



REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## NEUROGASTROENTEROLOGÍA

# Sobreposición y trastornos funcionales digestivos

J. M. Remes-Troche

Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Recibido el 22 de mayo de 2015; aceptado el 8 de junio de 2015

Tradicionalmente, los trastornos funcionales digestivos (TFD) se han clasificado de acuerdo con los criterios del grupo de Roma y se han dividido de acuerdo con el segmento del tracto digestivo que afectan en: trastornos esofágicos, gastroduodenales, intestino delgado y colon, anorrecto y vías biliares.<sup>1,2</sup> Desde hace algunos años, múltiples estudios epidemiológicos han reportado la coexistencia de síntomas gastrointestinales altos y bajos, así como pacientes que cumplen con los criterios diagnósticos de Roma para más de un TFD, llamándose a este fenómeno: “síndrome de sobreposición” o “sobreposición funcional digestiva”. La importancia de identificar estos pacientes radica en entender el significado de la confluencia de múltiples síntomas, de uno o más mecanismos fisiopatológicos, y la necesidad en muchas ocasiones de diferentes opciones terapéuticas. Por otra parte, los síntomas relacionados con los TFD pueden coexistir o estar presentes en el contexto de otras enfermedades o trastornos digestivos como la enfermedad inflamatoria intestinal y los trastornos relacionados con la ingesta de alimentos [p. ej., enfermedad celiaca (EC), sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC), intolerancia a los FODMAP, etc.]. En estos pacientes el reto es tratar de establecer si estos síntomas son atribuibles a enfermedades orgánicas o a los TFD. En el presente documento se hace un análisis de los trabajos destacados respecto a la sobreposición de los TFD presentados en la Semana de Enfermedades Digestivas 2015 (DDW: *Digestive Disease Week*) en la ciudad de Washington, D.C., Estados Unidos de Norteamérica.

## Sobreposición entre TFD

El estudio más representativo al respecto fue uno presentado por grupo del California Pacific Medical Center en el que se evaluó en una cohorte de 654 pacientes atendidos entre enero de 2012 y octubre de 2013 la presencia de sobreposición entre TFD.<sup>3</sup> Para esto aplicaron los cuestionarios de Roma III a todos los sujetos que fueron atendidos en la consulta de trastornos funcionales y calcularon la frecuencia de TFD en cada paciente. De todos ellos, solo 9.5% de los pacientes NO cumplieron ningún diagnóstico de acuerdo con los criterios de Roma III, 15% cumplió criterios para un TFD, 10.9% cumplió criterios para dos TFD y 64.6% tuvo tres o más TFD. El número más alto de TFD fue de 12 para un solo sujeto. El diagnóstico más común fue el de síndrome de intestino irritable (SII) (48.6%). En estos pacientes con SII la sobreposición con dispepsia fue de 29.6%. Dentro de los pacientes con dispepsia todos cumplieron criterios para el síndrome de *distress* posprandial y solo 4% cumplió criterios para el síndrome de dolor epigástrico. La conclusión de este trabajo es que si bien los criterios de Roma son útiles e importantes, frecuentemente no llevan a un solo diagnóstico ya que la mayoría de los pacientes tiene múltiples diagnósticos y es importante tener en cuenta esto por sus implicaciones en cuanto al tratamiento y las limitaciones clínicas que esto pueda llevar.

Los eructos frecuentemente se atribuyen a la producción excesiva de gas; sin embargo, como síntomas se asocian

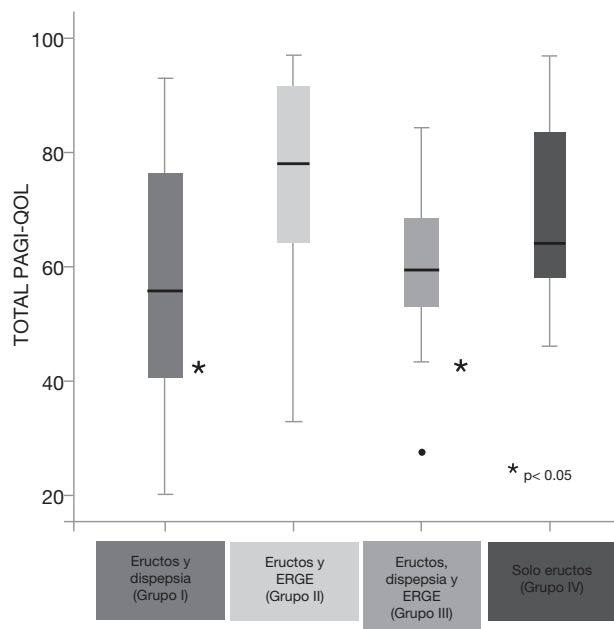
Autor de correspondencia: Iturbide s/n, Col. Flores Magón, C.P. 91400, Veracruz, Veracruz. Teléfono (229)9223292, fax: (229)2021231. Correos electrónicos: joremes@uv.mx y jose.remes.troche@hotmail.com (J. M. Remes-Troche)

con otras condiciones como dispepsia funcional (DF) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). No obstante, la información respecto a la prevalencia de este síntoma, su asociación con otros TFD y su afección en la calidad de vida en la población general se desconoce. Nuestro grupo de trabajo presentó un estudio que tuvo la finalidad de evaluar la prevalencia de eructos en población mexicana y cuáles eran los factores relacionados con una peor calidad de vida.<sup>4</sup> Este trabajo es parte del proyecto SIGAME (acrónimo de Síntomas Gastrointestinales en México) cuyo objetivo fue evaluar la presencia de síntomas gastrointestinales en población abierta en México mediante la aplicación de una encuesta (cara a cara) por 73 entrevistadores en las ocho áreas geográficas del país. A todos los sujetos se les aplicó la versión validada en español del cuestionario Roma III y el PAGI-QoL (calidad de vida). Del total de la muestra analizada los sujetos se clasificaron en cuatro grupos: 1) pacientes con eructos y síntomas de dispepsia, 2) pacientes con eructos y síntomas de ERGE, 3) pacientes con eructos, dispepsia y ERGE, y 4) pacientes sólo con eructos. De las 3,038 encuestas analizadas, la prevalencia de eructos fue de 5.3 % (IC 95%: 4.5-6.1) y se distribuyeron de la siguiente forma: grupo 1, 22.4% (n = 36); grupo 2, 21.71% (n = 35); grupo 3, 20.5% (n = 33), y grupo 4, 35.4% (n = 57). Los pacientes del grupo 1 fueron más jóvenes que los de los otros tres grupos ( $p < 0.05$ ). Los puntajes en la calidad de vida de los pacientes se muestran en la Figura 1 y los pacientes de los grupos 1 y 3 (sobreposición con dispepsia) tuvieron menores puntajes en las cinco dimensiones del PAGI-QoL. De acuerdo con estos resultados, los eructos se asocian frecuentemente con dispepsia (43%) y síntomas de ERGE (42%) en la población mexicana, y el tener síntomas dispépticos se relaciona con peor calidad de vida. Estos resultados son importantes ya que en pacientes que sufren de eructos obligan a tratar de establecer la sobreposición con dispepsia y ofrecer un tratamiento más dirigido para el control de esta última entidad.

Una de las explicaciones acerca de la sobreposición en TFD es que los mismos mecanismos fisiopatológicos pudieran ser responsables de los síntomas. Un grupo finlandés presentó un trabajo donde se demuestra que el incremento de la percepción al dolor en mujeres con SII y DF puede deberse a factores psicológicos.<sup>5</sup> Para esto, a 356 sujetos con DF (70% mujeres) y 335 con SII (68% mujeres) se les evaluó los umbrales de tolerancia y dolor a la presión mediante un algómetro que aplicaba presión graduada (a una constante de 0 a 50 kPa/s con máxima de 1200 kPa) en cuatro grupos musculares: a) el trapecio, b) el tibial anterior, c) la cara dorsal de la muñeca y d) el espacio interespinoso L5/S1. En el análisis realizado los umbrales de tolerancia a la presión estuvieron disminuidos sólo en mujeres con DF y SII; en el modelo ajustado estas diferencias de los umbrales estuvieron explicadas básicamente por la coexistencia de ansiedad y depresión.

### Sobreposición entre TFD y ERGE

En los últimos 20 a 25 años la evidencia ha apoyado cada vez con mayor frecuencia la sobreposición entre ERGE y SII. Algunos estudios han descrito que entre 30 y 71% de los pacientes con SII tiene pirosis, y que la prevalencia de SII en



**Figura 1** Calidad de vida de acuerdo con el PAGI-QoL en pacientes con eructos y sobreposición con otros TFD. Imagen original cortesía del Dr. José M. Remes-Troche.

ERGE es mayor que en la población general.<sup>6</sup> Hsu y cols., en colaboración con el Instituto Lynn de Oklahoma, realizaron un estudio en una cohorte de 2,064 sujetos sometidos a *check-up* para evaluar la prevalencia de ERGE, SII y sobreposición.<sup>7</sup> Del total de la población evaluada 797 sujetos tuvieron ERGE, 97 tuvieron SII y 79 tuvieron SII y ERGE. Los pacientes con ERGE-SII presentaron síntomas más severos de reflujo que los pacientes sólo con SII o ERGE ( $p < 0.0001$ ). Además, los pacientes con sobreposición utilizaron más recursos y tuvieron peor calidad de sueño y mayores puntajes en las escalas de ansiedad y depresión ( $p < 0.05$ ). Los autores concluyen que los pacientes con sobreposición ERGE-SII tienen un perfil clínico y psicológico diferente y que tener presente esto puede optimizar el tratamiento y el uso de recurso en estos pacientes.

### TFD, EII y SGNC

Algunos estudios han evaluado si los factores psicológicos relacionados con enfermedades funcionales u orgánicas (p. ej., enfermedad inflamatoria intestinal) se asocian con la intensidad de los síntomas. El grupo de Coriazzari en Italia<sup>8</sup> presentó un estudio con el objetivo de evaluar si la psicopatología en los pacientes que padecen TFD, EII y los controles sanos es la misma y cuáles son esos factores determinantes. Para ello evaluaron a 69 pacientes con EII (35 CUCI y 34 Crohn), 75 pacientes con SII y 76 controles y les aplicaron el cuestionario SCL-90-R para determinar el perfil psicológico. En el SCL-90-R los pacientes con EII y SII tuvieron puntuaciones más altas que los controles (0.59 vs. 0.74 vs. 0.23;  $p = 0.0001$ ) y en ambos grupos el puntaje GSI estuvo por arriba del puntaje necesario para considerarlos disfuncionales. Los pacientes con SII tuvieron mayores puntajes para

ansiedad y depresión, y esto se asocio con la intensidad de los síntomas. De igual forma, en los pacientes con EII los puntajes de ansiedad y depresión no se asociaron con la edad, ni con el género, pero sí con la intensidad de los síntomas ( $p < 0.001$ ). Los autores concluyen que la presencia de síntomas crónicos (orgánicos o funcionales) se vinculó con mayor psicopatología que la población general y esto se puede deber a la carga que éstos ejercen sobre la funcionalidad y la vida diaria.

Un estudio realizado por un grupo australiano demostró que en pacientes con EII en remisión e incluso cicatrización mucosa, la persistencia de alteraciones en la permeabilidad intestinal (detectadas por endomicroscopía confocal) puede explicar la persistencia de síntomas considerados como de sobreposición de SII en esta población.<sup>9</sup> Los autores demuestran que la presencia de diarrea, mas no de dolor abdominal, se correlaciona estrechamente con las alteraciones detectadas por endoscópica confocal. Si bien es un trabajo sobre EII, resulta interesante como en ausencia de lesiones mucosas, las alteraciones en la barrera epitelial son responsables de síntomas como la diarrea y esto podría extrapolarse a los pacientes con SII-D en los que la inflamación de bajo grado, las alteraciones de la permeabilidad y las infecciones pudieran desempeñar un papel fundamental.

Finalmente, un grupo canadiense evaluó la presencia de TFD al momento del diagnóstico y 6 meses después en 58 sujetos con enfermedad celíaca.<sup>10</sup> Al momento del diagnóstico, 68% cumplió criterios para SII, 36% para DF y 41% para distensión abdominal. A los 6 meses la prevalencia de DF y distensión abdominal disminuyó significativamente (14 y 22%,  $p < 0.05$ ), pero la de SII no cambio (64%). El estudio resulta muy interesante ya que reafirma el concepto de la sobreposición entre TFD y enfermedades relacionadas con el gluten, un concepto que está de moda en la actualidad.

## Financiamiento

No se recibió financiamiento para la escritura de este documento.

## Conflictos de intereses

El autor es miembro del Consejo Asesor de Takeda Pharmaceuticals, Alfa-Wasserman y Almirall, y ponente para Takeda, Asofarma, Alfa-Wassermnan, Almirall y Astra-Zeneca.

## Bibliografía

1. Locke GR. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in North America. *Gastroenterol Clin N Am* 1996; 25:1-19.
2. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. US householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38:1569-1580.
3. Agarwal N, Shaw RE, Lin MS, et al. Using the Rome III Criteria to Diagnose Functional Gastrointestinal Disorders: One Is the Loneliest Number. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Tu1428.
4. Pérez Reyes E, Blanco Vela CI, Amieva-Balmori M, et al. Belching and Quality of Life. What is the Determining Factor? Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Tu1657.
5. Koivurova OP, Blomster T, Auvinen J, et al. Increased pain hypersensitivity in women with irritable bowel syndrome and functional dyspepsia explained by psychological factors: A prospective birth cohort population. ?. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 Mayo 16-19; Washington, DC. Mo2043.
6. Pimentel M, Rossi F, Chow EJ, et al. Increased prevalence of irritable bowel syndrome in patients with gastroesophageal reflux. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34:221-224.
7. Hsu CS, Liu TT, Yi CH, et al. Irritable Bowel Syndrome Symptom Overlap in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Su1389.
8. Piacentino D, Cesarini M, Corazziari E. Gastrointestinal Patients Psychopathological Level is Associated with Symptom Severity Irrespectively of Inflammatory Bowel Disease or Irritable Bowel Syndrome Diagnosis. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Sa2009.
9. Chang J, Ip MH, Yang M, et al. Impaired Mucosal Permeability Underlies Ongoing Irritable Bowel Syndrome-Likes Symptoms, in Patients with Inflammatory Bowel Disease Who Have Achieved Mucosal Healing. Presentación oral en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. 306.
10. Silvester JA, Walker JR, Graff LA, et al. Functional Gastrointestinal Symptoms in Patients with Celiac Disease: Prevalence at Diagnosis and Response to a Gluten Free Diet. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Sa1277.