

TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS



Academicismo y Nuevas Perspectivas

Unidad de Gastroenterología y Hepatología
Hospital San Jorge Huesca

CONTENIDOS

- Clasificación de los TFD: Roma III.
- Síntomas de alarma que obligan a derivar al especialista.
- Situaciones de mayor interés en la práctica clínica.
 - Pirosis “funcional”. Criterios de pH-metría-impedanciometría.
 - Dispepsia funcional.
 - Síndrome de intestino irritable
 - Estreñimiento crónico idiopático.
 - El problema del anismo.
 - Biofeedback.
- Organicidad oculta bajo la apariencia de un TFD.
 - Enteropatía sensible al gluten
 - Sobrecrecimiento bacteriano intestinal.
 - Intolerancia a azúcares.
 - Malabsorción idiopática de sales biliares
 - Colitis microscópica.

OBJETIVOS

- Conocer el concepto de Trastorno Funcional Digestivo (TFD) a través de los criterios definidos en Roma III.
- Describir los síntomas de alarma que obligan a la realización de exámenes complementarios.
- Revisar los TFD de mayor prevalencia en la práctica clínica habitual. Conocer sus estrategias de manejo diagnóstico y terapéutico.
- Definir patologías orgánicas próximas en su presentación clínica a un TFD.
- Identificar claves para la búsqueda de organicidad en pacientes con criterios de TFD.

CLASIFICACION DE ROMA III

- **A. T.F. Esofágicos**
 - A1. Pirosis funcional
 - A2. Dolor torácico funcional de posible origen esofágico
 - A3. Disfagia funcional
 - A4. Globo esofágico
- **B. T.F. Gastroduodenales**
 - B1. Dispepsia funcional
 - B1a. Síndrome del estrés postprandial
 - B1b. Síndrome del dolor epigástrico
 - B2. Trastornos con eructos
 - B2a. Aerofagia
 - B2b. Eructos excesivos de origen no específico
 - B3. Trastornos con náuseas y vómitos
 - B3a. Náusea idiopáticas crónicas
 - B3b. Vómitos funcionales
 - B3c. Síndrome de vómitos cíclicos
 - B4. Síndrome de rumiación
- **C. T.F. Intestinales**
 - C1. Síndrome del intestino irritable
 - C2. Hinchazón funcional
 - C3. Estreñimiento funcional
 - C4. Diarrea funcional
 - C5. TF intestinales no específicos
- **D. Síndrome del dolor abdominal funcional**
- **E. T.F. de la vesícula biliar y del esfínter de Oddi**
 - E1. TF de la vesícula biliar
 - E2. TF biliares del esfínter de Oddi
 - E3. TF pancreáticos del esfínter de Oddi
- **F. T.F. Anorrectales**
 - F1. Incontinencia fecal funcional
 - F2. Dolor anorectal funcional
 - F2a. Proctalgia crónica
 - ✓ F2a1. Síndrome del elevador del ano
 - ✓ F2a2. Dolor anorectal funcional no específico
 - F2b. Proctalgia fugaz
 - F3. Trastornos funcionales de la defecación
 - F3a. Defecación disinérgica
 - F3b. Propulsión defecatoria inadecuada

<http://www.romecriteria.org>



ROME FOUNDATION

To Improve the Lives of People with Functional GI Disorders

- Home ✦
- Translations Project ✦
- Rome III Diagnostic Criteria ✦
- Rome III Questionnaires ✦
- Scoring Rome III Questionnaire using SAS ✦
- Rome III Journal Articles: Gastroenterology, April 2006 ✦
- Research Program ✦
- Education Program ✦
- Educational Products ✦

About Rome Foundation
Sponsors
Contact Us
Join Our Mailing List
Ethics Policy

Google™ Custom Search search

Rome III Journal Articles: Gastroenterology, April 2006

The Rome III book was published in condensed form in a journal supplement that appeared in *Gastroenterology* (volume 20, issue 5, May 2006) the official journal of the American Gastroenterological Association. The Rome Foundation obtained permission to post the journal supplement on our website for download by the American Gastroenterological Association Institute.

ROMA III

Trastornos Gastrointestinales Funcionales

Table of Contents

- The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process
D. A. Drossman
- Fundamentals of Neurogastroenterology: Basic Science
D. Grundy, E. D. Al-Chaar, Q. Aziz, S. M. Collins, M. Ke, Y. Taché, and J. D. Wood
- Applied Principles of Neurogastroenterology: Physiology/Motility Sensation
J. E. Kellow, F. Azpiroz, M. Delvaux, G. F. Gebhart, H. R. Mertz, E. M. M. Quigley, and A. ...

SanJORGE

Unidad de Gastroenterología y Hepatología

SINTOMAS DE ALARMA

- Hematemesis, melenas, hematoquezia, rectorragia o anemia.
- Pérdida de peso inexplicable y clínicamente relevante.
- Dolor permanente e intenso, que incluso interrumpe el sueño nocturno.
- Vómitos persistentes.
- Disfagia y Odinofagia.
- Masa abdominal palpables o adenopatías.
- Edad superior a 55 años para dispepsia de inicio reciente y superior a 50 años para síntomas de SII.
- Cambio reciente en el hábito intestinal ó diarrea grave.
- Fiebre y viaje reciente a área de diarrea endémica.
- Antecedentes familiares de neoplasia gastrointestinal.
- Excesiva ansiedad del paciente por sus síntomas.

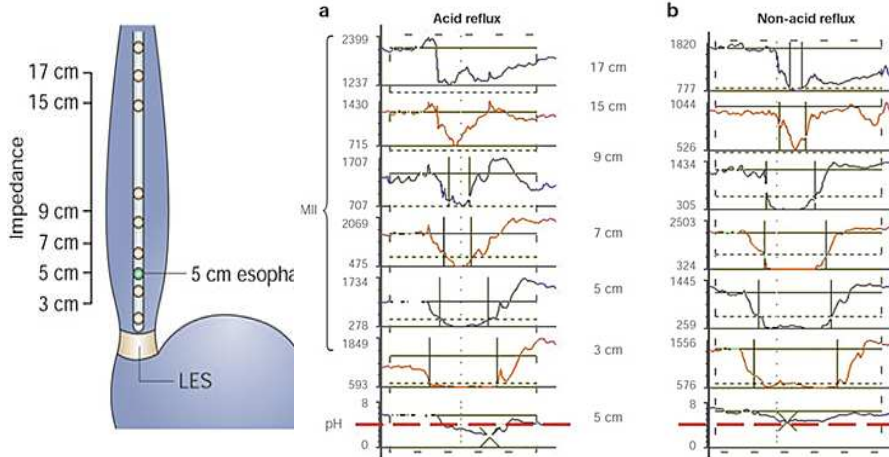
PIROSIS FUNCIONAL

- ❑ No se incluye en el concepto de ERGE. Relación con *hiperalgesia visceral*.
- ❑ Criterios:
 - Son precisos todos los siguientes
 - ❑ 1. Quemazón retroesternal o dolor urente.
 - ❑ 2. Ausencia de evidencia de reflujo ¿ácido? como causa del síntoma.
 - ❑ 3. Ausencia de trastorno motor esofágico con base histopatológica.
 - Duración: cumple los criterios durante los últimos tres meses y al menos 6 meses antes del diagnóstico
- ❑ Pruebas complementarias a realizar sucesivamente para llegar al diagnóstico:
 - 1º. Tratamiento de prueba con IBP a dosis doble durante 4 a 8 semanas.
 - 2º. Gastroscoopia (de 1ª elección si hay síntomas de alarma).
 - 3º. pHmetría ambulatoria de 24 horas (+ Impedancia sin suprimir IBP).
 - 4º. Manometría esofágica.

PIROSIS FUNCIONAL: ¿Alarma?

- ❑ Hematemesis, melenas, hematoquezia, rectorragia o anemización.
- ❑ Pérdida de peso inexplicada y clínicamente relevante.
- ❑ Dolor permanente e intenso, que incluso interrumpe el sueño nocturno.
- ❑ Vómitos persistentes.
- ❑ Disfagia y Odinofagia.
- ❑ Masa abdominal palpables o adenopatías.
- ❑ Edad superior a 55 años para dispepsia de inicio reciente y superior a 50 años para síntomas de SII.
- ❑ Cambio reciente en el hábito intestinal ó diarrea grave.
- ❑ Fiebre y viaje reciente a área de diarrea endémica.
- ❑ Antecedentes familiares de neoplasia gastrointestinal.
- ❑ Excesiva ansiedad del paciente por sus síntomas.

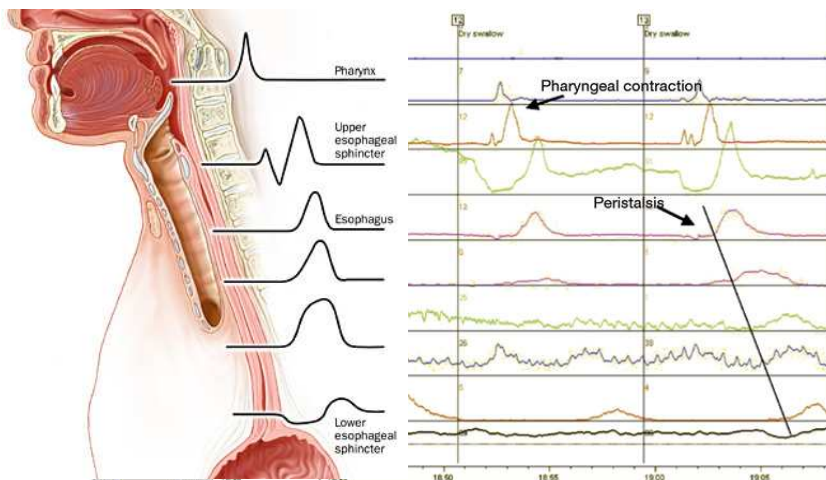
pH- Impedanciometría



SanJORGE

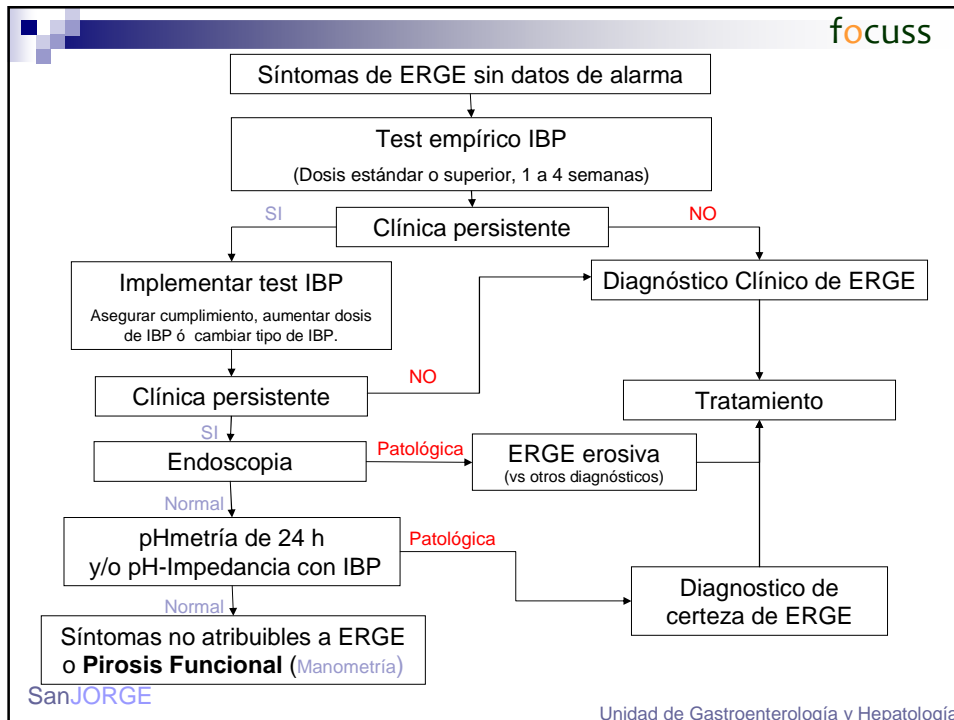
Unidad de Gastroenterología y Hepatología

Manometría esofágica



SanJORGE

Unidad de Gastroenterología y Hepatología



PIROSIS FUNCIONAL: Tratamiento

- ❑ IBP a dosis altas
- ❑ Cambiar de IBP
- ❑ Modificación de hábitos de vida???
- ❑ Moduladores de la sensibilidad visceral: Antidepresivos tricíclicos, Trazodona, Inhibidores Recaptación de Serotonina.
- ~~❑ Tratamiento quirúrgico~~
- ~~❑ Investigación y erradicación de H pylori~~



DISPEPSIA: Terminología

- ❑ **Dispepsia:** Dolor, molestia o disconfort en la parte superior y central del abdomen.
- ❑ **Dispepsia orgánica:** Se identifica una causa orgánica que justifica los síntomas.
- ❑ **Dispepsia no investigada:** No sometida a evaluación diagnóstica.
- ❑ **Dispepsia funcional ...**

“ Presencia de síntomas aparentemente originados en la región gastroduodenal, en ausencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que pueda explicarlos”

Los síntomas a los que se refiere la definición son:

Saciedad precoz. Distrés postprandial. Dolor epigástrico. Ardor epigástrico.

DISPEPSIA: Causas

1. Dispepsia Orgánica (40%)

Causas gastrointestinales más comunes: Úlcera péptica gastroduodenal, ¿ERGE? y Fármacos.

Causas gastrointestinales poco comunes

- Cáncer gástrico.
- Colelitiasis.
- Gastroparesia y/o dismotilidad en diabéticos.
- Isquemia mesentérica crónica.
- Pancreatitis crónica y cáncer de páncreas.
- Cirugía gástrica.
- Patología del tracto digestivo inferior y obstrucción parcial del intestino delgado.
- Patología infiltrativa gastrointestinal: Crohn, eosinofílica, sarcoidosis...
- Enfermedad celíaca.
- Cáncer de hígado.

Causas no gastrointestinales: Trastornos metabólicos (uremia, hipocalcemia e hipotiroidismo) y Síndromes de pared abdominal.

2. Dispepsia Funcional (60%)

Adaptado de Bessa X. *Gastroenterol Hepatol.* 2004

DISPEPSIA FUNCIONAL: Fisiopatología

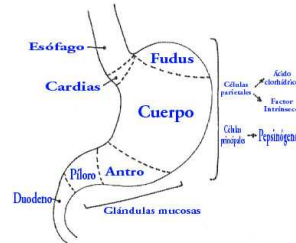
Trastornos de la motilidad gastroduodenal

- ❑ Pérdida de compliance en fundus (40%)
- ❑ Hipomotilidad antral (40%)
- ❑ Retraso en vaciamiento (40%)

Hiperalgnesia Visceral (40%)

- ❑ Mala tolerancia a la distensión.
- ❑ Hipersensibilidad al ácido.

Papel del H. pylori (50%)

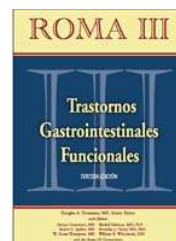


- Contracilidad fásica proximal persistente.
- Trastorno en el ritmo eléctrico gástrico.
- Desorden nervioso autónomo.
- Hipersensibilidad duodenal a ácido o lípidos.
- Dismotilidad intestinal.
- Factores psicosociales.
- Infiltración eosinófila.
- Postinfeccioso (inflamación, permeabilidad de la barrera epitelial, hipersensibilidad visceral)

DISPEPSIA FUNCIONAL: Roma III

Criterios Generales

- ❑ Uno o más de los siguientes síntomas:
 - ❑ Pesadez postprandial.
 - ❑ Saciedad precoz.
 - ❑ Dolor o ardor epigástrico.
- ❑ No existe evidencia de lesión estructural que pueda explicar los síntomas.
- ❑ Cumple criterios durante los últimos 3 meses y los síntomas empezaron al menos 6 meses antes del diagnóstico.



Formas Clínicas

- ❑ Síndrome de **Distrés Postprandial**
- ❑ Síndrome de **Dolor Epigástrico**



DISPEPSIA FUNCIONAL: Roma III

- ❑ **Síndrome de Distrés Postprandial**
 - ❑ Pesadez postprandial después de una comida no copiosa, al menos varias veces por semana.
 - ❑ Saciedad precoz antes de finalizar una comida normal, al menos varias veces por semana.
 - ❑ Apoyan el diagnóstico:
 - ❑ Hinchazón en hemiabdomen superior, náuseas postprandiales y eructación excesiva.
 - ❑ La epigastralgia puede coexistir.



DISPEPSIA FUNCIONAL: Roma III

- ❑ **Síndrome de Dolor Epigástrico**
 - ❑ Dolor o ardor en epigastrio, de intensidad moderada o grave al menos una vez por semana.
 - ❑ Dolor intermitente, no irradiado al resto de abdomen o al tórax, y no aliviado con la defecación o la emisión de gases.
 - ❑ Apoyan el diagnóstico:
 - ❑ El dolor tiene cualidad urente, pero sin pirosis.
 - ❑ Suele aparecer tras la comida pero también en ayunas.
 - ❑ Puede coexistir con síntomas de distrés postprandial.



DISPEPSIA FUNCIONAL: ¿Organicidad?

MODELO PREDICTIVO PARA DISPEPSIA ORGANICA

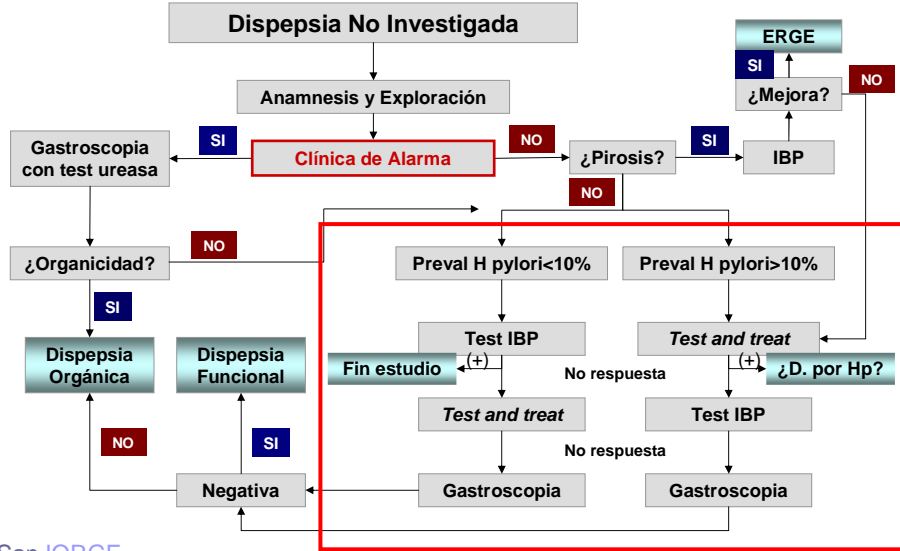
■ Edad > 40 años	1
■ Sexo varón	2
■ Sobrepeso (IMC > 25)	1
■ Ritmo deposicional normal	1
■ Consumo de alcohol > 30 g/día	1
■ Consumo de tabaco >10 cigarrillos/día	1
■ AINE > 2 días/semana	2
■ Dolor epigástrico cíclico	1
■ Alivio del dolor con la ingesta	2
■ Presencia de pirosis	2
■ Pirosis diaria	2
■ Pirosis intensa	1
■ Historia previa de úlcera	2

Si la puntuación total es >7, se aconseja realización de endoscopia.

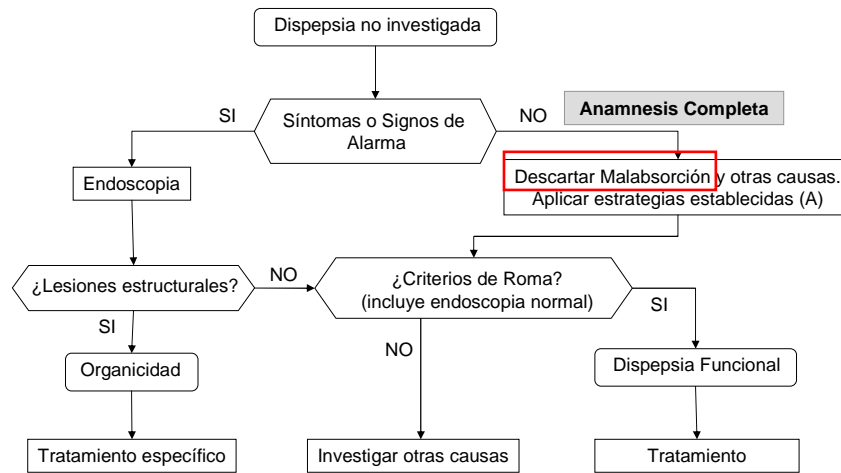
DISPEPSIA FUNCIONAL: ¿Alarma?

- Hematemesis, melenas, hematoquezia, rectorragia o anemización.
- Pérdida de peso inexplicada y clínicamente relevante.
- Dolor permanente e intenso, que incluso interrumpe el sueño nocturno.
- Vómitos persistentes.
- Disfagia y Odinofagia.
- Masa abdominal palpables o adenopatías.
- Edad superior a 55 años para dispepsia de inicio reciente y superior a 50 años para síntomas de SII.
- Cambio reciente en el hábito intestinal ó diarrea grave.
- Fiebre y viaje reciente a área de diarrea endémica.
- Antecedentes familiares de neoplasia gastrointestinal.
- Excesiva ansiedad del paciente por sus síntomas.

MANEJO DE LA DISPEPSIA: GPC

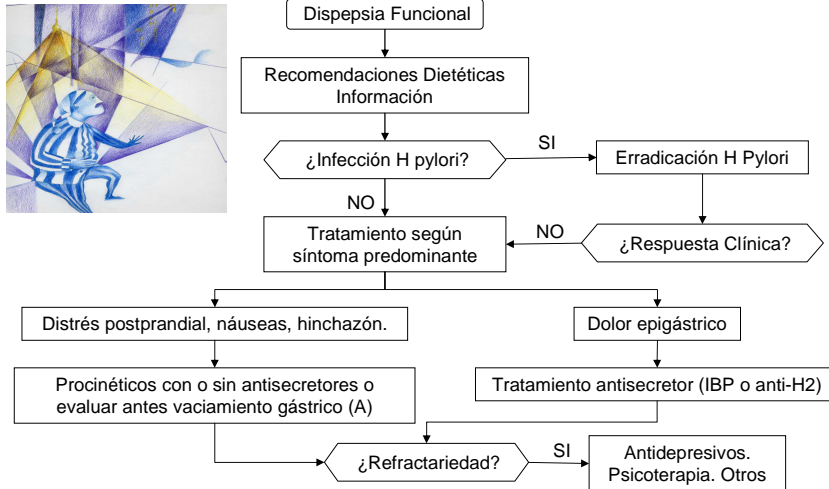


DISPEPSIA FUNCIONAL: Diagnóstico



(A): "Test and treat" vs Test empírico con IBP.

DISPEPSIA FUNCIONAL: Tratamiento



(A): Test de aliento con ¹³C-Octanoato, gammagrafía o ecografía.

IBP: Inhibidores de la bomba de protones
Anti H2: Antagonistas de receptores H2

SanJORGE

Unidad de Gastroenterología y Hepatología

SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

*“Trastorno funcional intestinal en el que el **dolor** o la **molestia** abdominal se relacionan con la **defecación**, o se asocian con un cambio en el hábito intestinal y con alteración en las características de las heces emitidas”*

“Molestia” se refiere a una sensación desagradable no descrita como dolor. Es equiparable a “discomfort”.

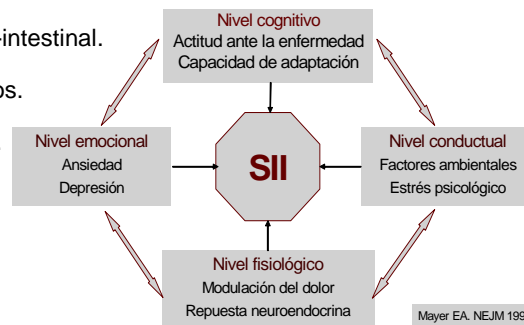
- Prevalencia: 10-20% de la población adulta. Predominio en sexo femenino.
- Frecuente asociación con patología **psiquiátrica** (94%).
- Frecuente solapamiento con otros **TFD** (ERGE 47%, DF 50%) y **TFED** (fibromialgia, fatiga crónica, migraña, dolor pélvico o témporo-mandibular).
- Disminuye la CVRS (hasta en el 70% de pacientes).

SanJORGE

Unidad de Gastroenterología y Hepatología

S.I.I: Fisiopatología

- Trastornos de la motilidad.
- Trastornos de la sensibilidad → Hiperalgnesia visceral.
- Factores psicosociales: Estrés → Hipervigilancia.
 - Mayor prevalencia de T. psiquiátricos y de abusos físicos.
 - Inicio o agravamiento tras acontecimiento vital grave.
- Disfunción del eje cerebro-intestinal.
- Fenómenos disautonómicos.
- Factores neuroendocrinos.
- SII post-infeccioso.
- Factores genéticos.

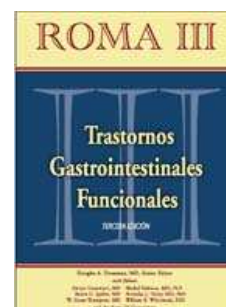


SanJORGE

Unidad de Gastroenterología y Hepatología

S.I.I: Criterios de Roma III

- Dolor o molestia abdominal recurrente, durante al menos 3 días al mes en los últimos 3 meses, que debutó un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico, y se asocia a 2 ó más de los siguientes:
 - Mejoría con la defecación.
 - Inicio asociado a un cambio en la frecuencia de las deposiciones.
 - Inicio asociado a un cambio en la apariencia de las heces.
- Sensibilidad del 70%. Especificidad 88% (Whitehead WE. 2006)



SanJORGE

Unidad de Gastroenterología y Hepatología

S.I.I: Clasificación Clínica

■ SII con predominio de estreñimiento

- > 25% de las deposiciones son duras y <25% son pastosas o líquidas.

■ SII con predominio de diarrea

- > 25% de las deposiciones son pastosas o líquidas y <25% son duras.

■ SII con patrón mixto







- > 25% son pastosas o líquidas y >25% son duras.

■ SII con patrón inespecífico

- Sin criterios de ninguna forma previa.

Patrón *alternante* (Roma II): Cambios en la consistencia a lo largo de la evolución (en semanas o meses, pero no en el mismo día).

Bristol Stool Chart

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces. Entirely Liquid

S.I.I: Síntomas de Alarma

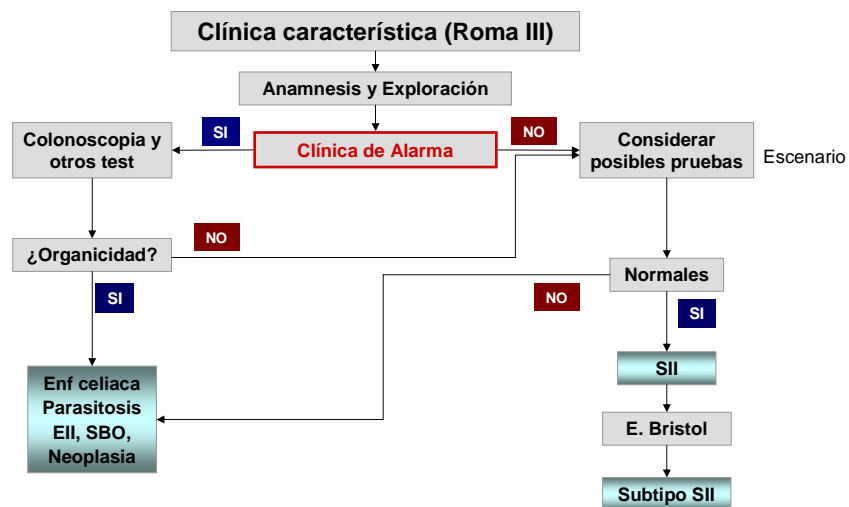
- Hematemesis, melenas, hematoquezia, rectorragia o anemización.
- Pérdida de peso inexplicada y clínicamente relevante.
- Dolor permanente e intenso, que incluso interrumpe el sueño nocturno.
- Vómitos persistentes.
- Disfagia y Odinofagia.
- Masa abdominal palpables o adenopatías.
- Edad superior a 55 años para dispepsia de inicio reciente y superior a 50 años para síntomas de SII.
- Cambio reciente en el hábito intestinal ó diarrea grave.
- Fiebre y viaje reciente a área de diarrea endémica.
- Antecedentes familiares de neoplasia gastrointestinal.
- Excesiva ansiedad del paciente por sus síntomas.

S.I.I: Estrategia Diagnóstica

- ❑ Diagnóstico “en positivo”, según criterios clínicos (Roma III).
- ❑ No se precisan pruebas complementarias, excepto en:
 - ❑ Clínica de alarma: Colonoscopia o las pruebas que procedan.
 - ❑ Viajes recientes o inmunodeprimidos: Coprocultivos.
 - ❑ Más de 50 años: Colonoscopia.
 - ❑ Ausencia de mejoría a pesar del tratamiento: Colonoscopia...
 - ❑ Predominio diarrea: Test serológicos celiacía → B. duodenal.
 - ❑ No hay suficiente evidencia para testar sobrecrecimiento, intoler. lactosa, ni para realizar biopsias de recto-colon rutinarias.



S.I.I: Algoritmo Diagnóstico



S.I.I: Manejo Terapéutico

- 1º Tranquilizar al paciente y explicarle la patología.
- 2º Recomendar Medidas Higiénico-Dietéticas. Psicoterapia e hipnosis.
- 3º Medidas farmacológicas (según clínica)

	1ª Línea	2ª Línea
Diarrea	- Loperamida - Colestiramina.	- Difenoxilato - Alosetrón (antagonista 5-HT3) - Antidepresivos tricíclicos.
Estreñimiento	- Form. de volumen. - Lax. osmóticos. - Lax emolientes.	- Lax. estimulantes (bisacodilo) - Antidep. Tricíclicos. - Tegaserod (agonista 5HT-4)
Dolor abdominal e hinchazón	- Espasmolíticos. - ISRS (paroxetina) - Antidep. Tricíclicos.	- Probióticos. - Rifaximina - Tegaserod.

ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

“ Trastorno funcional intestinal caracterizado por dificultad persistente para la defecación y una evacuación infrecuente o aparentemente incompleta ”

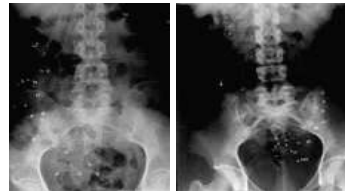


E.F: Fisiopatología y Clasificación

- En la mayoría de los casos de estreñimiento no se identifica alteraciones del tránsito digestivo ni de la función anorrectal.

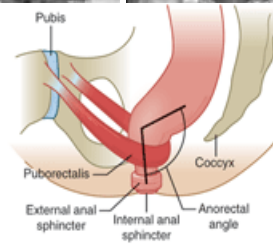
- Inercia cólica:

- Miopatía (disfunción de músculo liso).
- Neuropatía



- Trastornos anorrectales defecatorios.

- Fallo de propulsión del sigma-recto.
- Fallo de relajación o contracción esfinteriana.



E.F: Criterios de Roma III

1. Dos o más de los siguientes:

- Esfuerzo en más del 25% de las defecaciones.
- Heces duras en más del 25% de las defecaciones.
- Sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las defecaciones.
- Sensación de bloqueo anorrectal en más del 25% de las defecaciones.
- Maniobras manuales para ayudar a la salida de heces en más del 25% de las defecaciones.
- Menos de 3 deposiciones por semana.

2. Las heces pastosas son raras si no hay consumo asociado de laxantes.

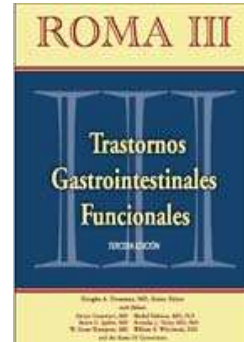
3. No se cumplen criterios diagnósticos para S.I.I.

Todo ello se cumple durante los últimos 3 meses y la clínica debutó >6 antes del diagnóstico.



E.F: Criterios TF Defecatorios

1. Debe cumplir criterios de Estreñimiento Funcional
2. Repetidamente deben aparecer al menos dos:
 - Evacuación incompleta (test de expulsión de balón o defecografía)
 - Contracción inadecuada de los músculos del suelo de la pelvis (puborrectal y esfínter) y relajación esfínteriana <20 mm Hg, con respecto a basal (manometría ó EMG).
 - Propulsión inadecuada (manometría o defecografía).



Todo ello se cumple durante los últimos 3 meses y la clínica debutó >6 antes del diagnóstico

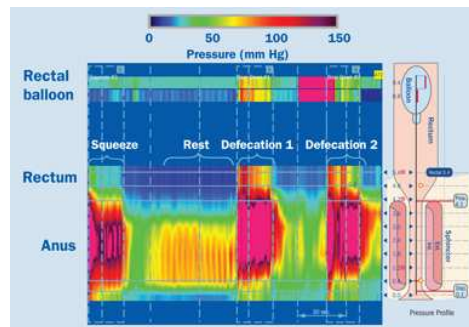
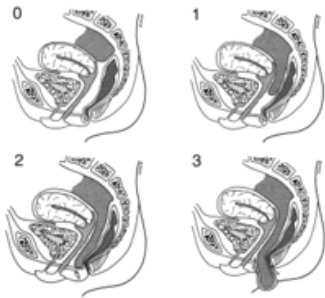
- A. **Defecación Disinérgica:** Contracción inadecuada del suelo pélvico o relajación esfínteriana <20 mm Hg, con adecuada propulsión durante la defecación.
- B. **Propulsión defecatoria inadecuada:** Fallo en la propulsión, con o sin el criterio anterior.

E.F: ¿Alarma?

- Hematemesis, melenas, hematoquezia, rectorragia o anemización.
- Pérdida de peso inexplicada y clínicamente relevante.
- Dolor permanente e intenso, que incluso interrumpe el sueño nocturno.
- Vómitos persistentes.
- Disfagia y Odinofagia.
- Masa abdominal palpables o adenopatías.
- Edad superior a 55 años para dispepsia de inicio reciente y superior a 50 años para síntomas de SII.
- Cambio reciente en el hábito intestinal ó diarrea grave.
- Fiebre y viaje reciente a área de diarrea endémica.
- Antecedentes familiares de neoplasia gastrointestinal.
- Excesiva ansiedad del paciente por sus síntomas.

E.F: Estrategia Diagnóstica

- ❑ Anamnesis y Exploración Abdominal y Anorrectal.
- ❑ El EF no suelen precisar pruebas complementarias, excepto si existen datos de alarma o no hay respuesta a fármacos (1ª y 2ª línea)
- ❑ El estudio de T.F. defecatorios SI precisa pruebas complementarias.



SanJORGE

Unidad de Gastroenterología y Hepatología

E.F: Arsenal Terapéutico con MBE

Fármaco o Procedimiento	Nivel de Evidencia	Grado de Recomendación
Medidas Higiénicas y Dieta	IV	C
Formadores de volumen	II (plantago) y III (metilcelulosa)	B (plantago) y C (metilcelulosa)
Laxantes osmóticos	I (PEG), II (lactulosa) y II (Mg)	A (PEG), B (lactulosa) y C (Mg)
Laxantes lubricantes	III (parafina)	C
Laxantes estimulantes	II	B (Bisacodilo) y D (cáscara)
Procinéticos	I (Tegaserod) y II (Cisaprida)	A (Tegaserod) y B (Cisaprida)
Lubiproston y Linaclotida	I	A
Colchicina/Piridostigm/Misop	III	C
Biofeedback	II	B
Neuroestimulación sacra	III	C
Cirugía (colectomía subtotal)	II	B

SanJORGE

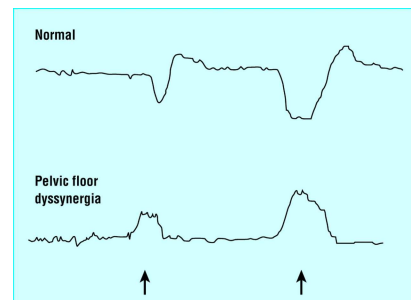
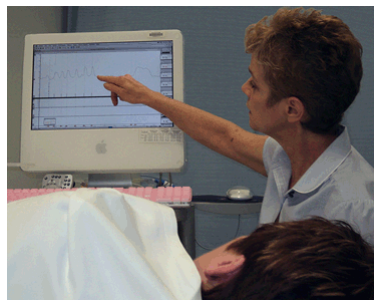
Unidad de Gastroenterología y Hepatología

E.F: Líneas de Manejo Terapéutico

- 1º. Excluir causas orgánicas subyacentes.
- 2º. Recomendar Medidas Higiénico-Dietéticas (hidratación, fibra, ejercicio...)
- 3º. Fármacos de Primera Línea:
 1. Laxantes formadores de volumen (plantago ovata).
 2. Laxantes osmóticos (magnesio, lactulosa y PEG).
 3. Laxantes emolientes (lubrificantes).
- 4º. Fármacos de Segunda Línea:
 1. Laxantes estimulantes (bisacodilo, cáscara sagrada)
 2. Procinéticos (cinitaprida, ~~tegaserod~~ y ~~cisaprida~~)
 3. Lubiprostona, Colchicina, Misoprostol, Piridostigmina, Linaclotida.
- 5º. Rehabilitación Anorrectal (*Biofeedback*): Disinergia.
- 6º. Neuroestimulación sacra: Inercia cólica y Propulsión inadecuada.
- 7º. Cirugía (colectomía subtotal): Inercia cólica. Casos muy seleccionados.

BIOFEEDBACK

- Indicaciones Básicas: TF Defecatorio e Incontinencia Fecal.
- Resultados: Superior a Placebo. Mejoría en 65-75% en ECR, pero con un tiempo prolongado de procedimiento (>12 meses).
- Limitaciones: Baja disponibilidad, dependiente de la experiencia, malos resultados en edades extremas. Obligado descartar organicidad.



ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN

- ❑ Enteropatía de base inmunológica que afecta a individuos genéticamente predispuestos (HLA DQ2 y/o DQ8 +).
- ❑ Síntomas digestivos y extradigestivos. Puede causar malabsorción.
- ❑ Mejora tras suprimir el gluten de la dieta (criterio diagnóstico).
- ❑ Prevalencia: 1% ("Efecto *iceberg*")



Trigo, Cebada, Centeno



Maíz, Avena, Sorgo, Arroz, especies de trigo (*monococcum* y *dicoccum*).

ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN

■ Síntomas digestivos relacionados con la ESG

Epigastralgia.	Diarrea.
Dolor en hemiabdomen superior, no epigástrico.	Estreñimiento.
Dolor en hemiabdomen inferior.	Ritmo deposicional alternante.
Pesadez o plenitud postprandial.	Náuseas-vómitos.
Saciedad precoz.	Pirosis.
Meteorismo, flatulencias.	Regurgitación.
Hinchazón abdominal	

■ Criterios diagnósticos establecidos (ESG clásica)

Atrofia vellositaria (Marsh 3).
 AATGt + (AAE): Cribado.
 HLA DQ2 ó DQ8

Nuevas perspectivas en DISPEPSIA

- El 30-60% de los celíacos presentan dispepsia.

Tursi et al. Am J Gastroenterol 2004

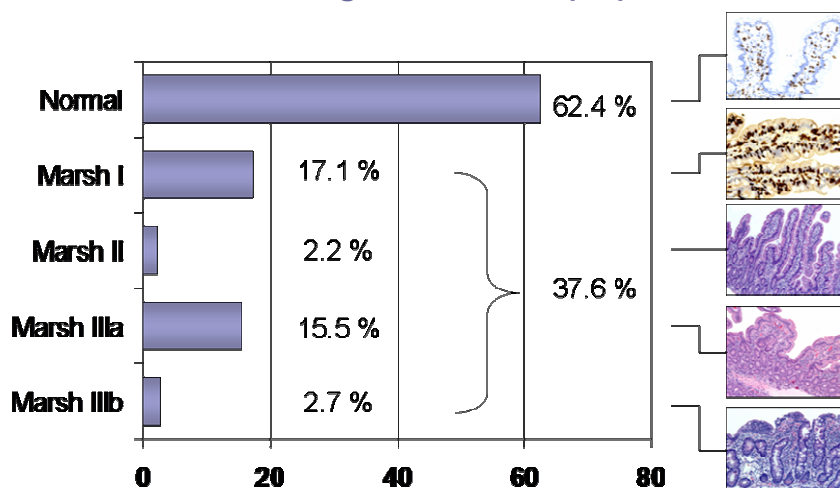
- Prospectivo no controlado 2008: La prevalencia de ESG con atrofia vellositaria en sujetos con dispepsia, duplica a la descrita para la población general.

Giangreco et al. World J Gastroenterol 2008

- Pero... meta-análisis 2009: La prevalencia de ESG diagnosticada mediante serología y biopsia de los casos positivos, no es mayor en dispépticos que en controles asintomáticos.

Ford AC. Aliment Pharmacol Ther. 2009

Lesiones histológicas en Dispepsia TDPP

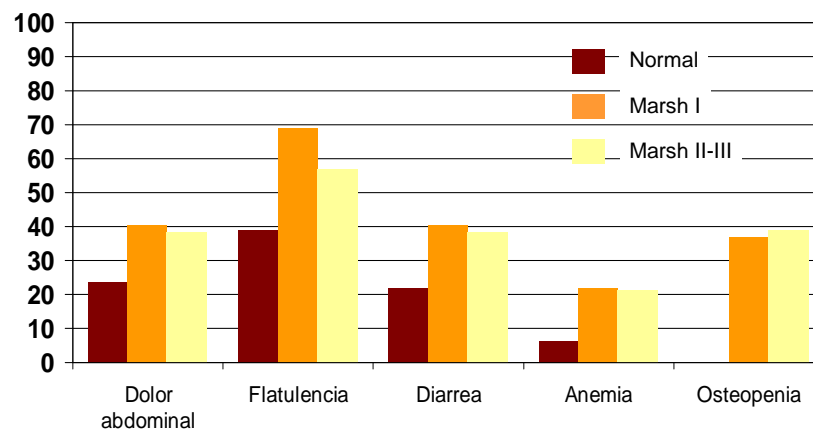


Santolaria et al. UEGW 2008.

Enteritis linfocítica (Marsh I): Concepto

- Aumento de linfocitos intraepiteliales en las vellosidades intestinales (>25/100 CE)
- Lesión característica en las fases iniciales de la Enteropatía Sensible al Gluten (¿Forma latente?).
- Otras causas: H pylori, AINEs, sobrecrecimiento bacteriano, GEA, parásitos, alergias alimentarias, Cohn, enteritis autoinmune y eosinófilica.

Síntomas y complicaciones en la enteritis linfocítica



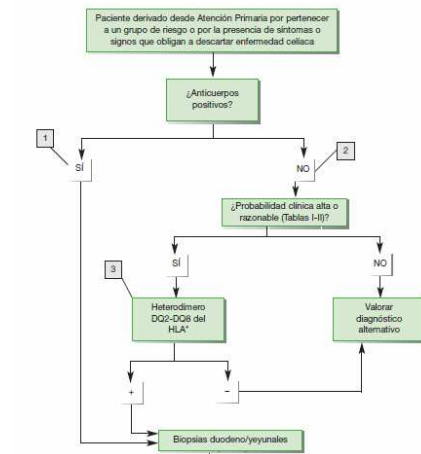
Nuevas Recomendaciones

Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca

SAÚDEAD 2008
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SanJORGE

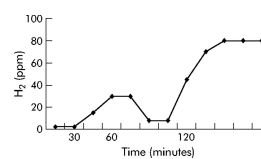
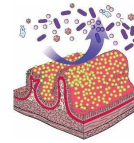
Algoritmo II. Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Actuación en atención especializada



Unidad de Gastroenterología y Hepatología

SOBRECIMIENTO BACTERIANO

- Concepto: Aumento en el nº o cambio del tipo de bacterias en el intestino delgado.
- Prevalencia poblacional: 2-22%
- Fact. predisponentes: Aclorhidria (IBP), Insuf pancreática exocrina (30-40%), Inmunodeficiencias, **ESG** (9-55%), **SII** (30-85%), intestino corto, estenosis y divertículos intestinales, diabetes, cirrosis, esclerodermia...
- Clínica: Diarrea crónica, hinchazón, dispepsia, dolor abdominal. Vit B12↓. Puede ser causa de ↑LIE y de atrofia de vellosidades.
- Diagnóstico: T. Hidrógeno espirado con lactulosa/glucosa (S 52%; E 86%)
 - Gold standard: Aspirado yeyunal > 10⁵ UFC/ml.
- Tratamiento: **Rifaximina**. PEG. ¿Probióticos?

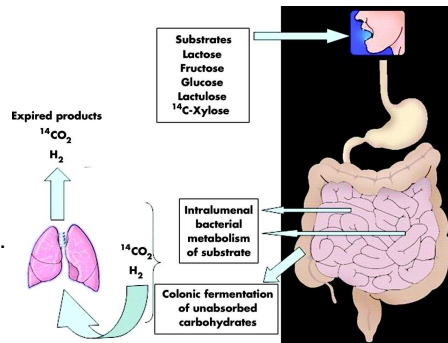


SanJORGE

Unidad de Gastroenterología y Hepatología

MALABSORCION DE AZUCARES

- Déficit de disacaridasas.
- Elevada prevalencia (“fisiológica” en adultos)
- Puede ser primaria o secundaria a enteropatías difusas.
- Clínica: Diarrea osmótica, meteorismo, hinchazón, dolor cólico.
- Dosis dependiente.
- Test de Hidrógeno (o metano) con:
 - Lactosa (Intolerancia a la lactosa)
 - Fructosa o sorbitol (otros azúcares).
- Tratamiento: Supresión de azúcares.

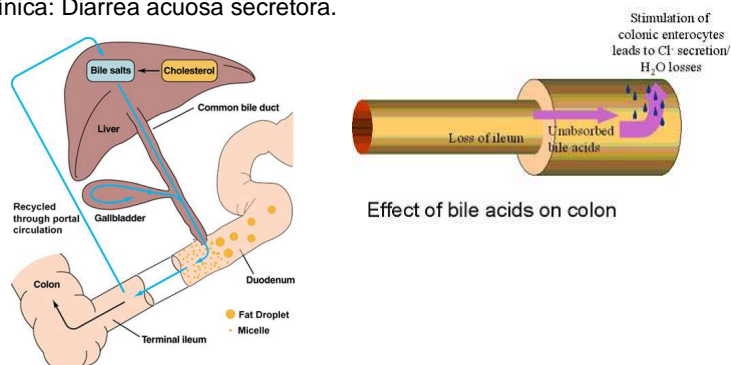


SanJORGE

Unidad de Gastroenterología y Hepatología

MALABSORCION DE SALES BILIARES

- Causas: Alteración del ciclo enterohepática (SBI) e Idiopática.
- Diagnóstico: Retención abdominal de ^{75}Se -homoturocolato (SeHCAT)
- Tratamiento: Colestiramina.
- Clínica: Diarrea acuosa secretora.



SanJORGE

Unidad de Gastroenterología y Hepatología

COLITIS MICROSCOPICA

- ❑ COLITIS LINFOCITICA Y COLITIS COLAGENA
- ❑ Clínica: Diarrea acuosa crónica o intermitente.
- ❑ Diagnóstico: Biopsias múltiples del colon (colonoscopia normal)

>20 LIE/100 CE

Banda Colágena

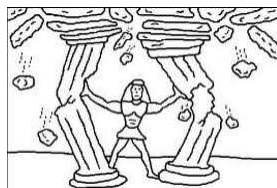
- ❑ Tratamiento:
 - Suprimir fármacos (AINEs, sertralina, ranitidina, lansoprazol...). Descartar ESG.
 - 1º Colestiramina o loperamida → 2º Budesonida → 3º Salicilatos +/- Colestiramina
 - Refractarios: ATB, AZA, MTX, Infliximab, Octreótido... Cirugía.

Avances en SII y Diarrea Funcional

Systematic Evaluation of the Causes of Chronic Watery Diarrhea With Functional Characteristics

Table 1. Final Diagnosis of the Overall Series, and Separating the Predominant Diarrhea IBS Patients from the Functional Diarrhea Patients

Final Diagnosis	Overall Series (N = 62)	Functional Diarrhea (N = 30)	Predominant Diarrhea IBS (N = 32)	P
Gluten-sensitive enteropathy	10 (16.1%)	3 (10%)	7 (21.9%)	0.30
Bile acid malabsorption	28 (45.2%)	14 (46.7%)	14 (43.8%)	1
Sugar malabsorption	10 (16.1%)	7 (23.3%)	3 (9.3%)	0.17
Combined bile acid and sugar malabsorption	2 (3.2%)	2 (6.7%)	0	0.33
Functional bowel disease	12 (19.4%)	4 (13.3%)	8 (25%)	0.23



Fernández-Bañares et al. Am J Gastroenterol 2007;102:1-9

ALGORITMO PARA DIARREA CRONICA

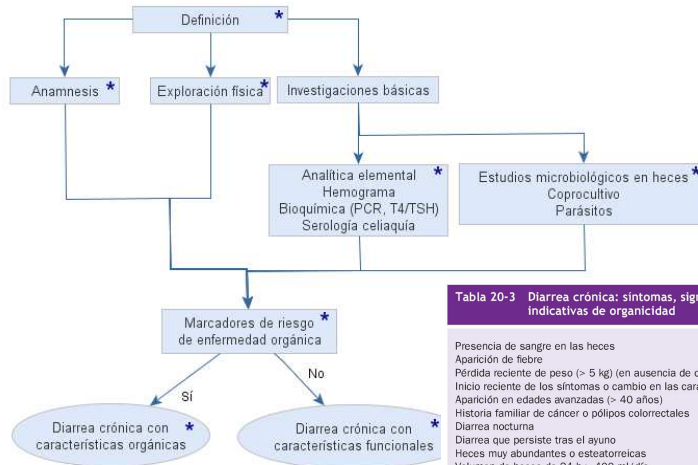


Tabla 20-3 Diarrea crónica: síntomas, signos y alteraciones analíticas indicativas de organicidad

Presencia de sangre en las heces Aparición de fiebre Pérdida reciente de peso (> 5 kg) (en ausencia de otros motivos que lo expliquen) Inicio reciente de los síntomas o cambio en las características previas de éstos Aparición en edades avanzadas (> 40 años) Historia familiar de cáncer o pólipos colorectales Diarrea nocturna Diarrea que persiste tras el ayuno Heces muy abundantes o esteatorreicas Volumen de heces de 24 h > 400 ml/día Anomalías en la exploración física (hepatosplenomegalia, adenopatías, masa abdominal) Presencia de anemia, macrocitosis, hipoprotrombitemia, hipoalbuminemia Elevación reactivantes de fase aguda (proteína C reactiva, VSG, fibrinógeno)
--

VSG: velocidad de sedimentación globular.

Pruebas para el diagnóstico de la Diarrea Crónica

De utilización frecuente

- Bioquímica general
- Hemograma y recuento
- Hormonas tiroideas
- Dosificación de inmunoglobulinas
- Anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa tisular
- Coprocultivo
- Parásitos y huevos en heces
- Sangre oculta en heces
- Test cualitativo grasa fecal (tinción de Sudán)
- Gastroscoopia y biopsias/biopsias 3ª porción duodenal-yeyuno/aspiración para parásitos y cultivo bacteriano cuantitativo
- Enteroscopia
- Colonoscopia/ileoscopia y biopsias/biopsias escalonadas del colon
- Tránsito de intestino delgado
- Enema opaco
- Ecografía abdominopélica
- Prueba de retención abdominal de 75SeHCAT (absorción de ácidos biliares)
- Prueba del aliento de hidrógeno: absorción de lactosa, fructosa y sorbitol, absorción de glucosa (sobrecrecimiento bacteriano), tiempo de tránsito boca-ciego (lactulosa)
- Manometría rectal (si la incontinencia es un problema importante)

De utilización menos frecuente

- Gammagrafía con leucocitos marcados
- TC abdominal
- Arteriografía mesentérica
- Osmolalidad, pH y electrolitos (sodio, potasio) en el agua fecal
- Determinación de laxantes en agua fecal (alcalinización para fenoltaleína)
- Serología *Yersinia enterocolitica*
- Test de grasa fecal cuantitativa o semicuantitativa (test de van de Kamer/esteatócrito)
- Determinación en sangre de: gastrina, serotonina, cromogranina, histamina, glucagón, cortisol, péptido vasoactivo intestinal, calcitonina
- Determinación en orina de ácido 5-hidroxiindolacético, ácido vanilmándelico/metanefrin, histamina
- Pruebas de función pancreática exocrina (test de PABA, elastasa fecal)