

Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la dispepsia

Diagnóstico

Coordinador: Dr. Ricardo Santoyo-Valenzuela

Participantes: Dr. Hugo Barrera-Torres, Dr. Reyes Betancourt-Linares, Dr. Edgardo Díaz-Cervantes, Dra. Rosa María Miranda-Cordero, Dr. Rigoberto Zamora-Godínez

¿ES POSIBLE DIAGNOSTICAR LA DISPEPSIA FUNCIONAL EN FORMA POSITIVA O SE REQUIERE HACERLO POR EXCLUSIÓN DE CAUSAS ORGÁNICAS?

El diagnóstico de dispepsia funcional al igual que el de otros trastornos funcionales gastrointestinales se hacía en el pasado hasta que se lograban excluir causas orgánicas.

Desde hace algunos años se lograron identificar algunos datos clínicos que permiten en la actualidad establecer un diagnóstico positivo sin tener que realizar numerosos y costosos exámenes de laboratorio y de gabinete.

A través de un interrogatorio y exploración física adecuados se pueden identificar los síntomas que distinguen a la dispepsia. Los criterios de Roma¹ (ver Clínica y clasificaciones aplicables a la atención de los pacientes) son por ahora los elementos más útiles para hacer un diagnóstico positivo. **Evidencia tipo II. Grado de recomendación C.**

Signos de alarma. Factores de riesgo

Una vez identificada la dispepsia, el paso a seguir es el de investigar la posibilidad de una enfermedad orgánica como causa de la misma. Los síntomas por sí mismos no permiten discriminar entre una enfermedad funcional y una orgánica como el cáncer.²⁻³ Los signos de alarma o signos rojos⁴ (ver Clínica y clasificaciones aplicables a la atención de los pacientes) que aunque parecen tener un valor limitado⁴ en el diagnóstico de procesos malignos del tubo digestivo proximal, si parecen ser de utilidad en la identificación de algunas enfermedades o para identificar el uso de otros recursos diagnósticos como la endoscopia. Igual cosa puede decirse de algunos factores que se consideran de riesgo para el desarro-

llo de ciertos procesos patológicos. **Evidencia tipo II. Grado de recomendación B.**

El tratamiento de prueba como método diagnóstico

Basados en las posibles implicaciones etio y fisiopatológicas de: el ácido clorhídrico, el *Helicobacter pylori* y de diversas alteraciones motoras, se han utilizado desde hace mucho tiempo, los bloqueadores H2, los IBP, los procinéticos y la erradicación del *H. pylori* como recursos diagnósticos en la dispepsia no investigada⁵. Estudios recientes⁶ y diversos metaanálisis⁷ han demostrado que los IBP a dosis antisecretoras por cuatro a ocho semanas, son mejores que placebo y que los antagonistas de los receptores H2 en la mejoría y en el alivio de los síntomas. **Evidencia tipo I. Grado de recomendación A.**

Procinéticos. En un metaanálisis reciente se analizó la eficacia de los diversos procinéticos disponibles en varios países (metoclopramida, domperidona, trimebutina, cisaprida, itoprida, mosaprida) a dosis variables, por cortos períodos y se observó que fueron mejores que el placebo hasta en 30% en la mejoría de los síntomas.⁸ En otro estudio⁹ realizado en el primer nivel de atención se informó que tratamiento empírico con cisaprida fue una estrategia efectiva y menos costosa que la de erradicar al *Helicobacter pylori* y que la de practicar endoscopia después de dos semanas si no había mejoría. **Evidencia tipo II. Grado de recomendación B.**

Erradicación del *Helicobacter pylori*: En la reunión de consenso sobre *Helicobacter pylori*, promovida por La Asociación Mexicana de Gastroenterología y cuyos resultados se publican en este número, se llegó al acuerdo de recomendar NO investigar ni tratar al *Helicobacter pylori* en pacientes mexicanos con dispepsia. En efecto, en países como el nuestro en donde la prevalen-

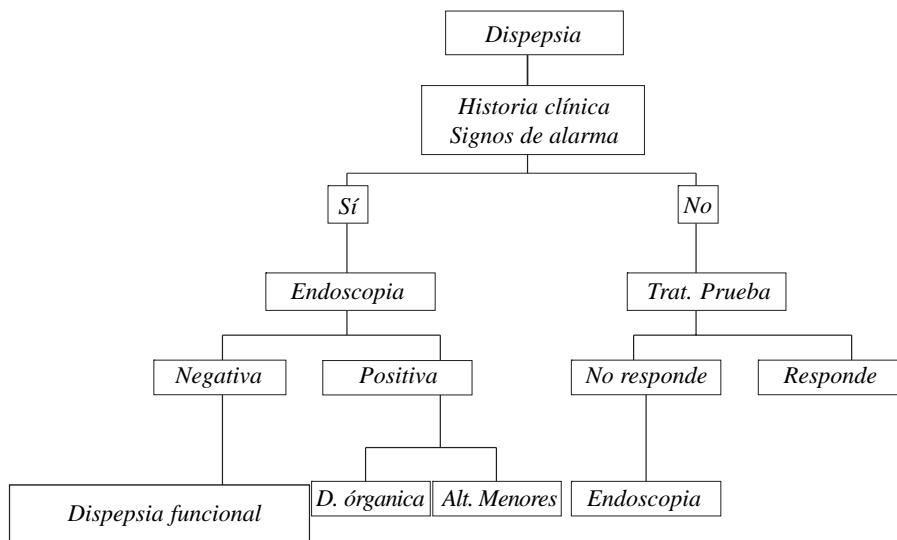


Figura 1. Algoritmo para el manejo de la dispepsia.

cia de la infección varía de acuerdo con el área geográfica, pero que en promedio puede considerarse como intermedia, la ganancia terapéutica es similar a la que se obtendría con placebo, por lo que no se justifica ninguna de las estrategias de buscar y tratar ni de tratar y buscar.^{10,11} **Evidencia tipo II. Grado de recomendación C.**

Si con alguna de las estrategias mencionadas se obtiene una respuesta satisfactoria lo más seguro es que el paciente padezca, en efecto, dispepsia. En caso contrario deberá ser investigado y el paso siguiente más recomendable es la endoscopia.

Papel de la endoscopia

La exploración endoscópica del tubo digestivo proximal es sin duda el recurso más útil para confirmar el diagnóstico de la dispepsia funcional o para descartar patología orgánica. Se acepta hoy en día que todo paciente con signos de alarma y/o factores de riesgo deba ser explorado endoscópicamente.^{12,13} **Evidencia tipo IV. Grado de recomendación B**

Si durante la exploración endoscópica se encuentra algún proceso patológico, se establece el diagnóstico de dispepsia orgánica. Si no hay alteraciones patológicas o éstas son mínimas como una hernia hiatal, cambios menores en la mucosa (aunque nadie ha precisado estos conceptos) se corrobora el diagnóstico de dispepsia funcional.

Se propone el algoritmo anexo para el manejo de los pacientes con dispepsia (Figura 1). **Evidencia tipo II. Grado de recomendación C.**

REFERENCIAS

1. Drossman DA. Senior Editor. Rome-III. The functional gastrointestinal disorders. 3rd. Ed. Virginia, USA: Degnon Associates, Inc. Mc Lean; 2006, p. 887.
2. Moayyedi P, Talley NJ, Fennerty MB, Vakil N. Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? *JAMA* 2006; 295: 1566-76.
3. Bowrey DJ, Griffin SM, Wayman J, Karat D, et al. Use of alarm symptoms to select dyspeptics for endoscopy causes patients with curable esophagogastric cancer to be overlooked. *Sur Endosc* 2006; 20: 1725-8.
4. Drossman DA. Senior Editor. Rome-III. The functional gastrointestinal disorders. 3rd. Ed. Virginia, USA: Degnon Associates, Inc. Mc Lean; 2006, p. 934-6.
5. Vakil N, Moayyedi P, Fennerty B, Talley N. Limited value of alarm features in diagnosis of Upper Gastrointestinal Malignancy: Systemic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology* 2006; 131: 392-401.
6. Cash BD, Chey WD. Current treatment of dyspepsia. In: Fass R (ed.). Hot topics GERD/dyspepsia. 1st. Ed Philadelphia: Hanley & Belfus; 2004, p. 369-37.
7. Moayyedi P, Delaney BC, Bakil N, Forman D, Talley NJ. The efficacy of proton pump inhibitors in non-ulcer dyspepsia: a systemic review and economic analysis. *Gastroenterology* 2004; 127: 1329-37.
8. Wang WH, Huang RQ, Zheng GF, et al. Effects of Proton-Pump Inhibitors on Functional placebo-Controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 178-85.
9. Hiyama T, Yoshihara M, Matsuo K, et al. Meta-analysis of the effects of prokinetic agents in patients with functional dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 22: 304-10.
10. Hu WHC, Lam SK, Lam CLK, et al. Comparison between empirical prokinetics, Helicobacter test and treat and empirical endoscopy in primary patients presenting with dyspepsia: a one year study. *World J Gastroenterol* 2006; 21: 5010-16.
11. Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ. Dyspepsia management in primary care: a decision analysis of competing strategies. *Gastroenterology* 2002; 122: 1270-85.
12. Chiba N, Van Zanten SJ, Sinclair P, et al. Treating Helicobacter pylori infection in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian adult dyspepsia empiric treatment-Helicobacter pylori positive (CADET-Hp) randomized controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 1012-16.
13. Liberman D, Fennerty MB, Morris C et al. Endoscopic Evaluation of patients with dispepsia. Results From the National Endoscopic Data Repository. *Gastroenterology* 2004; 127: 1067-75.