

# Dispepsia

## Autores

Lorena Bembibre Vázquez <sup>1</sup>  
Yolanda Taboada Blanco <sup>2</sup>

M. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

SERGAS. Área Sanitaria de A Coruña- España

Guías Clínicas 2004; 4(28)

## Puntos clave

- Dispepsia: cualquier dolor o molestia localizada en la parte central del abdomen superior y que puede estar asociado a una sensación de plenitud, saciedad precoz, distensión, eructos, náuseas y vómitos
- La dispepsia funcional es un diagnóstico de exclusión al que se llega tras realizar pruebas y no observar una causa orgánica que justifique la sintomatología
- La etiología más común es la dispepsia funcional (60%), seguida de úlcera péptica (15-25%), la esofagitis por reflujo (5-15%) y el cáncer de esófago o estómago (<2%)
- Una historia clínica minuciosa y una detallada exploración física son fundamentales en la evaluación del paciente con dispepsia, aunque por si solas no van a darnos un diagnóstico específico
- La endoscopia digestiva es más sensible que la radiología de contraste en la detección del cáncer gástrico, ya que permite la biopsia de cualquier lesión inmediatamente. El estudio radiológico podría reservarse para aquellos pacientes que rechazan o no toleran la endoscopia
- Los antisecretores y los procinéticos mejoran la dispepsia funcional. No hay estudios que demuestren que los cambios en la dieta o hábitos mejoren los síntomas dispépticos y tampoco existen datos concluyentes de que la infección por H. Pylori sea un factor patogénico en esta patología

## ¿De qué hablamos?

La prevalencia de los síntomas de dispepsia en la población general varía entre el 8 y el 54%, los estudios cuya definición de dispepsia es más imprecisa encontraron porcentajes más elevados. Según los criterios de Roma consensuados en 1999 dispepsia se define como cualquier dolor o molestia localizada en la parte central del abdomen superior y que puede estar asociado a una sensación de plenitud, saciedad precoz, distensión, eructos, náuseas y vómitos. El dolor de los hipocondrios (derecho o izquierdo) no se considera característico de la dispepsia.

Los síntomas pueden ser continuos o intermitentes, y estar o no, relacionados con la ingesta. La pirosis y regurgitación tampoco se consideran parte de la dispepsia, son más específicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

La dispepsia se clasifica en orgánica y no orgánica o funcional.

La dispepsia orgánica puede tener diversas causas [Tabla 1]

La dispepsia funcional es un diagnóstico de exclusión al que se llega tras realizar pruebas y no observar una causa orgánica que justifique la sintomatología. De acuerdo con los criterios de Roma II para establecer el diagnóstico de dispepsia funcional se debe cumplir lo siguiente:

1. Síntomas con una duración mínima de 12 semanas (no tienen que ser consecutivas) durante los últimos 12 meses.
2. Presencia de dispepsia de forma persistente o recurrente.
3. Ausencia de enfermedades orgánicas (debe incluirse la realización de una endoscopia digestiva alta) que puedan explicar los síntomas.
4. Sin evidencia de que la dispepsia se alivia exclusivamente con la defecación o se asocia con cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones (para diferenciarla del síndrome del intestino irritable)

En los pacientes con historia previa de enfermedad ulcerosa péptica crónica

Elaborada con opinión de un experto y revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Tabla 1. Causas de la dispepsia orgánica.

Gástricas	Enfermedad ulcerosa péptica Cáncer gástrico
Duodenales	Enfermedad ulcerosa péptica Duodenitis erosiva Lesiones obstructivas
Esofágicas	ERGE con síntomas atípicos Cáncer de esófago
Otras digestivas	Enfermedades biliares o 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, antineoplásicos, estrógenos, progestágenos.

ca no se debe establecer el diagnóstico de dispepsia funcional.

La etiología más común es la dispepsia funcional (60%), seguida de úlcera péptica (15-25%), la esofagitis por reflujo (5-15%) y el cáncer de esófago o estómago (<2%). La prevalencia de la úlcera péptica en las dos últimas décadas ha disminuido, en parte, debido a la erradicación del *Helicobacter Pylori*. También está disminuyendo la prevalencia del cáncer de estómago.

Diversos estudios han mostrado que existe una asociación entre los diversos problemas de salud mental (ansiedad, depresión, stress crónico...) y la dispepsia funcional. No se ha demostrado una asociación clara con la infección por *Helicobacter Pylori*. Los factores relacionados con los estilos de vida sociodemográficos y ambientales presentan resultados contradictorios con la dispepsia funcional, ya que algunos estudios han demostrado asociación con el café, el tabaco, la obesidad, clases sociales desfavorecidas, y otros estudios no han demostrado tal asociación.

Los AINE, la infección por *Helicobacter Pylori* y el tabaco son factores de riesgo para la úlcera péptica. Otros factores, como la edad, el sexo, la historia personal o familiar de úlcera, los estilos de vida no saludables, los trastornos de ansiedad, la utilización crónica, incluso a dosis bajas de ácido acetilsalicílico también se han asociado a la úlcera péptica y a sus complicaciones. Los antecedentes de úlcera péptica aumentan la probabilidad de que un nuevo episodio de dispepsia se deba a una úlcera recurrente. El tabaco y el alcohol se han asociado con un aumento de sangrado o perforación de una úlcera péptica.

El *Helicobacter pylori* está asociado al proceso precancerosos del adenocarcinoma gástrico y al linfoma tipo MALT (tejido linfoide asociado a la mucosa)

## ¿Cómo se diagnostica?

Una historia clínica minuciosa y una detallada exploración física son fundamentales en la evaluación del paciente con dispepsia, aunque por si solas no van a darnos un diagnóstico específico. En la historia clínica debe comprobarse cuándo se produjo el

inicio de los síntomas, la duración, localización e irradiación del dolor, así como la sintomatología asociada, hábitos tóxicos e ingesta medicamentosa. Una historia previa de síndrome constitucional, masa abdominal o anemia nos orientará más hacia el cáncer gástrico mientras que una historia larga de dolores episódicos hacen más probable el diagnóstico de dispepsia funcional o úlcera péptica, siendo esta más frecuente cuando el dolor aumenta por la noche y se alivia con la ingesta.

Aunque esta clasificación es de utilidad limitada y discutida, dependiendo de las diferentes manifestaciones clínicas, la dispepsia se divide en:

1. Dispepsia funcional de tipo ulceroso: cuando el síntoma predominante es el dolor.
2. Dispepsia funcional de tipo dismotilidad: cuando predomina la saciedad precoz, distensión, plenitud o náuseas.
3. Dispepsia funcional inespecífica: cuando no cumple los criterios anteriores.

Existen una serie de signos y síntomas de alarma que van a ser claves en la historia clínica pues nos obligan a estrategias diagnósticas más agresivas desde el inicio, y son:

- Pérdida de peso significativa no intencionada
- Vómitos importantes y recurrentes
- Disfagia
- Sangrado digestivo: hematemesis, melenas, anemia
- Presencia de masa abdominal palpable.

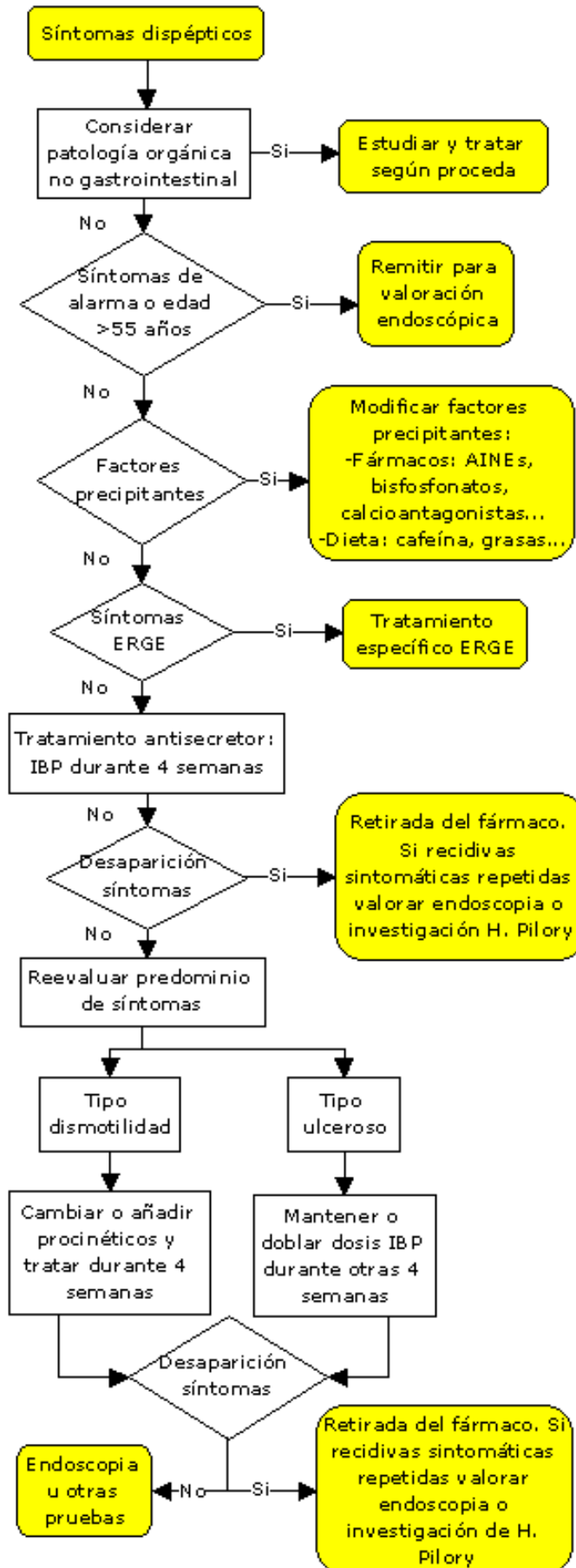
Las pruebas complementarias disponibles para el diagnóstico son:

- La endoscopia digestiva es más sensible que la radiología de contraste en la detección del cáncer gástrico precoz y de erosiones gástricas y duodenales, ya que permite la biopsia de cualquier lesión inmediatamente. El estudio radiológico podría reservarse para aquellos pacientes que rechazan o no toleran la endoscopia. En pacientes menores de 55 años sin síntomas de alarma no está indicado hacer de forma rutinaria una endoscopia.
- Para la investigación de la infección por *H. Pylori* disponemos de métodos invasivos, realizados a partir de la endoscopia y métodos no invasivos. La prueba del aliento con urea C13 es el método diagnóstico no invasivo de elección en los pacientes dispépticos y el test rápido de la ureasa en los pacientes que precisan una endoscopia. Para evitar falsos negativos, es necesario evitar la toma de fármacos antisecretorios (IBP) las 2 semanas anteriores a las pruebas y 4 semanas en el caso de antibióticos.

## Más en la red

- Guías clínicas sobre Dispepsia en MEDLINE [[\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=PureSearch&db=pubmed&details_term=)
- Índice de resúmenes de las revisiones COCHRANE [<http://www.update-software.com/cochrane/abstract.htm>]
- AEG, semFYC y Centro Cochrane Iberoamericano. Manejo del paciente con dispepsia. 2003. [[http://www.guiasgastro.net/cgi-bin/wdbcgi.exe/gastro/guia\\_completa.portada?pid=3](http://www.guiasgastro.net/cgi-bin/wdbcgi.exe/gastro/guia_completa.portada?pid=3)]

**Algoritmo diagnóstico**



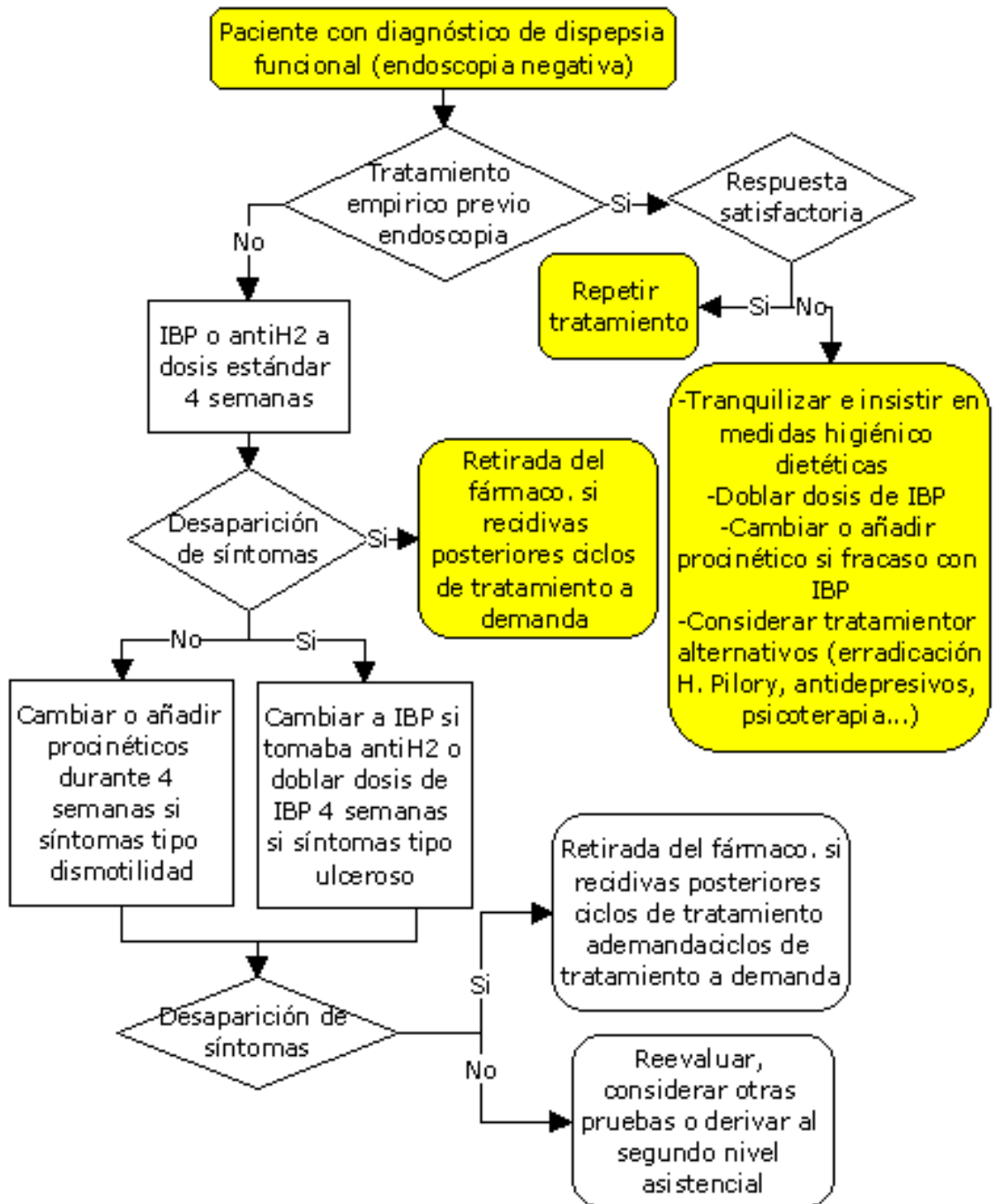
**¿Cómo se trata?**

1. Dispepsia funcional:
- Medidas higiénico-dietéticas: aunque no hay estudios que demuestren que los cambios en la dieta o hábitos mejoren los síntomas dispépticos, es lógico recomendar dejar de fumar, evitar alimentos que causen molestias y empeoren los síntomas, evitar café, alcohol, AINES, etc.
  - Antisecretores (antiH2 e IBP): han demostrado ser superiores al placebo en la desaparición o mejora de los síntomas de la dispepsia funcional, sin existir diferencias significativas entre ambos grupos. Si bien los IBP se muestran más eficaces entre los pacientes en los que predominan los síntomas de tipo ulceroso.
  - Procinéticos: podrían tener un moderado efecto en los que predominan los síntomas tipo

dismotilidad.

- Fármacos antidepresivos, ansiolíticos y psicoterapia: su uso podría ser beneficioso en la dispepsia funcional, pero no existen estudios concluyentes que avalen esta teoría. En el abordaje de la dispepsia funcional es fundamental establecer una buena relación con el paciente.
- Erradicación del H. Pylori: no existen datos concluyentes de que la infección por H. Pylori sea un factor patogénico en la dispepsia funcional ni que el tratamiento erradicador muestre ventajas claras en la mejoría sintomática. A pesar de ello en algunos estudios se encontró mejoría en algunos pacientes, por lo que parece razonable tratar a todos los positivos en tanto no se encuentre el perfil de los respondedores.

Algoritmo de tratamiento de la dispepsia funcional



## 2. Úlcera péptica:

Tratamiento erradicador del H. Pylori: la pauta más recomendada es la que combina un IBP con Claritromicina y Amoxicilina durante una semana, alternativamente puede utilizarse RCB (Ranitidina-citrato de bismuto) en vez del IBP. En los pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda sustituir Amoxicilina por Metronidazol. La pauta triple de 14 días, aunque ligeramente más eficaz que la de 7, es menos utilizada por su peor cumplimiento y mayor número de efectos secundarios. Cuando el tratamiento inicial de primera línea fracasa se recomienda utilizar el esquema de terapia cuádruple durante 7 días. [Guía específica en nueva ventana: [http://fisterra.com/guias2/ulcera\\_peptica.htm](http://fisterra.com/guias2/ulcera_peptica.htm)]

**Bibliografía**

- Alberta Medical Association. Diagnosis and Treatment of Chronic Undiagnosed Dyspepsia in Adults [en línea]. CMA Infobase; Reviewed 2001.
- American Family Physician. Evaluation and management of dyspepsia. [Internet]. September, 2003 [Acceso 12-6-04].
- Delaney BC, Moayyedi P, Forman D. Estrategias de manejo inicial para la dispepsia. En: La Cochrane Library plus en español, número 2, 2004. Oxford, Update Software Ltd. [Resumen]
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. [Internet] Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de elaboración de guías de práctica clínica en enfermedades digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3. [Acceso 12-6-04].
- Mearin, Fermín. El enfermo con dispepsia. En: Montoro Huguet, Miguel. Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia. 2ª ed. Barcelona: Edika-Med; 2002
- Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, Oakes R, Wilson S, Roalfe A, Bennett C, Forman D. Erradicación de Helicobacter pylori para la dispepsia no ulcerosa. En: La Cochrane Library plus en español, número 2, 2004. Oxford, Update Software Ltd.
- New Zealand Guidelines. The management of dyspepsia and Heartburn [Internet]. New Zealand Guidelines Group; April 2004. [Acceso 12-6-04].
- Protocolo de actuación en la dispepsia funcional. Medicine 2004; 9 (2): 127-136
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: Dispepsia. A National Clinical Guideline [Internet]. Marcc, 2003. [Acceso 12-6-0404].
- Soo S, Moayyedi P, Deeks J, Delaney B, Lewis M, Forman D. Intervenciones psicológicas para la dispepsia no ulcerosa. En: La Cochrane Library plus en español, número 2, 2004. Oxford, Update Software Ltd.