

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Las Enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III

Alberto Zolezzi Francis*

RESUMEN

Han aparecido en el 2006, los nuevos criterios de las enfermedades funcionales digestivas, consignados con el término generico "Criterios de Roma", en homenaje al primer gran encuentro de expertos en Roma en 1998. Los criterios presentados hace un año con motivo de la semana digestiva norteamericana se denominan criterios de Roma III. Incluyen 6 grandes grupos de enfermedades en adultos, 7 grupos en neonatos y lactantes y 3 en niños y adolescentes. Es un esfuerzo de hacer los criterios más prácticos y que incluyan a los pacientes que presentan las molestias en el momento de la evaluación y no se refiera a un dato histórico de los últimos 12 meses. El tiempo de molestias ha bajado a solo 6 meses, y la presencia de molestias es de los últimos 3 meses; y no es indispensable que las molestias sean diarias en estos periodos. El otro gran reto de Roma III, es una especie de redefinición de la dispepsia ó hacerla útil para el médico práctico. Los siguientes meses nos indicarán como hemos sacado provecho de los nuevos criterios de Roma III de las enfermedades digestivas funcionales.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades Digestivas Funcionales, Roma III, Síndrome de Intestino Irritable, Dispepsia funcional.

SUMMARY:

In 2006 have appeared the new criteria of the digestive functional diseases, In brief the Rome Criteria in tribute to the first Consence of experts in Rome in 1998. The criteria were displayed in the DDW of Los Angeles and have been denominating criteria of Rome III. They include 6 great groups of diseases in adults, 7 in newborn and nursing groups in and 3 in children and adolescents. It is a effort to make the criteria more practical for daily clinical use. Major changes are in the time of duration of symptoms that has lowered single to 6 months, and the presence of annoyances is of last the 3 months; and he is not indispensable that the annoyances are daily in these periods. The other great challenge of Rome III, is a of redefinition of dyspepsia or be more useful for the practical doctor. The following months will indicate to us since all the changes will benefit the use and acceptance of the new criteria of Rome III of the functional digestive diseases.

KEY WORDS: Functional Digestive diseases, Rome III, Irritable Bowel Syndrome, functional Dyspepsia.

* Servicio de Gastroenterología Hospital María Auxiliadora Lima-Perú

El diagnóstico médico tradicional requiere la observación de anomalías anatómicas o trastornos fisiológicos bien definidos. Los síntomas y signos que presentan estos pacientes serán anotados y cuando posteriormente el clínico tenga a un paciente con estas molestias se sospechará de esta enfermedad con datos bien documentados.

Cuando evaluamos un problema en el que los síntomas y los signos no tienen un correlato anatómico o fisiológico definido, los clínicos entramos en problemas y debemos cambiar nuestro tradicional enfoque a encontrar la "evidencia palpable" y abrir nuestra mente a métodos alternativos de diagnóstico.

Estas enfermedades reales para los pacientes, entraban a una dimensión en el médico que obligaba al diagnóstico de molestias digestivas por descarte. La revisión de los diagnósticos de consulta ambulatoria, marcan más del 50% de los pacientes con molestias digestivas vistas por el gastroenterólogo o el internista en este grupo.

Estas molestias digestivas funcionales, ya eran descritas desde el siglo XIX. Powell¹ en 1818 mencionaba la alteración del "poder" de digestión como causante de dolor abdominal y Howship¹ en 1830 mencionaba el poder diagnosticar y tratar la "estrechez" espasmódica del colon. El mayor estudio de las enfermedades funcionales se enfoca a las molestias digestivas bajas y sucesivamente se habla de "colon espástico" (Ryle, 1928)¹, Colon Irritable (Jordan y Kiefer, 1929)¹, Síndrome de Colon Irritable (Chaudhary & Truelove, 1962)² y Síndrome de Intestino Irritable; SII (DeLor, 1966)³. Lo más interesante de todo esto es que aunque estas molestias no estaban bien definidas, ya hay estudios de tratamientos para estas molestias desde 1959¹, con las subsecuentes recomendaciones terapéuticas.

El primer intento serio para ordenar el caos de las enfermedades funcionales nace del grupo de W. Grant Thompson⁴, que en 1978, evalúa síntomas en el SII, encontrando que seis de quince síntomas evaluados eran más frecuentes en estos pacientes y no se relacionaban tanto a la patología orgánica. Han quedado inmortalizados como los criterios de Manning en alusión al autor principal de este grupo. Otros estudios, como el de Kruis⁵ en 1984 son un intento de sistematizar el SII, hasta que la aparición de la revista Gastroenterology Internacional, editada en Roma, Italia; bajo la dirección de Sidney Phillips de la Clínica Mayo de Rochester, empieza a publicar artículos de corte educacional revisando temas digestivos con la modalidad de talleres de trabajo entre expertos internacionales del tema. Desde 1989 empieza la publicación de los criterios de Roma I para SII y en el año 1994⁶ se presentó el texto final de los criterios de Roma para las enfermedades funcionales.

En esa primera presentación de Roma I se divide a la patología digestiva funcional en 6 grandes secciones (Ver tabla 1); que si a su vez se revisan una por una nos darán 25 entidades clínicas a evaluar. Entonces, el SII y quizás la dispepsia funcional, dejan de ser las únicas entidades clásicas de las enfermedades funcionales digestivas y pasan a formar parte de un grupo grande enfermedades digestivas.

TABLA 1.- Clasificación Roma I de Trastornos Gastrointestinales Funcionales

A) Esofágicos	A1) Globus A2) Síndrome de Rumiación, A3) Dolor torácico de probable origen esofágico, A4) Pirosis funcional, A5) Disfagia funcional, A6) Desorden esofágico funcional inespecífico
B) Gastroduodenales	B1) Dispepsia funcional, B1a) Dispepsia tipo ulceroso, B1b) Dispepsia tipo dismotilidad, B1c) Dispepsia tipo inespecífica B2) Aerofagia
C) Intestinales	C1) Síndrome de Intestino Irritable, C2) Balonamiento funcional, C3) Constipación funcional, C4) Diarrea funcional, C5) Síndrome intestinal funcional inespecífico
D) Doloroso abdominal	D1) Síndrome doloroso abdominal funcional, D2) Síndrome doloroso funcional inespecífico
E) Vesícula biliar y Esfínter de Oddi (EO)	E1) Disfunción vesicular funcional, E2) Disfunción del esfínter de Oddi
F) Anorrectal	F1) Incontinencia fecal funcional F2) Dolor anorrectal funcional F2a) Síndrome del Elevador del Ano F2b) Proctalgia fugax F3) Disquezia F3a) Disinergia del piso pelvico, F3b) Disfunción del esfínter anal interno

F4) Dolor anorrectal funcional inespecífico

El gran problema de Roma I y posteriormente Roma II; es la necesidad de una definición diagnóstica y formulación de criterios diagnósticos bastante estrictos para lograr un diagnóstico positivo, y no por descarte de una enfermedad funcional, sin incluir cuadros orgánicos, con el menor número de exámenes auxiliares complementarios. Esto complico bastante los criterios de inclusión y el diagnóstico por los criterios de Roma quedaron en manos del especialista gastroenterólogo y alejado del médico general e internista. Inclusive los especialistas con los criterios a la mano, los encontraban algo complicados y no los usaban en forma cotidiana.

Se había realizado un esfuerzo notable, creo que los expertos estaban contentos de este gran intento de ordenar las enfermedades digestivas funcionales, pero el médico práctico no adopto estos criterios, y siguieron con un diagnóstico y tratamiento empírico de estas.

En 1999⁷, se entrega el documento de Roma II, en un esfuerzo de ordenar y aclarar el panorama.

La gran novedad es la inclusión de desordenes funcionales digestivos en pediatría (Tabla 2).

TABLA 2.-Clasificación Roma II de los Trastornos Gastrointestinales Funcionales

- A) Esofágicos**
 A1) Pirosis funcional
 A2) Dolor torácico de origen esofágico
 A3) Disfagia funcional
 A4) Globus
- B) Gastroduodenales**
 B1) Dispepsia funcional,
 B1a) Síndrome de distres postprandial
 B1b) Síndrome doloroso epigástrico
 B2) Desordenes eruptivos
 B2a) Aerofagia
 B2b) Eructos excesivo inespecífico
 B3) Problemas de náuseas y vómitos
 B3a) Náusea idiomática crónica
 B3b) Vómito funcional
 B3c) Síndrome de vómito cíclico
- C) Intestinales**
 C1) Síndrome de Intestino Irritable
 C2) Balonamiento funcional
 C3) Constipación funcional
 C4) Diarrea funcional
- D) Doloroso abdominal**
- E) Vesícula biliar y Esfínter de Oddi (EO)**
 E1) Desorden vesicular funcional
 E2) Trastorno del EO biliar
 E3) Trastorno del EO pancreático
- F) Anorrectal**
 F1) Incontinencia fecal funcional,
 F2) Dolor anorrectal funcional
 F2a) Proctalgia crónica
 F2a1) Síndrome del Elevador del Ano
 F2a2) Dolor anorrectal funcional inespecífico
 F2b) Proctalgia fugax,
 F3) Desordenes defecatorios funcionales
 F3a) Defecación disinérgica
 F3b) Propulsión defecatoria inadecuada
- G) Neonatos y lactantes**
 G1) Regurgitación del lactante,
 G2) Síndrome de rumiación del lactante,
 G3) Síndrome de vómito cíclico,
 G4) Cólico del infante,
 G5) Diarrea funcional,
 G6) Disquexia del infante,
 G7) Constipación Funcional
- H) Niños y adolescentes**
 H1) Vómito y aerofagia
 H1a) Síndrome de rumiación del adolescente
 H1b) Síndrome de vómito cíclico
 H1c) Aerofagia
 H2) Síndromes GI funcionales relacionados al dolor
 H2a) dispepsia funcional
 H2b) Síndrome de intestino irritable
 H2c) Migraña abdominal
 H2d) Dolor abdominal funcional de la infancia
 H2d1) Síndrome de dolor abdominal funcional de la infancia
 H3) Constipación e incontinencia
 H3a) Constipación funcional
 H3b) Incontinencia fecal retentiva

Pero el panorama luce más complicado, al hacerse más estrictos los criterios de inclusión. Un ejemplo sumamente claro de esto lo detallamos en la tabla 3 donde compararemos en el SII, los criterios de Manning, con Roma I y Roma II.

TABLA 3.- Comparación de diversos criterios en SII Criterios de Manning

Seis síntomas comparativamente más comunes entre pacientes con SII:

- Heces sueltas al inicio del dolor,
- Movimientos intestinales más frecuentes al inicio del dolor
- Dolor que alivia después de defecar,
- Distensión abdominal visible,
- Moco en las heces,
- Sensación de evacuación incompleta

Roma I

Al menos 3 meses continuos o intermitentes de:

1. Dolor ó malestar abdominal que:
 - a. es aliviado al defecar,
 - b. y/o se asocia con un cambio en la frecuencia de la defecación,
 - c. y/o se asocia con un cambio en la consistencia de las heces; y
2. dos o más de las siguientes, al menos en una cuarta de las veces, o días:
 - a. Frecuencia defecatoria alterada,
 - b. Forma de las heces alterada, (duras o suaves/ acuosas),
 - c. Pasaje alterado de la defecación (con esfuerzo o con apuro, sensación de evacuación incompleta),
 - d. pasaje de mocosidad,
 - e. balonamiento o sensación de distensión abdominal.

Roma II

Al menos 12 semanas o más, que no son necesariamente consecutivas, en los 12 meses precedentes de dolor o molestias abdominales que tiene al menos dos de estas tres características:

- (1) Alivian con la defecación; y/o
- (2) El inicio esta asociado con un cambio en la frecuencia de la defecación; y/o
- (3) El inicio esta asociado con un cambio en la forma (aparición) de las heces.

Síntomas que acumulativamente apoyan el diagnóstico de SII son:

- Frecuencia defecatoria anormal;
- Forma de las heces alterada, (duras o suaves/acuosas),
- Pasaje alterado de la defecación (con esfuerzo o con apuro, sensación de evacuación incompleta),
- Pasaje de mocosidad,
- Balonamiento o sensación de distensión abdominal.

Con los criterios de Manning, solo había que encontrar la presencia de los síntomas descritos, uno juzgaba si escogía 2, 3 ó 4 de estos síntomas y definía si tenía SII.

Los porcentajes en la población general fluctuaban entre 28, 20 y 16%⁸⁻¹⁰ respectivamente.

Con Roma I, aparece un verdadero acertijo, 3 meses continuos o recurrentes de molestias o dolor abdominal

asociados a 1 o más de características como que el dolor o malestar alivia al defecar, se asocia al cambio de frecuencia o consistencia de las heces. Por si esto fuera poco dos condiciones asociadas de seis tenían que estar presentes al menos el 25% del tiempo de las molestias.

Con Roma II parece que llega el orden, 12 semanas, no necesariamente consecutivas de dolor o malestar abdominal con por lo menos dos de las tres características de Roma I (alivio del dolor o malestar al defecar, y/o cambio de frecuencia, y/o consistencia de las heces). Los síntomas adicionales serán útiles solamente para hacer una subclasificación del SII.

Mas sencillo pero totalmente restrictivo; disminuyendo los porcentajes de pacientes diagnosticados con SII a 14%¹¹ con Roma I y 8-10%^{12,13} con Roma II. Pacientes que clásicamente habían sido diagnosticados como SII con los criterios de Manning, hasta en un 40%, estaban fuera con Roma II. Pero Roma II, prácticamente se quedo en los estudios de evaluación terapéutica y nunca llego al médico practico.

Esta Roma III, que aparece solo siete años después de Roma II, parece ser un mea culpa de los expertos.

¿ QUE TIENE ROMA III DE NUEVO¹⁴ ?

Lo primero y que se debe enfatizar nuevamente es que Roma III, al igual como sus predecesoras Roma I y Roma II, representan un espectro de 6 grupos de patología, con 20 cuadros clínicos diferentes en adultos; y Roma III separa la patología pediátrica a su vez, en neonatos y lactantes en un grupo; y niños y adolescentes en un segundo grupo (Tabla 4).

TABLA 4.-Clasificación Roma III de los Trastornos Gastrointestinales Funcionales

- A) Esofágicos**
- A1) Pirosis funcional
 - A2) Dolor torácico de origen esofágico
 - A3) Disfagia funcional
 - A4) Globus
- B) Gastroduodenales**
- B1) Dispepsia funcional,
 - B1a) Síndrome de distres postprandial
 - B1b) Síndrome doloroso epigástrico
 - B2) Desordenes eruptivos
 - B2a) Aerofagia
 - B2b) Eructos excesivo inespecífico
 - B3) Problemas de nauseas y vómitos
 - B3a) Nausea idiomática crónica
 - B3b) Vómito funcional
 - B3c) Síndrome de vómito cíclico
- C) Intestinales**
- C1) Síndrome de Intestino Irritable
 - C2) Balonamiento funcional
 - C3) Constipación funcional
 - C4) Diarrea funcional
- D) Doloroso abdominal**
- E) Vesícula biliar y Esfínter de Oddi (EO)**
- E1) Desorden vesicular funcional
 - E2) Trastorno del EO biliar
 - E3) Trastorno del EO pancreático

- F) Anorrectal**
- F1) Incontinencia fecal funcional,
 - F2) Dolor anorrectal funcional
 - F2a) Proctalgia crónica
 - F2a1) Síndrome del Elevador del Ano
 - F2a2) Dolor anorrectal funcional inespecifico
 - F2b) Proctalgia fugax,
 - F3) Desordenes defecatorios funcionales
 - F3a) Defecación disinergica
 - F3b) Propulsión defecatoria inadecuada
- G) Neonatos y lactantes**
- G1) Regurgitación del lactante,
 - G2) Síndrome de rumiación del lactante,
 - G3) Síndrome de vómito cíclico,
 - G4) Cólico del infante,
 - G5) Diarrea funcional,
 - G6) Disquexia del infante,
 - G7) Constipación Funcional
- H) Niños y adolescentes**
- H1) Vómito y aerofagia
 - H1a) Síndrome de rumiación del adolescente
 - H1b) Síndrome de vómito cíclico
 - H1c) Aerofagia
 - H2) Síndromes GI funcionales relacionados al dolor
 - H2a) dispepsia funcional
 - H2b) Síndrome de intestino irritable
 - H2c) Migraña abdominal
 - H2d) Dolor abdominal funcional de la infancia
 - H2d1) Síndrome de dolor abdominal funcional de la infancia
 - H3) Constipación e incontinencia
 - H3a) Constipación funcional
 - H3b) Incontinencia fecal retentiva

Se reitera el modelo biosicosocial¹⁵ de la enfermedad funcional digestiva (Figura 1), dando respaldo al modelo con estudios y observaciones sobre factores genéticos, ambiente familiar en la edad temprana, factores sicosociales, alteración en la motilidad, hipersensibilidad visceral, inflamación, flora bacteriana, interacción intestino-cerebro para dar un mayor sustento científico a las enfermedades funcionales, para que tanto el paciente que sufre estas molestias, como el médico que los trata, dejen de verse como personas con pensamientos extraños y sin fundamento.

FIGURA 1. Modelo Biosicosocial de la Enfermedad Funcional Digestiva

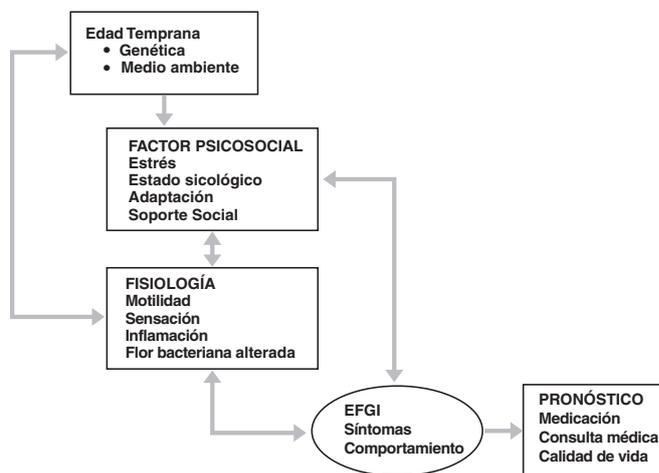
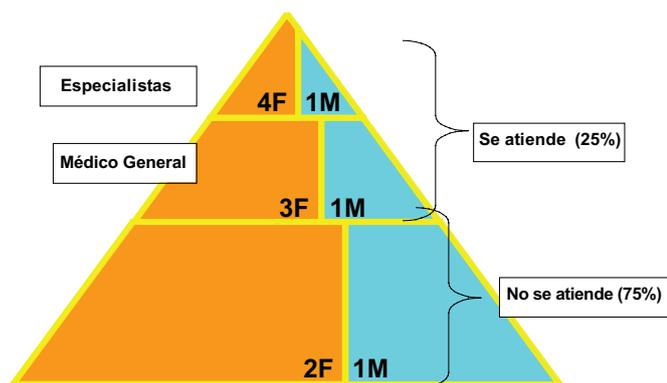


Figura 1.- Un aspecto y nuevo de los criterios de Roma es la separación de los cuadros funcionales en grupos de acuerdo a la severidad de los síntomas; estudiando y tratando a los pacientes según los síntomas sean leves, moderados o severos. Esto es importante; pues el tratamiento y el médico tratante variarán según la severidad del cuadro (figura 2)

FIGURA 2. Espectro de pacientes con SII (según Drossman), con porcentajes de atención y grupo de especialista a quien acude; poniendo atención en la relación mujer (F) y varón (M).



Al hacer ya la revisión de Roma III, vemos como cambios importantes la disminución del tiempo; solo 6 meses de antigüedad para ya ser considerada como enfermedad funcional.

La dispepsia funcional, una de las patologías más frecuentes, pero que era de las más pobres de entender e integrar esta en una fase de investigación para reconocer mecanismos específicos de entidades bien caracterizadas, que emergerían del estudio del Síndrome de distres postprandial y el síndrome de dolor epigástrico.

En forma muy sucinta vamos a revisar los diversos cuadros funcionales incluidos en Roma III, detallando los nuevos criterios diagnósticos de algunos cuadros que seleccionaremos.

Comenzaremos con los cuadros que nos parecen ser los trastornos funcionales digestivos más frecuentes: La dispepsia funcional y el SII.

CRITERIOS DE ROMA III PARA EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

Dolor ó malestar abdominal recurrente por lo menos 3 días por mes en los últimos 3 meses asociado a 2 o más de los siguientes:

- 1.- Mejoría con la defecación
- 2.- Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las heces
- 3.- Inicio asociado con un cambio en la forma (aparición) de las heces

Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

En Roma III los síntomas de soporte no están incluidos como criterios diagnósticos.

Síntomas de soporte:

- a) ≤ 3 movimientos intestinales por semana,
- b) ≥ 3 movimientos intestinales por día,
- c) heces duras/gruesas
- d) heces sueltas/acuosas,
- e) defecación con esfuerzo,
- f) apuro, sensación de defecación incompleta, mucosidad ó balonamiento.

Pero se puede subclasificar el SII en:

SII con Estreñimiento; si más del 25% de las deposiciones son duras (Se recomienda el uso de la escala de Bristol-Figura 3) y menos del 25% son sueltas o acuosas.

SII con Diarrea; si más del 25% de las deposiciones son sueltas o acuosas, y menos del 25% son duras.

SII Mixta; si más del 25% de las deposiciones son sueltas o acuosas, y más del 25% son duras.

SII no tipificada; si un cuadro de SII diagnosticado no encaja en ninguno de los cuadros arriba descritos.

Los cambios buscan:

Reflejar un cuadro clínico actual; antes el criterio de 12 semanas de molestias en los últimos 12 meses podía incluir pacientes que estaban asintomáticos y los resultados terapéuticos podían estar alterados.

El término mejoría con la defecación, trata de ser más amplio a aliviado con la defecación; pues incluye a un buen grupo de pacientes que si bien no desaparecen las molestias estas disminuyen al defecar.

El incluir el término SII con estreñimiento ó diarrea busca también evitar ambigüedades; igualmente se deja de lado la subclasificación de SII con Estreñimiento como ejemplo; en el que el paciente tenía que incluir: disminuido la frecuencia defecatoria; aumentada la consistencia, y/o esfuerzo al defecar o sensación de defecación incompleta.

Dispepsia funcional:

En el caso de la dispepsia funcional, hay cambios profundos. Si revisamos la división de la dispepsia de Roma I y Roma II han desaparecido los subgrupos Dispepsia tipo ulcerosa, dispepsia tipo dismotilidad y dispepsia no clasificada; y emergen los nuevos síndrome de distres postprandial y síndrome de dolor epigástrico.

Desaparece de la definición de dispepsia la presencia de dolor o malestar centrado en el abdomen superior tan ambigua y mas bien reaparecen síntomas relacionados a la toma de alimentos que es de donde nació el término; dis=mal , y pepsia=digestión.

La nueva clasificación de dispepsia funcional;

- 1) Debe incluir uno o más de los siguientes síntomas
 - a) Llenura postprandial que incomoda,
 - b) Saciedad temprana,
 - c) Dolor epigástrico,
 - d) Quemazón epigástrica y,
- 2) Excluir cualquier evidencia de enfermedad estructural.

Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

¿Cuáles son los nuevos subgrupos de dispepsia funcional?

El Síndrome de distres postprandial se definirá por (: Presencia de una ó ambas),

1. Llenura postprandial que incomoda, que ocurre después de una comida de tamaño regular (promedio), que ocurre al menos varias veces a la semana.
2. Saciación temprana que evita finalizar una comida regular, al menos varias veces por semana.

Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Criterios de soporte:

1. Balonamiento abdominal alto o náusea postprandial o eructos excesivos pueden estar presentes.
2. El Síndrome de dolor epigástrico puede coexistir.

El síndrome de dolor epigástrico debe incluir todo lo siguiente:

1. Dolor ó quemazón localizado en el epigastrio de al menos una severidad moderada, al menos una vez a la semana.
2. El dolor es intermitente.
3. No es generalizado o localizado en otra región abdominal o torácica.
4. No calma con la defecación o eliminación de flatos.
5. No llena los criterios para desórdenes de la vesícula biliar ó el esfínter de Oddi.

Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Criterios de soporte:

1. El dolor puede ser tipo quemazón, pero sin componente retroesternal.
2. El dolor comúnmente es inducido o aliviado por la ingesta de una comida, pero puede ocurrir en ayunas.
3. El síndrome de distrés postprandial puede coexistir.

La clasificación anterior de Roma II dejaba demasiados entrecruzamientos de síntomas y al parecer causas diferentes; lo que determinaba que las propuestas terapéuticas muchas veces fracasaban.

Queda el término dispepsia funcional como una sombrilla que incluye todos aquellos pacientes que cumplen con los criterios de síntomas descritos, y se lanza estos 2 nuevos síndromes que encajan mejor en mecanismos fisiopatológicos bastante claros estudiados en los últimos años.

Pero Roma III no es solo dispepsia y Síndrome de Intestino Irritable; hay 8 grupos de cuadros clínicos; 6 en adultos y 2 para la edad pediátrica (Neonatos con lactantes y niños con adolescentes). En los adultos estos seis grupos se han localizado según la zona donde se estima se origina los síntomas.

Revisando el Index medicus-Medline encontramos las referencias de estas entidades y vemos en la tabla

• Esófago

Pirosis funcional, (186 Ref.)
Dolor torácico funcional de origen esofágico,(80)
Disfagia funcional (1528 Ref.)
Globus (7486 Ref.)

• Gastroduodenal

Dispepsia funcional,1416 ref(Distress postprandial 11, Síndrome de dolor epigástrico 14)
Alteraciones tipo Erupto 58,(Aerofagia 249, Síndrome de eructos excesivos 1)
Problemas de náusea y vómito ,(Náusea idiopática 56, Vómito funcional 574, Síndrome de vómito cíclico 122)
Síndrome de rumiación en adultos 30 ref.

• Intestinal

Síndrome de Intestino Irritable 4079 ref.
Balonamiento abdominal 272 ref.
Estreñimiento funcional 1527 ref.
Diarrea Funcional 1528 ref.
Trastornos intestinales funcionales inespecíficas 5.

• Síndrome de dolor abdominal funcional 574 ref.

• Síndromes funcionales biliares y del Esfínter de Oddi

Síndrome de trastorno vesicular funcional, 262 ref.
Síndrome de trastorno biliar del esfínter de Oddi funcional 13 ref.
Síndrome de trastorno pancreático del esfínter de Oddi funcional 16 ref.

• Anorectal

Incontinencia fecal funcional, 911 ref.
Dolor anorectal funcional 59,(proctalgia crónica 87;
Síndrome elevador del ano 45, dolor anorectal inespecífico 1. Proctalgia fugax 87)
Desorden defecatorio funcional (Defecación disinérgica 11, Propulsión defecatoria inadecuada 0)

Tabla REFERENCIAS MEDLINE

Las mas citadas:

Globus (7486 Ref.)
Síndrome de Intestino Irritable 4079 ref
Diarrea Funcional 1528 ref.
Disfagia Funcional (1528 Ref.)
Estreñimiento funcional 1527 ref.

Tabla REFERENCIAS MEDLINE

Las menos citadas:

Propulsión defecatoria inadecuada 0
Síndrome de eructos excesivos 1
dolor anorectal inespecifico 1
Trastornos intestinales funcionales inespecíficas 5
Distress postprandial 11

La gran sorpresa es notar la gran cantidad de referencias sobre globus, que supera las referencias de SII, Diarrea funcional y disfagia funcional juntas. La única limitación en la búsqueda fue la edad por encima de los 15 años. Revisando en detalle los artículos; estos son en su mayoría de revistas de neurología, de neurocirugía, de cirugía de cabeza y cuello; y de psiquiatría. El término globus entonces, engloba patologías con fondo neurológico y psiquiátrico bastante claro en aquellas especialidades.

Definición de globus:

Es una sensación de atoro/lump, bolo alimentario retenido ó rigidez en la garganta. El síntoma no es doloroso, usualmente mejora cuando come, es episódico y no se asocia disfagia u odinofagia.

Los criterios diagnósticos de globus, debe incluir todo lo siguiente:

1. Sensación continua o intermitente no dolorosa de un bulto o cuerpo extraño en la garganta
2. Ocurrencia de la sensación entre las comidas
3. Ausencia de disfagia u odinofagia
4. Ausencia de evidencia que el reflujo gastroesofágico es la causa del síntoma
5. Ausencia de desordenes de motilidad esofágica con base histopatológica.

Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Otra sorpresa es que la dispepsia funcional, este con 1416 referencias este en el sexto lugar de referidos; cuando en la evaluaciones epidemiológicas compite con el SII como el trastorno funcional digestivo más frecuente en la población general.

Esto no es otra cosa que un reflejo de la dificultad de escribir sobre un desorden funcional con dificultad para incluir y estudiar a estos pacientes.

Disfagia funcional y diarrea funcional al momento de revisar el Pubmed tenían la misma cantidad de referencias (1,528).

La disfagia funcional se caracteriza por la sensación de un tránsito anormal del bolo a través del cuerpo esofágico. Se requiere la exclusión de lesiones estructurales, Enfermedad por reflujo gastroesofágico y lesiones motoras del esófago de base histopatológica.

Criterios diagnósticos de la disfagia funcional:

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Sensación que alimentos sólidos y/o líquidos se pegan, empozan o pasan anormalmente por el esófago.
2. Ausencia de evidencia que el reflujo gastroesofágico es la causa del síntoma
3. Ausencia de desordenes de motilidad esofágica con base histopatológica.

Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

La diarrea funcional es un síndrome continuo o recurrente en el que las deposiciones son suaves ó acuosas, sin presentar dolor o malestar abdominal.

Criterios diagnósticos de la diarrea funcional:

Debe incluir todo lo siguiente:

Deposiciones suaves o acuosas sin dolor o malestar abdominal en al menos el 75% de las deposiciones.

Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

El estreñimiento funcional es el quinto desorden digestivo funcional en orden a las referencias de artículos del Medline; pero es quizás tan frecuente como la dispepsia funcional y más común que el SII, la diarrea funcional, la disfagia funcional y por supuesto el globus.

Describimos al estreñimiento funcional como la presencia de defecación infrecuente, difícil ó incompleta que no llena los criterios de SII.

Criterios diagnósticos del Estreñimiento funcional:

1. Debe incluir 2 o más de lo siguiente:
 - a. Realizar esfuerzo o pujo al defecar al menos en 25% de las defecaciones
 - b. Heces duras ó gruesas al menos en 25% de las defecaciones
 - c. Sensación de defecación incompleta al menos en 25% de las defecaciones
 - d. Sensación de obstrucción/bloqueo anorrectal al menos en 25% de las defecaciones
 - e. Maniobras manuales para facilitar la defecación al menos en 25% de las defecaciones (ej; evacuación digital, apoyo al piso pelvico)
 - f. Menos de 3 deposiciones a la semana
2. Heces suaves raro se presentan sin el uso de laxantes.
3. Hay criterios insuficientes para diagnosticar SII.

Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Detallar cada entidad esta más allá del alcance de esta revisión, pero queremos actualizar nuestros conocimientos de trastornos funcionales digestivos; indicar que Roma III es lo más actual en el estudio de estas patologías.

Hay todo un campo nuevo en patologías anorrectales y biliares, que deberán ser materia de estudio cuando por ejemplo en patología anorrectal, los procedimientos habituales proctosigmoidoscopia, sigmoidoscopia, estudios contrastados de rutina por mencionar los más comunes, no aporten una respuesta a patología anorrectal, y tengamos que "estudiar" más con estudios como manometría anorrectal, defecografía y otros. No quiero decir que tenemos que volver a los diagnósticos de exclusión; sino enfatizar la existencia de trastornos que bien diagnosticados tendrán un tratamiento especial (ej; Síndrome del Elevador del ano ó disineria anorrectal).

Igualmente la patología de las vías biliares y el esfínter de oddi; ahora que hay más frecuentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos de esta zona encontrarán mayor número de problemas sin una "organicidad" definida y el estudio de problemas funcionales tiene que hacerse y estudiar las principales molestias funcionales.

Hemos sido críticos de Roma I y posteriormente Roma II; pero el gran mérito de los expertos liderados por Douglas

Drossman es mejorar y ordenar el conocimiento de las enfermedades digestivas funcionales.

Sabemos que habrá un Roma IV y Roma V, pero las bases para un conocimiento ordenado de los trastornos digestivos funcionales están dados. Comencemos a fijarnos en las características de los síntomas de nuestros pacientes y veamos a que cuadro más encaja. La decisión diagnóstica final será nuestra, pero es bueno valorar y tomar la experiencia de los expertos de Roma III. Una revisión completa de todos los criterios de Roma III en www.romecriteria.org.

REFERENCIAS:

1. THOMPSON WG, LONGSTRETH GF, DROSSMAN DA, HEATON KW, IRVING EJ, MUELLER-LISSNER SA. En: The functional Gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology and treatment. Degnon Associates Inc. 2000.
2. CHAUDHARY NA, TRUELOVE SC. The Irritable colon síndrome. Q.J.Med. 1962;31:307-322
3. DELOR CJ. THE IRRITABLE BOWEL SYNDROME. Am J Gastroenterol. 1967 ;47:427-34.
4. MANNING AP, THOMPSON WG, HEATON KW ET AL. Towards positive diagnosis of irritable bowel síndrome. BMJ 1978;ii:653-4.
5. KRUIS W, THIEME CH, WEINZERI M ET AL. A diagnostic store for the irritable bowel síndrome. Its value in the exclusion of organic disease. Gastroenterology 1984;87:1-7
6. DROSSMAN DA, RICHTER JE, TALLEY NJ ET AL.(EDS). The functional Gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology and treatment- A multinacional consensus. Boston, Little Brown & Co. 1994.
7. DROSSMAN DA, CORAZZIARI E, TALLEY NJ, THOMPSON WG, WHITEHEAD WE. Rome II: A multinacional Consensus Document on functional Gastrointestinal disorders. Gut 1999;45(Suppl II).
8. AGREUS L, SVARDSUDD K, NYREN O, TIBBLIN G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. Gastroenterology. 1995 ;109:671-80.
9. HEATON KW, GHOSH S, BRADDON FE. How bad are the symptoms and bowel dysfunction of patients with the irritable bowel syndrome? A prospective, controlled study with emphasis on stool form. Gut. 1991 ;32(1):73-9.
10. TALLEY NJ, ZINSMEISTER AR, MELTON LJ 3RD. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors, and health care utilization. Am J Epidemiol. 1995 Jul 1;142(1):76-83.
11. FASS R, LONGSTRETH GF, PIMENTEL M, FULLERTON S, RUSSAK SM, CHIOU CF, REYES E, CRANE P, EISEN G, MCCARBERG B, OFMAN J. Evidence- and consensus-based practice guidelines for the diagnosis of irritable bowel syndrome. Arch Intern Med. 2001;161(17):2081-8.
12. BOYCE PM, KOLOSKI NA, TALLEY NJ. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice? Am J Gastroenterol. 2000;95(11):3176-83.
13. VANNER SJ, DEPEW WT, PATERSON WG, DACOSTA LR, GROLL AG, SIMON JB, DJURFELDT M. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol. 1999;94(10):2912-7.
14. DROSSMAN DA, CORAZZIARI E, DELVAUX M, SPILLERR, TALLEY NJ, THOMPSON WG, WHITEHEAD WE. Rome III. The Functional Gastrointestinal disorders. 2006 Aug.
15. DROSSMAN DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology. 2006 Apr;130(5):1377-90.