



Protocolo diagnóstico de la dispepsia

A. Elorza, I. Rodríguez-Lago y J.L. Cabriada*

Servicio de Digestivo. Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao. Vizcaya. España.

Palabras Clave:

- Dispepsia
- *Helicobacter pylori*
- *Test and treat*
- Enteropatía sensible al gluten

Keywords:

- Dyspepsia
- *Helicobacter pylori*
- Test and treat
- Gluten-sensitive enteropathy

Resumen

Introducción: La dispepsia, definida como dolor o molestia en hemiabdomen superior, es un motivo de consulta muy frecuente tanto en Atención Primaria como en la consulta especializada.

Etiología: La causa más frecuente, en alrededor del 70% de los casos, es la dispepsia funcional.

Valoración diagnóstica: En la valoración inicial de estos pacientes se debe realizar una historia clínica detallada, acompañada de exploración física, analizando la presencia o ausencia de datos de alarma. Debemos identificar a los pacientes con bajo riesgo de presentar patología orgánica para poder evitarles pruebas diagnósticas invasivas.

Manejo clínico: En pacientes con dispepsia sin datos de alarma, y en zonas con una prevalencia de *H. pylori* mayor del 20%, está indicada la estrategia «test and treat». En caso de pacientes con signos de alarma, fracaso del tratamiento empírico y/o clínica sugestiva de enteropatía sensible al gluten, está indicada la endoscopia precoz para descartar patología orgánica y toma de biopsias duodenales.

Abstract

Diagnostic algorithm for dyspepsia

Introduction: Dyspepsia is one of the most common reasons for consultation in Primary Care as well as in the specialized care. It is defined as pain or discomfort in the upper abdomen.

Etiology: Functional dyspepsia accounts for almost 70% of all the cases.

Diagnostic evaluation: In the initial evaluation of these patients, we should perform a detailed evaluation of the clinical data and physical examination, looking always for signs or symptoms of alarm. Our primary aim should be to identify patients with low risk of having an organic disease, in order to avoid unnecessary invasive diagnostic investigations.

Clinical management: In dyspeptic patients without alarm data and living in areas with a high prevalence of *H. pylori* infection (over 20%) the best approach the «test & treat» strategy. In patients with alarm signs, failure to empirical treatment and/ or with a high index of suspicion of gluten-sensitive enteropathy, early endoscopy is indicated to rule out organic lesions and to obtain duodenal biopsies.

Introducción

La dispepsia se define, según los criterios de Roma III, como dolor o molestia en la parte central del abdomen superior, generalmente persistente o recurrente. Engloba síntomas como sensación de plenitud posprandial, saciedad precoz y

distensión abdominal. La dispepsia se clasifica en orgánica o funcional, suponiendo esta última alrededor del 70% de los casos. Para definir la dispepsia como funcional, los síntomas deben haberse iniciado al menos 6 meses antes del diagnóstico y estar activos durante al menos 3 meses, en ausencia de patología orgánica¹. En la dispepsia funcional se establecen dos patrones sintomáticos: el síndrome de distrés posprandial, caracterizado por sensación de saciedad precoz y/o plenitud posprandial y el síndrome de dolor epigástrico, caracterizado por dolor o ardor epigástrico.

*Correspondencia
Correo electrónico: jcabriada@gmail.com

La prevalencia de la dispepsia en nuestro medio es elevada. En España se establece entre un 7-34% de la población, siendo un importante motivo de consulta médica y de empleo de recursos sociosanitarios, por lo que es imprescindible seleccionar adecuadamente a los pacientes susceptibles de realizar pruebas complementarias, ya que no parece que sea coste-efectivo su realización sistemática.

Valoración inicial

La historia clínica debe ser detallada en la valoración de un paciente con dispepsia. Se deben recoger datos sobre los antecedentes personales y familiares relevantes, estilo de vida, toma de fármacos, así como sobre las características del dolor y síntomas acompañantes, especialmente del espectro de la enteropatía sensible al gluten (ESG), analizando presencia o ausencia de datos de alarma (tabla 1). Debe ser complementada con la exploración física, valorando datos que nos orienten hacia una patología orgánica².

Exploraciones complementarias

Pruebas de laboratorio

La realización de una analítica sanguínea está indicada en pacientes con inicio de síntomas por encima de los 50-55 años, en caso de sospecha de malabsorción y/o en pacientes con datos de alarma. En pacientes jóvenes y sin signos de alarma, no es necesaria. La analítica debe incluir la realización de bioquímica (iones, función renal, glucemia), hemograma con recuento leucocitario, metabolismo de hierro, perfil hepático y hormonas tiroideas.

La prevalencia de ESG en pacientes con dispepsia se estima entre 1,2-6,2%. Existe controversia en incluir la determinación de los anticuerpos antitransglutaminasa tisular (ATG) en la valoración inicial de la dispepsia, pero es especialmente recomendable descartar una ESG en caso de síndrome de distrés posprandial, sobre todo si se asocia flatulencia, hinchazón y meteorismo, y si además no ha existido una respuesta adecuada al tratamiento empírico. Se solicitará en la analítica sanguínea los ATG y determinación de IgA total (para descartar un déficit de IgA asociado)³.

TABLA 1
Datos de alarma en la dispepsia

Edad > 50-55 años
Pérdida de peso involuntaria
Vómitos persistentes
Anemia o datos de sangrado gastrointestinal (melenas y/o rectorragia)
Masa abdominal o linfadenopatías
Disfagia progresiva
Antecedentes familiares de cáncer del tracto gastrointestinal
Cirugía gástrica o neoplasia previa
Ictericia

Detección de *Helicobacter pylori*

Se puede realizar de forma invasiva mediante gastroscopia con toma de biopsias y/o test de ureasa. Existen además otras pruebas no invasivas como el test del aliento con urea marcada con ¹³C (recomendado por su mayor fiabilidad), la serología y la determinación de antígeno de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) en heces.

En España la prevalencia de la infección por *H. pylori* es elevada, del 70% aproximadamente. Múltiples estudios han demostrado que la erradicación en pacientes con dispepsia sin signos de alarma disminuye la incidencia de los síntomas a largo plazo y las consultas por dicho motivo. Esta aproximación resulta más coste-efectiva que realizar sistemáticamente endoscopia temprana como primera prueba diagnóstica⁴.

Tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones

La administración empírica de estos fármacos durante dos semanas consigue la mejoría sintomática en más del 80% de los casos. Sin embargo, la tasa de recidiva tras su suspensión es muy alta. Algunos algoritmos de manejo de la dispepsia no investigada sin signos de alarma recomiendan la administración de forma empírica de un IBP, inicialmente en dosis estándar, y especialmente en casos de coexistencia de síntomas de reflujo gastroesofágico o en zonas con una baja prevalencia de infección por *H. pylori* (< 20%)⁵.

Endoscopia

La endoscopia es de primera elección en pacientes con datos de alarma (tabla 1) o si la respuesta al tratamiento empírico es insuficiente o recurrente. En pacientes que presenten preocupación excesiva también puede ser útil para disminuir la ansiedad².

La endoscopia alta permite descartar lesiones orgánicas y la toma de biopsias duodenales para estudio histológico e inmunotinción para linfocitos intraepiteliales, especialmente en presencia de un escenario sugestivo de ESG (familiares de primer grado, enfermedades autoinmunes, ferropenia, retraso de crecimiento, osteoporosis precoz, infertilidad y abortos y aftas orales recurrentes^{3,6}).

Estudios de motilidad y percepción visceral

Se ha demostrado que en pacientes con dolor abdominal epigástrico y endoscopia sin hallazgos, el tratamiento con un IBP es coste-efectivo, de manera que en pocas ocasiones será preciso realizar una pH-metría esofágica para descartar enfermedad por reflujo gastroesofágico. En casos seleccionados pueden ser útiles algunas técnicas funcionales, aunque no están disponibles en todos los centros (gammagrafía gástrica, manometría intestinal...).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805225>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805225>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)