



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Carta de la salud

Marzo 2019 #274

ISSN 1900-3560

Doctor, tengo gastritis. Un acercamiento a la dispepsia.

• **Carlos Arturo Rojas Rodríguez**

Médico internista, especialista en Gastroenterología y Endoscopia,
Fundación valle del Lili

• **David Andrés De Paz Cobo**

Residente de segundo año de Medicina Interna, Universidad CES
GEHCO - Grupo de Investigación Gastrohepatología en Colombia

INTRODUCCIÓN

La gastritis es un término usado para indicar que existe inflamación de la mucosa (el revestimiento interno) del estómago. Es importante aclarar que "gastritis" no es un síntoma sino un proceso celular que es observado por un patólogo, a través de un microscopio cuando analiza una biopsia del estómago.

Los síntomas como dolor, distensión o plenitud en el abdomen superior son muy frecuentes, pero no son sinónimos de gastritis. Estas molestias relacionadas o no con las comidas, son conocidas como dispepsia. La dispepsia es un problema clínico común, que genera mucha molestia y que rara vez amenaza la vida. Este es el tema central de ésta Carta de la Salud.

Hasta un 40% de la población ha presentado síntomas de dispepsia en algún momento de su vida. Además, corresponde a un 30% de las consultas en el servicio de gastroenterología. En Colombia, al igual que en el resto del mundo, la mayoría de las veces la dispepsia es consecuencia de malos hábitos de alimentación o uso de medicamentos como anti-inflamatorios, y no significa que haya una enfermedad grave.

DEFINICIÓN

Etimológicamente el término dispepsia viene de las palabras griegas dys (pobre) y pepsis (digestión), y representa un dolor o malestar episódico o persistente, localizado en la parte central del abdomen superior o epigastrio.



Figura 1. Epigastrio y órganos abdominales.



La dispepsia se ha caracterizado clínicamente por uno o más de los siguientes síntomas cardinales:

1. Plenitud después de comer (distensión o abombamiento).
2. Saciedad temprana (llenado fácil).
3. Dolor epigástrico (en la "boca del estómago").
4. Ardor o quemazón epigástrico.

Otros síntomas asociados son los eructos, náuseas y vómito.

No incluye sensación de reflujo de alimentos o ácido gástrico, ni dolor de pecho. Sin embargo no es infrecuente que se presente en conjunto con la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el síndrome de intestino irritable.

DISPEPSIA FUNCIONAL (70%)

- Cuando no hay una explicación, después de los estudios diagnósticos.
- Idiopática (de causa desconocida).

DISPEPSIA ORGÁNICA (30%)

- Explicada por una enfermedad gastrointestinal estructural o bioquímica.
- Enfermedad úlcero-péptica.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Cálculos en la vesícula (colelitiasis).
- Cáncer gástrico y otras neoplasias abdominales.
- Pancreatitis, gastroparesia.
- Infecciones (*Helicobacter pylori*, *Giardia lamblia*).
- Medicamentos (Aspirina, AINES).

LA DISPEPSIA FUNCIONAL: LA MÁS COMÚN

Ocurre como resultado de un funcionamiento anormal del sistema gastrointestinal.

Puede deberse a movimientos intestinales alterados (retardo en el vaciamiento gástrico, mala acomodación gástrica), sensibilidad aumentada a la distensión y al ácido (generalmente son estímulos no dolorosos), y alteraciones en la comunicación cerebro-intestino (sustancias que actúan mal, como la serotonina).

Se ha demostrado que los estados emocionales pueden modular el funcionamiento digestivo y empeorar los síntomas. En personas con dispepsia funcional la prevalencia de trastornos del ánimo, como la ansiedad y la depresión, es 3 veces más frecuente que en la población sin estos cuadros clínicos.

Para hablar de dispepsia los síntomas deben ocurrir al menos un día a la semana, por los últimos 3 meses. Pueden estar o no asociados a la alimentación y se destacan dos tipos: el síndrome dispéptico posprandial (se produce después de comer) y el síndrome de dolor epigástrico (no siempre relacionado con los alimentos).

El diagnóstico de dispepsia funcional se considera definitivo una vez se hayan descartado las causas orgánicas con una endoscopia digestiva alta y una ecografía abdominal.

CAUSAS ORGÁNICAS

Enfermedad úlcero-péptica

Una úlcera péptica es una herida o erosión de la mucosa del estómago o duodeno. Son causadas por la suma de varios factores locales y sistémicos que disminuyen el grosor de la capa de moco que protege la mucosa gástrica, permitiendo mayor exposición al ácido estomacal. En más de la mitad de los casos las úlceras están relacionadas a una infección por *Helicobacter pylori*, la cual se mencionará más adelante, seguidas del uso exagerado de analgésicos de venta libre, conocidos como AINES.

Las úlceras se manifiestan como dispepsia. Sus síntomas pueden aliviarse con las comidas, y empeorar con el estómago vacío o en las noches, pero hasta el 75% de las personas con úlceras no presentan síntomas. Las complicaciones son sangrado digestivo, perforación con peritonitis y cicatrización con formación de estrecheces, las cuales predisponen a obstrucción del paso de alimento.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

El reflujo gastroesofágico ocurre cuando los contenidos estomacales, como el ácido, se devuelven hacia el esófago.

Este fenómeno lo padecen muchas personas, en ocasiones sin sentirlo y sin consecuencias mayores. La obesidad, comer abundantemente y rápido, son los principales desencadenantes. Cuando este fenómeno ocasiona irritación de las paredes del esófago, los pulmones, la garganta o incluso los oídos, se reconoce como enfermedad, afectando hasta el 20% de los adultos. Clásicamente se manifiesta con sensación de reflujo y pirosis (agrieras, acidez o quemazón en el pecho), especialmente después de comidas abundantes, grasas, picantes o de ingesta de alcohol. Otros síntomas frecuentes son: la tos, la ronquera, el dolor al tragar y la sensación de taco en la garganta. Estos síntomas pueden empeorar en una persona con asma.

El diagnóstico puede confirmarse con una endoscopia digestiva alta que muestre los cambios inflamatorios en el esófago. Cuando los hallazgos de la endoscopia no demuestran inflamación del esófago se puede realizar una prueba de medición de la acidez con una sonda que mide el pH.

Las complicaciones del reflujo gastro-esofágico son la inflamación prolongada (esófago de Barrett), las úlceras, la formación de estrecheces y el cáncer de esófago.

Cálculos en la vesícula

Los cálculos biliares son depósitos sólidos (piedras) formados a partir de líquido biliar o bilis, que se acumulan en la vesícula biliar. Al menos el 10% de los adultos tiene cálculos. Es más común en mujeres de edades avanzadas y obesas. Estas piedras del tamaño de una arveja o menores generalmente no producen síntomas, pero cuando la vesícula se contrae para expulsar bilis éstas pueden obstruir su salida y causar dolor. Este dolor se localiza más frecuentemente al lado derecho del abdomen superior, y empeora con la ingesta de comidas abundantes. La complicación más conocida es la colecistitis. Los cálculos biliares también pueden obstruir la salida de los conductos biliopancreáticos al intestino, y producir una colangitis o una pancreatitis.

Cáncer de estómago

El cáncer se desarrolla a partir de una célula única que nace con la propiedad de multiplicarse de forma anormal, acumulándose para formar un tumor, el cual invade, sangra u obstruye el paso de alimentos. Este tiene el potencial de diseminarse por todo el cuerpo (metástasis). En Colombia es la segunda causa de cáncer en hombres y la cuarta en mujeres. El pico de incidencia es entre los 50 y 70 años, pero hasta el 10% de los casos ocurre en menores de 40 años. También se asocia a infección por *H. pylori*. Generalmente no causa síntomas tempranamente y cuando se manifiesta ya tiene un estadio avanzado. También producen pérdida de peso, vómito, anemia, deficiencia de vitaminas, fatiga, debilidad y sensación de masa abdominal. Las personas con antecedente familiar de cáncer gastrointestinal, deben informarlo a su médico tratante.

Medicamentos

Los medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos (AINES), como el ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, meloxicam y aspirina, usados para tratar dolor, se han identificado como causantes de inflamación de la mucosa del estómago, sangrado y enfermedad ulceropéptica. Son muy usados en enfermedades osteomusculares como la artritis y la artrosis. Estos medicamentos adelgazan la capa protectora de la pared estomacal y permiten mayor lesión directa del ácido gástrico, promoviendo complicaciones. Son una de las principales causas de anemia inexplicada y sangrado oculto.

Infección por *H. pylori*

La bacteria *Helicobacter pylori* ha convivido con los humanos desde hace más de 50 mil años. En países como Colombia, 4 de cada 5 adultos han sido infectados por esta bacteria. Vive en las paredes del estómago y generalmente no ocasiona síntomas. Dependiendo de qué tan agresiva sea la cepa implicada y qué tan frágil sea la mucosa del individuo, causará mayor o menor inflamación. La inflamación prolongada se asocia fuertemente con desarrollo de gastritis crónica, de úlceras pépticas, linfoma gástrico, cáncer gástrico, anemia, plaquetas bajas y deficiencia de vitaminas. En estos casos es importante confirmar la presencia de la bacteria con pruebas invasivas, como la biopsia, o no invasivas, como la prueba de aliento, para definir la necesidad de terapia de erradicación de esta, con medicamentos específicos.

Enfermedad coronaria

Es importante recalcar que en personas con historia de hipertensión, diabetes y obesidad, además de antecedente de ataque cardíaco previo o en la familia, un infarto de corazón puede manifestarse vagamente, incluso confundirse con una dispepsia.

¿QUÉ HACER EN CASO DE DISPEPSIA?

El paciente con síntomas de dispepsia debe consultar con su médico tratante. En la valoración inicial es importante enfatizar en los síntomas de alarma que puedan sugerir presencia de otras enfermedades potencialmente graves.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS DE ALARMA?

Sangrado digestivo | Anemia inexplicada

Pérdida de peso inexplicada | Saciedad precoz

Disfagia progresiva (dificultad para deglutir alimentos)

Vómito a repetición | Masa palpable en abdomen

Cáncer gastrointestinal en familiares de 1er grado

Ictericia (coloración amarilla de la piel)

¿A QUIÉNES SE LES REALIZA UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA?

La esofagogastroduodenoscopia es el examen de primera elección para el estudio del paciente con dispepsia no investigada. Los hallazgos endoscópicos son normales en el 70% de los pacientes.

Se recomienda estudio endoscópico si el paciente tiene:

1. **Dispepsia no estudiada: SIEMPRE en mayores de 35 años.**
2. **Dispepsia con un signo de alarma: SIEMPRE independientemente de la edad.**

¿EN QUÉ CONSISTE?

Este es un procedimiento ambulatorio muy seguro, realizado por el especialista en endoscopia, con fines diagnósticos. Se realiza con el paciente en ayuno y suele tardar un máximo de 10 minutos. Puede realizarse con o sin sedación.

El endoscopio es una sonda larga y flexible, con una cámara de video en su extremo distal, que se introduce por la boca y permite revisar las paredes del esófago, estómago y primera parte del intestino delgado. Las imágenes son visualizadas en un monitor y pueden ser almacenadas. Permite también tomar biopsias de tejido, las cuales serán enviadas al laboratorio de patología para determinar presencia de inflamación, arquitectura celular, células cancerosas y colonización por microorganismos (la bacteria *H. pylori*).

¿CUÁL ES EL MANEJO DE LA DISPEPSIA?

El tratamiento es dirigido según la causa. Si la causa es orgánica, su médico le ofrecerá la terapia más indicada. Por ejemplo, si tiene una infección por *H. pylori* y su médico lo considera indicado, recibirá tratamiento antimicrobiano. Si se documenta una lesión sospechosa de malignidad, ésta será estudiada y manejada por el especialista.

La terapia farmacológica en la dispepsia funcional incluye medicamentos procinéticos, antiácidos y neuromoduladores (como los antidepresivos). Escoger entre uno y otro depende de las características de la dispepsia y de acuerdo a criterio médico.

Los medicamentos o bebidas herbales, naturales u homeopáticos deben ser evitados. Muchos de estos productos tienen efectos adversos y tóxicos sobre el hígado y pueden predisponer a cirrosis. Siempre consulte a su médico tratante antes de consumirlos.

Otros manejos alternativos como la psicoterapia, las técnicas de relajación y la acupuntura tienen evidencia de reducir la intensidad del dolor y mejorar la calidad de vida.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Comer despacio.
- Masticar bien los alimentos.
- Fraccionar los alimentos.
- Evitar comidas abundantes.
- No beber grandes volúmenes en una sola toma.
- Evitar alimentos que desencadenan síntomas.
- Nunca quedar demasiado lleno.
- No acostarse después de comer.
- Bajar de peso.
- Dejar de fumar.
- No consumir bebidas alcohólicas.
- Realizar ejercicio a diario.

Recuerde que tratar una dispepsia empíricamente, sin ser estudiada, puede tener más riesgos que beneficios.

COMITÉ EDITORIAL

- Dra. Marcela Granados • Dra. Diana A. Prieto
- Dr. Jorge M. Madriñán • Dra. Zamira Montoya
- Dr. César A. Arango • Dr. Harry M. Pachajoa
- Dr. Luis A. Escobar • Dr. Fernando Sanabria
- Dra. Mónica A. Villegas • Enfermera Gloria Echeverry
- Enfermera Julia A. Leal • Coordinadora de Comunicaciones, María Isabel Sánchez
- Comunicadora, Vanessa Anturi • Abogado, Camilo A. García
- Comunicadora, Margarita Londoño Vélez

Dirección: Cr. 98 # 18-49

Tel: 331 9090 - Santiago de Cali

E-mail: cartadelasalud@fv.org.co

Citas: centraldecitas@fv.org.co

Versión digital disponible en

www.valledelili.org/cartadelasalud

Diagramación: Daniela Gutiérrez Calderón

Síguenos en:  fvcali  fvltv  @FVCal  @fundacionvalledelili

Esta publicación de 40.000 ejemplares es cortesía de:



El País



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.