos, medicamentos para el colesterol, hormonas, sales de calcio o de hierro).

El diagnóstico de confirmación de dispepsia funcional se consigue comprobando que los análisis son normales y también las exploraciones complementarias digestivas adecuadas. El médico considerará la necesidad de endoscopia digestiva alta según las circunstancias particulares de cada enfermo:

—Si se trata de pacientes a los que nunca se les ha hecho una endoscopia digestiva alta, se debe hacer esta si hay síntomas o signos de alarma, o en personas de más de 50 años

o para aliviar temores o preocupación del enfermo (ya que el tener una endoscopia normal tranquiliza mucho y ayuda a la recuperación).

—En el caso de pacientes que ya tengan endoscopia previa, esta se repetirá si aparecen síntomas o signos de alarma.

Una vez que a un paciente se le diagnostica una dispepsia funcional, es interesante saber que esto se confirma por la evolución clínica en el 95% de los casos. Estos pueden ser controlados y tratados por su médico sin necesidad de más investigaciones. Sólo deben revisarse los pacientes que presenten cambios en los síntomas o aparición de síntomas o signos de alarma.

TRATAMIENTO

En general hay dos líneas de tratamiento: a) no farmacológico; y b) farmacológico (medicamentos). La posible mejoría se suele ver confundida porque en este cuadro hay una elevada respuesta al placebo: el paciente mejora por la confianza que le da recibir un tratamiento y no por el tratamiento en sí. La clave es conseguir mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes de manera eficiente.

Tratamiento no farmacológico. Es muy importante y consigue mejorar la salud general de la persona. Hace referencia a ciertas modificaciones en el estilo y forma de vida, que se consideran en general saludables: dejar de fumar, evitar el abuso de alcohol, disminuir el sobrepeso, comer despacio masticando bien, evitar abuso de grasas y estimulantes en la ingesta, hacer ejercicio físico no competitivo y evitar el empleo innecesario y sin prescripción médica de fármacos que puedan causar molestias digestivas. Algunos pacientes se benefician de la aplicación de técnicas de manejo de estrés o de psicoterapia de apoyo o conductual.

Tratamiento farmacológico (medicamentos). Los antiácidos y el sucralfato no son eficaces para aliviar la dispepsia funcional. Los antagonistas H₂ (ranitidina, famotidina) son eficaces en el alivio del dolor o la acidez, aunque los fármacos inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol, esomeprazol), se usan como primera elección. Los fármacos procinéticos (fármacos que facilitan y ordenan los movimientos del estómago e intestino), que se emplearán en aquellas personas en cuyos síntomas predominen las náuseas, la plenitud o la pesadez..

Ninguno de estos fármacos debe tomarse si no es por prescripción médica, y no es conveniente hacerlo continuamente más allá de 4-6 semanas, sin vigilancia ulterior. No deben tomarse a la vez antiácidos y antiseoretos, porque se reduce la efectividad de estos últimos. En cuanto al papel de la bacteria llamada *Helicobacter pylori* en la dispepsia funcional, no hay acuerdo entre los especialistas acerca de si se debe o no dar un tratamiento para eliminarla (llamado “erradicador”), ya que no está claro que produzca mejoría y hay gran número de personas con esa bacteria en sus estómagos que no sufren ningún síntoma.

Modificado y adaptado de Bixquert Jiménez. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2004; 96: 427.