



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN GASTROENTEROLOGÍA MÉDICA**

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

**“LOS PACIENTES CON ANSIEDAD Y DEPRESION TIENEN ALTA PREVALENCIA DE
CUALQUIER TRASTORNO FUNCIONAL DIGESTIVO”**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA MÉDICA

PRESENTA:

DRA. MARCELA GOMEZ LLANOS NAVIDAD

DR. EDGARDO SUAREZ MORAN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ALTA ESPECIALIDAD DE MOTILIDAD
GASTROINTESTINAL
DIVISION DE POSTGRADO UNAM
JEFE DE LA SECCIÓN DE FISIOLÓGIA GASTROINTESTINAL
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
ASESOR DE TESIS

MÉXICO, D.F. FEBRERO DE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE	Pág
PORTADA.....	1
INDICE.....	2
DIRECTORIO.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
I.-MARCO TEÓRICO	
I.1 ANTECEDENTES.....	7
I.2. CLASIFICACIÓN DE ROMA III.....	10
I.3 DEFINICIONES Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS.....	11
I.4 DEFINICION DE ANSIEDAD Y DEPRESION.....	36
II.-JUSTIFICACION.....	40
III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
IV.-PREGUNTA CIENTIFICA.....	40
V.-HIPOTESIS.....	40
VI.-OBJETIVO.....	40
VII.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	40
VIII.-RESULTADOS.....	40
IX.-DISCUSION	46
X.-CONCLUSIONES.....	46
XII.-BIBLIOGRAFIA.....	47

DR. MANUEL ALVAREZ NAVARRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

DR. JORGE PEREZ MANAUTA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

DR. EDGARDO SUAREZ MORAN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ALTA ESPECIALIDAD DE MOTILIDAD
GASTROINTESTINAL
DIVISION DE POSTGRADO UNAM
JEFE DE LA SECCIÓN DE FISILOGIA GASTROINTESTINAL
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Hoy después de 5 maravillosos años por fin ha llegado el día de decir GRACIAS DIOS por haberme dado la oportunidad de culminar uno de mis sueños. GRACIAS porque a lo largo de este caminar me has permitido crecer no solo como médico sino que también he podido crecer como ser humano al lado de muchas personas que he tenido la dicha de tener a mi lado.

Indudablemente mi más profundo y sincero agradecimiento a mi MAMA y a mi PAPA que no conformes con darme la vida se han encargado de llenarla de dicha y felicidad. GRACIAS porque me han enseñado con su ejemplo lo que es caminar de la mano de Dios y han sido los principales promotores para que este sueño hoy se haya realizado, fueron indispensables sus oraciones, su apoyo, sus enseñanzas y sus consejos porque si bien recorrer este caminar sin ellos hubiera sido imposible.

A mis HERMANOS que desde que nací han cuidado de mí, hoy puedo decir que son los dos grandes pilares que me sostienen y que me alientan a seguir adelante, GRACIAS por su apoyo incondicional.

Amor no cabe duda que los tiempos de Dios son perfectos y llegaste a mi vida en el momento preciso como tu mismo lo dijiste "Como parte de algo mágico", GRACIAS por la felicidad que me has dado, por la confianza depositada en mí y por la fortaleza que me transmite tu sola presencia. GRACIAS EMMANUEL por subirte conmigo a este barco que apenas empieza a navegar por la vida.

CUÑIS gracias porque has sido la hermana que no tuve pero que Dios se encargó de poner en mi camino, gracias por tus porras y por compartir conmigo tantas cosas entre ellas ese pedacito de cielo que tanta alegría trajo a nuestra familia, GRACIAS OSCARITO por existir.

DIRCEO Y YAMIL mis compañeros de curso, mis amigos de parranda, mis cómplices, pero lo mejor de todo, mis hermanos, GRACIAS por hacer de estos tres años una experiencia maravillosa y sin duda alguna ustedes hicieron que mi residencia haya sido una de las mejores etapas de mi vida.

LAURA, COTY, NEREO, SOFIA, DULCE, ESMERALDA, JUAN PABLO, JAVIER, FIDEL, CARLOS, GERARDO, DIEGO todos y cada uno de ustedes que han aportado algo a mi vida los que ya pasaron y los que están GRACIAS por sus enseñanzas, por su paciencia, por su compañerismo pero sobre todo GRACIAS por esa bonita amistad que se gestó basada en un gran cariño.

A toda mi FAMILIA que una y mil veces me ha manifestado su apoyo y su confianza GRACIAS por estar siempre ahí.

Definitivamente no podría continuar sin decirle GRACIAS a mi maestro de la vida que me enseñó a creer verdaderamente que todo sueño es posible siempre y cuando se haga su debido esfuerzo, que me enseñó que “Hay que estar” y que “Lo mas importante son las personas. GRACIAS Dr. Muñoz por haberme permitido ser parte de su maravilloso equipo y GRACIAS por su amistad.

A mi amiga del alma y de toda la vida ILIANA GRACIAS por tu entrañable amistad, porque definitivamente siempre has estado y sigues estando ahí, a pesar del tiempo y de la distancia.

A quienes con mucho orgullo les llamo maestros y amigos, que fueron y siguen siendo parte importantísima en este sueño que hoy se cumple GRACIAS Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta y Dr. Jesús Lizárraga por su invaluable apoyo y por creer en mi.

A todos mis maestros del Hospital Español a quienes voy a recordar para toda la vida, porque confiaron en mi, GRACIAS por regalarme minutos, a veces horas de su tiempo, por compartir sus conocimientos y sus pacientes y por haber sido en algún momento ese padre que se encontraba a kilómetros de distancia....MIL GRACIAS

GRACIAS Dr. Jorge Pérez Manauta por haberme permitido ingresar a la larga lista de Gastroenterólogos egresados del Hospital Español a la cual hoy pertenezco con mucho orgullo, GRACIAS por sus enseñanzas, por su tiempo, por sus pases de visita que definitivamente siempre fueron enriquecedores, divertidos y llenos de sabiduría.

Al Dr. José Luis Sanjurjo gracias por su confianza y su paciencia y por enseñarme parte del pragmatismo de la vida y del trato al paciente.

Dr. Edgardo Suárez, mi asesor de tesis, mi maestro quien no solo me compartió sus conocimientos de Fisiología Gastrointestinal si no que también compartió conmigo muchos momentos de grandes y enriquecedoras charlas.

GRACIAS Dr. Rivera Ramos por sus enseñanzas y por estar siempre pendiente de sus Residentes, Dr. De Ariño GRACIAS porque en esos interminables pases de visita siempre nos regalaba algo más, desde sus anécdotas en sus viajes hasta sus planes de negocios.

Dr. García Menéndez mil GRACIAS por haber sido mi maestro y por haberme hecho reír tanto, Dr. Jaime Solana muchas GRACIAS por enseñarnos lo que es ser disciplinado y cauteloso. GRACIAS Dr. Pedro Brito por sus pases de visitar, rápidos, divertidos y enriquecedores. Dr. Ricardo Raña GRACIAS por compartirnos su tiempo y esos

comentarios siempre tan acertados. Dr. Luis De Giau gracias por su apoyo y sus consejos.

A todos los médicos asociados muchas muchas GRACIAS por su apoyo, confianza, cariño y amistad, Jiro Muneta, Dr. Felipe Zamarripa, Dr. Gregorio Blanco, Dra. Alejandra Noble.

GRACIAS al Dr. Juan Carlos López Alvarenga por permitirme conocerlo, por su aportación a este proyecto y por su amable colaboración en la realización del análisis estadístico.

Por supuesto MIL GRACIAS a todos mis AMIGOS que desde tan lejos me siguen brindando su cariño, su apoyo, y sobre todo GRACIAS por seguirme compartiendo su amistad.

GRACIAS a toda esa gente que ha caminado conmigo a lo largo de estos 5 años, que sin saberlo ha sido parte importante y definitivamente GRACIAS a todos esos PACIENTES que convencidos o no me permitieron adquirir algún conocimiento y que inadvertidamente fueron parte indispensable en mi formación.

GRACIAS...

TITULO: "LOS PACIENTES CON ANSIEDAD Y DEPRESION TIENEN ALTA PREVALENCIA DE CUALQUIER TRASTORNO FUNCIONAL DIGESTIVO"

I.- MARCO TEORICO

I.1.- ANTECEDENTES

Los trastornos funcionales digestivos (TFD) son un grupo de padecimientos caracterizados por síntomas gastrointestinales recurrentes que se expresan en forma de dolor, náusea, vómito, distensión, diarrea, estreñimiento o dificultad para deglutir los alimentos o canalizar las evacuaciones y que aparentemente no son la traducción de una afección estructural.⁽¹⁻³⁾ En los últimos años el interés por los TFD ha crecido considerablemente y se ha avanzado en su conocimiento fisiopatológico y manejo terapéutico.

En 1989 se crearon por primera vez los llamados "Criterios de Roma" los cuales ha sido modificados en varias ocasiones, en 1999 "Criterios de Roma II" en los que se habían incorporado nuevos conocimientos y más evidencias científicas. No obstante, el tiempo y su aplicación demostraron que tenían diversas limitaciones y que claramente podían ser mejorados. Con esta intención nacieron los "criterios de Roma III" en 2006 que se recogen en el volumen de Abril de Gastroenterology del mismo año, así como en un libro publicado a tal efecto.^(2,3)

El mecanismo de los TFD es aun incierto, pero se cree que interfieren alteraciones en la motilidad, disturbios en la función sensorial y psicosocial.^(1,5) La asociación entre trastornos psicológicos y TFD ha sido sugerida por los siguientes mecanismos: 1)Relación directa entre eventos de estrés y exacerbación de los síntomas; 2)Factores psicosociales que pueden afectar la modulación de respuestas motoras y de hipersensibilidad visceral en el tracto gastrointestinal; 3)Interacción anormal entre los factores psicológicos, el sistema nervioso central y el sistema gastrointestinal que puede resultar en una disregulación en el eje cerebro-intestino.⁽¹⁻⁶⁾

Los TFD se encuentran entre las condiciones médicas mas comúnmente observadas en la atención primaria así como en la consulta de Gastroenterología.⁽⁶⁾ En países latinoamericanos existen pocos estudios que evalúen la prevalencia de los TFD, en nuestro país hace aproximadamente 6 años se publicó el primer estudio que evaluó la

prevalencia de estos trastornos usando ROMA II y se reportó una prevalencia de Síndrome de Intestino Irritable (SII) del 35%, pirosis no investigada 35%, distensión abdominal funcional 21% y constipación funcional 19%.⁽⁸⁾ Es por bien sabido que el SII es el TFD mas común, su prevalencia real se desconoce ya que varia ampliamente en los múltiples estudios que se han hecho alrededor del mundo partiendo desde el 5% y alcanzando cifras hasta del 35% en la población general.^(2-4,7-10)

La relación entre trastornos psicológicos y los TFD solía considerarse conflictiva, por lo tanto estas observaciones se limitaban a pacientes con trastornos graves mas vistos en centros de referencia.^(11,12) En los pacientes con trastornos funcionales la asociación con desordenes psiquiátricos es mayor.^(1,12) Existe información previa que la ansiedad y depresión son más comunes en pacientes con TFD que en adultos sanos.^(4,5) Ambos trastornos la ansiedad y la depresión han sido fuertemente asociados al SII.^(13,14)

Existe gran diversidad de información en relación al padecimiento psiquiátrico con mayor frecuencia en pacientes con SII, un estudio realizado en una clínica de Gastroenterología reportó una prevalencia del 34% en pacientes con ansiedad y SII⁽¹⁵⁾, sin embargo, otros autores reportan que la depresión es el trastorno psiquiátrico mas asociado a SII.⁽⁶⁾

En relación al trastorno de ansiedad y dispepsia funcional las cifras alcanzan un 38% comparada con la población general en la que se llega a presentar en un 4%.⁽¹⁾

Actualmente no existe ninguno trabajo a nuestro conocimiento, que documente la prevalencia de los trastornos gastrointestinales funcionales usando criterios de Roma III en población diagnosticada con ansiedad o depresión y que se encuentre virgen a tratamiento psiquiátrico.

El término “trastornos funcionales digestivos” (TFD) define algunas combinaciones de síntomas gastrointestinales que recurren y que no pueden explicarse por alteraciones estructurales o bioquímicas.⁽¹⁶⁾ Por esta causa la población general considera erróneamente que deben de ser diagnosticados por exclusión o que solo son causados por estrés.⁽¹⁷⁾ Los médicos ven a los trastornos funcionales digestivos como desordenes psicológicos o tan solo como la ausencia de enfermedad orgánica.⁽¹⁸⁾ Pareciera que lo anterior lo acarreamos de un modelo reduccionista que se empleaba hace 3 décadas, intentando separar a la mente del cuerpo, buscando identificar una sola causa biológica o estructural y de esta manera identificar a las enfermedades tan solo por lo que podemos

ver.^(19,20) En la medicina occidental esto tiene un gran impacto pues se estigmatiza a las enfermedades mentales o el efecto del estrés en las funciones fisiológicas.⁽²¹⁾

Recientes estudios científicos ven a la mente y al cuerpo como parte de un sistema en donde su disregulación puede producir enfermedad. Es por esto que se integra el modelo biopsicosocial, el cual permite que los sistemas sean fisiológicamente multideterminados y modificados por influencias socioculturales y psicosociales.^(1,2,4,6,21) (Figura 1).

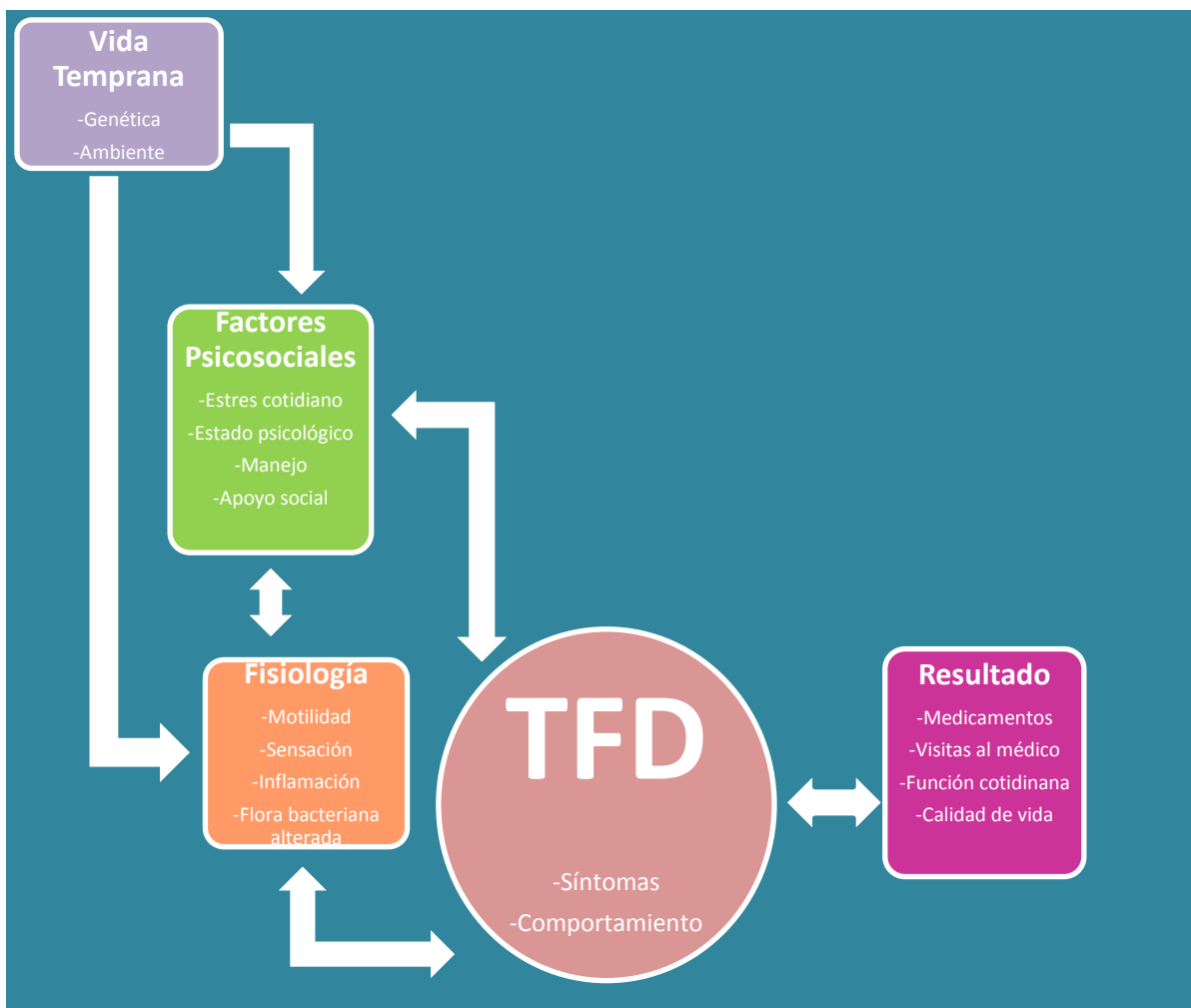


Figura 1. Conceptualización biopsicosocial de la patogénesis y expresión clínica de trastornos gastrointestinales funcionales. Se muestra la relación entre factores psicosociales y fisiológicos, síntomas gastrointestinales funcionales y el resultado clínico.

I.2 CLASIFICACIÓN DE ROMA III
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES DEL ADULTO

- A. Trastornos esofágicos funcionales
 - A1. Pirosis funcional
 - A2. Dolor torácico funcional de presumible origen esofágico
 - A3. Disfagia funcional
 - A4. Globus
- B. Trastornos funcionales gastroduodenales
 - B1. Dispepsia funcional
 - B1a. Síndrome de angustia posprandial (PDS)
 - B1b. Síndrome del dolor epigástrico (EPS)
 - B2. Trastornos con eructos
 - B2a. Aerofagia
 - B2b. Eructos excesivos sin especificar
 - B3. Trastorno con náusea y vómito
 - B3a. Náusea idiopática crónica (CIN)
 - B3b. Vómito funcional
 - B3c. Síndrome de vómito cíclico (CVS)
 - B4. Síndrome de rumiación en adultos
- C. Trastornos intestinales funcionales
 - C1. Síndrome de intestino irritable (IBS)
 - C2. Distensión intestinal funcional
 - C3. Estreñimiento funcional
 - C4. Diarrea funcional
 - C5. Trastorno intestinal funcional no especificado
- D. Síndrome del dolor abdominal funcional (FAPS)
- E. Trastorno funcional de la vesícula biliar y el esfínter de Oddi (SO)
 - E1. Trastorno funcional de la vesícula biliar
 - E2. Trastorno funcional biliar del esfínter de Oddi
 - E3. Trastorno funcional pancreático del esfínter de Oddi
- F. Trastorno funcional anorrectal
 - F1. Incontinencia fecal funcional
 - F2. Dolor anorrectal funcional
 - F2a. Proctalgia crónica
 - F2a1. Síndrome del elevador del ano
 - F2a2. Dolor anorrectal funcional no específico
 - F2b. Proctalgia fugaz
 - F3. Trastorno funcional de la defecación
 - F3a. Defecación disinérgica
 - F3b. Propulsión defecatoria inadecuada

I.3 DEFINICIONES Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS

A. TRASTORNOS ESOFAGICOS FUNCIONALES

Son representados por sintomatología crónica que tipifica enfermedad esofágica y que no puede ser atribuida a una base metabólica o estructural.

Los subtipos englobados en estos desórdenes son: La pirosis funcional, dolor torácico funcional de presumible origen esofágico, disfagia funcional y globus.^(21,23)

A1. Pirosis funcional: ardor retroesternal episódico en ausencia de reflujo gastroesofágico, desordenes de la motilidad basados en histopatología o en alteraciones estructurales. Aproximadamente 20 a 40 % de la población occidental refiere haber tenido pirosis, mencionando este síntoma por lo menos una vez a la semana. Teniendo en cuenta advertencias potenciales en cualquier tipo de estimación, la pirosis funcional probablemente represente menos del 10% de pacientes que se quejan de pirosis en la consulta del gastroenterólogo, aunque debe de excluirse la presencia de ERGE, no se puede dejar de pensar que de alguna manera hay una contribución por parte del reflújo ácido. Hay que tomar en cuenta una percepción visceral afectada e involucrada en la fisiopatología de este padecimiento. La pirosis se caracteriza por dolor o molestia ardiente y se origina en el epigastrio con irradiación intermitente cefálica retroesternal.⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos de la pirosis funcional

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Dolor o molestia ardiente retroesternal
2. Ausencia de evidencia de que el reflujo gastroesofágico ácido es la causa de los síntomas
3. Ausencia de trastornos de la motilidad esofágica basados en histopatología

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico.

En la pirosis la terapia supresora de ácido parece razonable. Si se realiza con bloqueadores H₂ o Inhibidores de la bomba de protones (IBPs) aparentemente funciona. Sin embargo en grupos con pirosis funcional la supresión no hace que mejore la sintomatología aparentemente por que no es el ácido el que genera la molestia. Antidepresos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina se ha visto

que funcionan de manera correcta. De igual manera el agregar modificaciones del estado de ánimo y terapia de relajación es benéfico. El baclofeno aparentemente puede ser una solución para el reflujo en caso de no ser ácido. ⁽²¹⁾

A2. Dolor torácico funcional de presumible origen esofágico: episodios de dolores torácicos en la línea media, inexplicables como característica visceral y por lo tanto potencialmente de origen esofágico. El dolor es fácilmente confundible con angina de origen cardíaco y de otros desordenes de origen esofágico. Se desconoce la prevalencia sin embargo datos inferenciales refieren una prevalencia entre 15 a 30 % de los angiogramas en pacientes con dolor torácico son normales y espasmos coronarios rara vez explican esta sintomatología. Encontrar una respuesta anormal sensorial esofágica aunada a afectación de la motilidad son comunes en pacientes con esta alteración. Actualmente se cree que características sensoriales que incluyen procesos a nivel de sistema nervioso central de señales aferentes alteradas cada vez tienen mas peso al momento de intentar explicar el origen de esta patología. Es de suma importancia descartar causas cardíacas. La presentación, la historia y la instalación de los síntomas son inespecíficos. Una vez excluido se debe pensar en ERGE. Al excluir cualquier situación relacionada a reflujo que originara la sintomatología si persiste la presencia de dolor entonces se debe de pensar en esta entidad. ⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para dolor torácico funcional de presumible origen esofágico

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Dolor o malestar torácico en la línea media que no es de calidad ardiente
2. Ausencia de evidencia de que el reflujo gastroesofágico ácido es la causa de los síntomas
3. Ausencia de trastornos de la motilidad esofágica basados en histopatología

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico.

De inicio se debe de tratar con manejo sintomático. Al dar una explicación a los pacientes y al demostrar que el dolor no es de origen cardíaco la sintomatología mejora. El uso de inhibidores de canales de calcio no ha logrado alcanzar la mejoría esperada. El uso de

antidepresivos de igual manera ha demostrado generar mejoría en pacientes, así como terapia psicológica. ⁽²¹⁾

A3. Disfagia funcional: sensación de tránsito de bolo anormal a través del cuerpo esofágico. Poco se sabe sobre la prevalencia o incidencia de la disfagia funcional, en cuestionarios sobre trastornos funcionales digestivos, se ha reportado presente en 7 a 8 %, 41% de estos refiere haber consultado a algún médico. Usando criterios de Roma II 0.6 % de 1012 pacientes refiere disfagia funcional. Aparentemente por manometría se a observado la presencia de contracciones simultaneas y esto se ha relacionado a la presencia de sintomatología. Por otro lado la presencia de disfunción esofágica documentada como contracciones de baja amplitud , menores a 30 o 33 mmHg tambien producen sintomatología. La tercera afectación es la presencia de una percepción sensorial afectada. ⁽²¹⁾

Se deben excluir trastornos estructurales. Por medios endoscópicos, toma de biopsias, esofagogramas con bario, estudios de motilidad y pHmetría. Posterior a todo esto si la sintomatología continua se puede hablar de disfagia funcional. ⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos de la disfagia funcional

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Sensación de sólidos y/o líquidos atorados, alojándose o pasando anormalmente a través de esófago
2. Ausencia de evidencia de que el reflujo gastroesofágico ácido es la causa de los síntomas
3. Ausencia de trastornos de la motilidad esofágica basados en histopatología

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Se deben eliminar los factores precipitantes, sugerir el masticar adecuadamente la comida y modificar anormalidades psicológicas. Si la sintomatología no mejora se debe de usar inhibidores de la bomba de protones (IBPs) a doble dosis. De no presentar mejoría se pueden usar, relajantes musculares, anticolinérgicos, ansiolíticos o antidepresivos. Se

puede usar como última opción dilatación mecánica que se ha visto es de utilidad en un grupo reducido de pacientes. ⁽²¹⁾

A4. Globus: sensación de bulto o bolo de alimentos retenido u opresión en la garganta. Se cree que es extremadamente común que va de 7 a 46 % de los individuos aparentemente sanos, con un pico a mediana edad y baja presentación en menores de 20 años. Hay poca información publicada en los últimos 10 años sobre este padecimiento, múltiples alteraciones han sido relacionadas a este padecimiento como la presencia de hernia hiatal, osteofitos cervicales, barra cricofaríngea, membranas esofágicas, úlceras esofágicas y la presencia de lítos en la vesícula. Se han valorado múltiples mecanismos que incluyen: sensación referida del esófago al cuello. La presencia de reflexiones y contracciones del EES en respuesta a acidificación esofágica. La presencia de regurgitación esofagolaríngea. Se debe realizar una historia clínica muy detallada. Descartar disfagia. Hay escalas para buscar globus como la descrita por Deary et al. La cual se encarga de descartar disfagia y dolor. Además de lo comentado se sugiere hacer una revisión detallada del cuello y la faringe. ⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos de globus

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Sensación persistente o intermitente, no dolorosa, de un bulto o cuerpo extraño en la garganta
2. Aparición de la sensación entre las comidas
3. Ausencia de disfagia u odinofagia
4. Ausencia de evidencia de que el reflujo gastroesofágico ácido es la causa de los síntomas
5. Ausencia de trastornos de la motilidad esofágica basados en histopatología

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Se puede usar como primer tratamiento IBPs. Se han realizado pequeños estudios con procinéticos como cisaprida demostrando resultados moderados. ⁽²¹⁾

B. DESORDENES GASTROINTESTINALES FUNCIONALES

Sintomatología crónica que de manera arbitraria son atribuidas a la región gastroduodenal e incluye sintomatología del epigastrio, exceso de distensión y náusea o vómito que se presentan de manera recurrente. Incluye: Dispepsia funcional, trastorno con eructos, trastorno con náusea y vómito además de síndrome de rumiación en adultos.⁽²¹⁾

B1. Dispepsia funcional: dispepsia se refiere a un síntoma o la instalación de un conjunto de síntomas que son originados en la región gastroduodenal. La dispepsia funcional refiere a esta sensación de malestar que no tiene una explicación estructural posterior a realizar investigaciones estandarizadas.⁽²¹⁾

Se subdivide en el síndrome de angustia postprandial y síndrome de dolor epigástrico. En población general la prevalencia es de 20 a 30 % y es muy parecida a la reportada en todas las partes del mundo. Comparte afecciones fisiopatológicas con otras patologías como lo son hipersensibilidad y dismotilidad (esto puede explicar la sobreposición del síndrome).⁽²¹⁾

Es importante diferenciar la sintomatología dispeptica investigada de la no investigada. En el caso de ser una dispepsia no investigada se debe descartar lo siguiente:

-Recuperar evidencia clínica y asegurarse de que esta se localiza en el tubo digestivo proximal.

-Investigar datos de alarma

-Excluir ingesta de AINE

-Descartar ERGE

En caso de encontrar algo es necesario realizar una endoscopia superior en busca del origen de la sintomatología.⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos de la dispepsia funcional

Debe incluir:

1. Uno o más de los siguientes:

a. Molestia posprandial (hartazgo)

b. Saciación temprana

c. Dolor epigástrico

d. Ardor epigástrico

Y

2. Ninguna evidencia de enfermedad estructurales (incluyendo endoscopia superior) que puedan explicar los síntomas.

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

B1a Criterios diagnósticos para el síndrome de angustia posprandial

Debe incluir uno o ambos de los siguientes:

1. Molesto hartazgo posprandial que aparece luego de dosis habituales de comida, varias veces por semana
2. Saciación temprana que impide terminar una comida regular, por lo menos varias veces por semana

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

Criterios de apoyo:

1. Distensión abdominal superior o náuseas posprandiales o eructos excesivos pueden estar presentes
2. Puede coexistir el síndrome de dolor epigástrico

B1b. Criterios diagnósticos para el síndrome de dolor epigástrico

Debe incluir todos los siguientes:

1. Dolor o ardor localizado en el epigastrio de al menos moderada gravedad, por lo menos una vez por semana
2. El dolor es intermitente
3. No generalizado o localizado en otras regiones abdominales o torácicas
4. No aliviado por la defecación o el paso de flatos
5. Que no cumplan los criterios de los trastornos de la vesícula biliar o del esfínter de Oddi

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

Criterios de apoyo:

1. El dolor puede tener cualidad de ardor, pero sin un componente retroesternal
2. El dolor es comúnmente inducido o aliviado por la ingesta de comida, pero puede ocurrir en ayunas
3. Puede coexistir síndrome de angustia posprandial

Para su tratamiento se recomiendan medidas generales: suspender la ingesta de alimentos específicos puede mejorar la sintomatología como café, alcohol, tabaquismo, AINE. Medicamentos como antiácidos, bloqueadores H₂, IBPs, erradicar infecciones por HP, procinéticos, antidepresivos, En el futuro se ha visto que moduladores del dolor abdominal podrían ser de utilidad como agonistas Kappa del opio, NMDA, Asimadolina.

(21)

B2. Trastornos con eructos: se presentan al deglutir aire. Por lo regular al deglutir 10 ml de agua se ingieren de 8 a 32 ml de aire. La relajación transitoria del esfínter esofágico inferior provocada por la distensión del estómago proximal es el mecanismo que permite al aire ingerido ser desalojado del estómago. Por lo tanto, eructar es común y este síntoma sólo puede considerarse un trastorno cuando se convierte en algo problemático. Se subdivide en aerofagia y eructos excesivos sin especificar. En población general es difícil de definir pero se sugiere que es raro. Se reporta que 1% en población asiática reporta verdadera aerofagia, Sin embargo se ha visto en 6 % en países occidentales. Cambios en el estado emocional, pueden llevar a la ingesta descontrolada de aire. Se ha demostrado que factores psicológicos son relacionados a mayor aerofagia. Se sabe de la presencia de flatos excesivos y descartar o buscar patología psiquiátrica.⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para trastornos con eructos

B2a. Aerofagia

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Eructos problemáticos repetitivos al menos varias veces por semana
2. Deglución de aire que es objetivamente observada o medido

B2b. Eructos excesivos sin especificar

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Eructos problemáticos repetitivos, al menos varias veces por semana

2. Ninguna evidencia de que la deglución excesiva de aire subyace los síntomas

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

Es importante hablar del padecimiento y explicarlo para comodidad del paciente. En cuanto a la dieta solicitar que el paciente succione poco en caso de comer paletas y evitar masticar chicle, comer despacio y pedazos pequeños, así como evitar bebidas carbonatadas. Los medicamentos no han demostrado generar ningún efecto en el caso de este padecimiento.⁽²¹⁾

B3. Trastornos de náusea y vómito: las náuseas son un síntoma subjetivo y pueden definirse como la sensación desagradable de la inminente necesidad de vomitar expresada en el epigastrio o la garganta. El vómito se refiere a la expulsión oral forzosa de contenidos gástricos o intestinales asociada con la contracción de los músculos de la pared torácica y abdominal. Se subdivide en náusea crónica idiopática, vómitos funcionales y síndrome de vómitos cíclicos. Las náuseas son un síntoma común, se ha visto hasta en 8 % en sujetos normales dependiendo de las referencias. Depresión mayor ha sido relacionado a vómito habitual postprandial e irregular. Desordenes conversivos han explicado la presencia de vómito continuo. Se debe excluir la presencia de gastroparesias, obstrucción intestinal, pseudoobstrucción y enfermedades metabólicas y del SNC.⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para trastornos por náusea y vómito

B3a. Náusea crónica idiopática

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Náuseas molestas al menos varias veces por semana
2. No asociadas usualmente con vómito
3. Ausencia de anomalías en la endoscopia superior o enfermedad metabólica que explique las náuseas

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

B3b. Vómitos funcionales

Debe incluir todo lo siguiente:

1. En promedio, uno o más episodios de vómito por semana
2. Ausencia de criterios para un trastorno alimentario, rumiación o enfermedad psiquiátrica grave de acuerdo con DSM-IV
3. Ausencia de vómitos autoinducidos y uso crónico de cannabinoides y ausencia de anomalías en el sistema nervioso central o enfermedad metabólica para explicar los vómitos recurrentes

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

B3c. Síndrome de vómitos cíclicos:

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Episodios estereotípicos de vómito en relación con la aparición (aguda) y la duración (menos de una semana)
2. Tres o más episodios discretos en el año anterior
3. Ausencia de náusea y vómito entre los episodios

Criterios de apoyo: Historial personal o familiar de dolores migrañosos

Los antagonistas de 5HT₃ tienen buena acción contra estos desordenes. Para controlar el vómito funcional es importante el manejo bio-psicosocial y nutricional. No se ha encontrado que algún medicamento sea de utilidad en este grupo. En caso de presentar un síndrome de vómito cíclico es necesario hospitalizar a estos pacientes para control de desequilibrios hidroelectrolíticos.⁽²¹⁾

B4. Síndrome de rumiación: condición caracterizada por regurgitación repetitiva e involuntaria de comida recientemente ingerida en la cavidad oral, seguida de la deglución del material obtenido. Es raro pero no se tiene un dato claro de su verdadera prevalencia. Los mecanismos fisiopatológicos siguen siendo poco claros, una hipótesis propone relajación simultánea del esfínter esofágico inferior durante los episodios de aumento de presión intraabdominal, una segunda hipótesis señala que es aprendido y es la relajación voluntaria de la crura diafragmática lo que permite el aumento normal posprandial en la

presión intragástrica para superar la resistencia al flujo retrógrado proporcionada por el esfínter esofágico inferior. Es una condición infradiagnosticada y se confunde con la presencia de vómito secundario a gastroparesia o ERGE. ⁽²¹⁾

Típicamente se presenta con:

- Regurgitación repetida de contenido gástrico que se presenta minutos posterior a la ingesta de alimentos.
- Los episodios duran de 1 a 2 hrs
- El contenido regurgitado es por lo regular comida identificada
- El contenido regurgitado por lo regular se presenta sin realizar esfuerzo alguno
- No hay náusea o esfuerzo previo al episodio de regurgitación

Criterios diagnósticos para el síndrome de rumiación:

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Regurgitación persistente o recurrente de alimentos ingeridos recientemente hacia la boca con la consiguiente expulsión o remasticación y deglución
2. Rejurgitación no precedida por arcadas

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

Criterios de apoyo:

1. Los eventos de reurgitación por lo general no son precedidos de náuseas
2. El proceso cesa cuando el material rejurgitado se vuelve ácido
3. Los alimentos regurgitados pueden reconocerse y conservan un sabor agradable

Para su tratamiento debe de haber una modificación de los hábitos y se puede usar un IBPs para mejorar la sintomatología. ⁽²¹⁾

C. TRASTORNOS FUNCIONALES DEL INTESTINO

Las alteraciones intestinales funcionales se consideran trastornos gastrointestinales funcionales, con síntomas atribuibles al tracto gastrointestinal medio o inferior. Se subdivide en síndrome de intestino irritable, distensión abdominal funcional, estreñimiento funcional, diarrea funcional y los trastorno funcionales no especificado del intestino.⁽²¹⁾

C1. Síndrome de intestino irritable (IBS): en este trastorno el dolor o malestar abdominal están asociados a trastornos de la defecación o cambio en los hábitos intestinales y con características de la defecación trastornada. El síndrome de intestino irritable es el causante de una gran parte de las visitas al médico, su prevalencia se considera alta aunque depende de la definición y de los criterios que se usen. Alrededor del 10% a 20% de adultos y adolescentes exhiben síntomas concordantes, afecta a todas las razas, aunque se sugiere que las mujeres son mas propensas. El uso de fármacos es frecuente y los costos de consultas ambulatorias, hospitalizaciones y pruebas diagnósticas son altos. El ausentismo en el trabajo es alto y es común el decremento en la calidad de vida.⁽²¹⁾ En México en un estudio llevado acabo en Tlaxcala en una comunidad (500 pacientes) y en el Distrito Federal en voluntarios (324 pacientes) se encontró una frecuencia de síndrome de intestino irritable de 35.5 % en el D.F. y de 16 % en la comunidad. En la variante de intestino irritable de tipo estreñimiento la frecuencia fue de 14.2 % en el D.F. y de 6.6 % en Tlaxcala. En cuanto al Intestino irritable de predominio diarrea la frecuencia fue de 11.4 % en el D.F y de 2.4 % en la población en Tlaxcala. En la variante de intestino irritable de tipo alternante la frecuencia fue de 9.9 % en el D.F y de 7 % en la población en Tlaxcala.

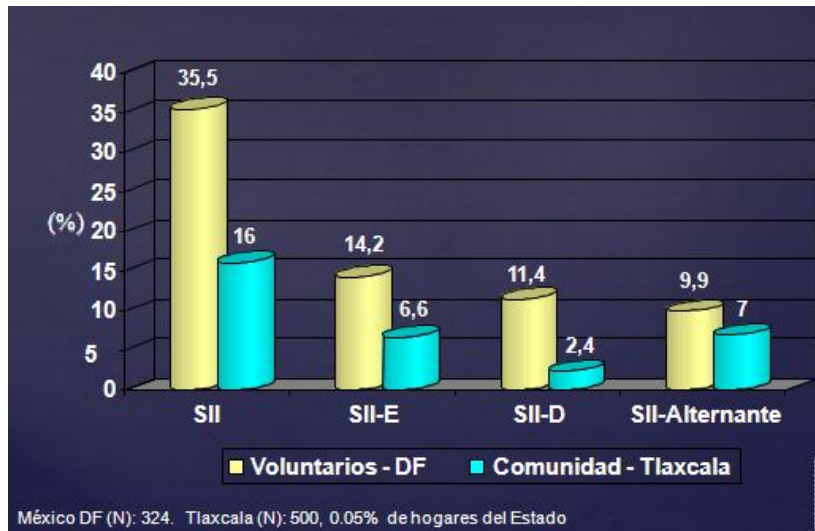


Figura 2.

Aparentemente la presencia de múltiples mecanismos genera la presencia de sintomatología en el intestino irritable:

- Alteración en la motilidad
- Hiperalgiesia visceral
- Alteraciones en el eje: Cerebro-intestino
- Factores genéticos y ambientales
- Secuencias post-infecciosas
- Alteraciones psicosociales

Con lo anterior queda claro que el pensar que la etiología solo es de origen psicosomático es una sobresimplificación de la verdadera complejidad de esta patología.⁽²¹⁾

Las manifestaciones clínicas son de suma importancia debido a la falta de estudios con los que contamos para respaldar la presencia de patología y están íntimamente relacionadas con los criterios diagnósticos, los cuales serán evaluados más adelante. La característica más importante del síndrome de intestino irritable es la relación temporal entre el hábito intestinal, las características de las evacuaciones y la presencia de dolor. Se deben descartar síntomas de alarma como fiebre, sangrado rectal, pérdida de peso, anemia o algún otro síntoma que no sea explicado por una enfermedad funcional.⁽²¹⁾

En general una adecuada historia clínica nos debe de encaminar hacia una adecuada orientación para diagnosticar de manera adecuada este trastorno funcional y para descartar cualquier otra patología no funcional.⁽²¹⁾

Los síntomas que encontraremos son:

- Dolor abdominal o discomfort
- El dolor mejora con la defecación
- La instalación de los síntomas se asocia a cambios en la frecuencia y forma de las evacuaciones.
- La instalación de los síntomas se asocia a un cambio en la forma de las evacuaciones.

Todo lo anterior sujeto a un esquema de tiempo que es de importancia para hacer el diagnóstico.⁽²¹⁾

Una herramienta que es de utilidad para ayudar al paciente y al medico a referir el cambio en la forma de las evacuaciones es la escala de Bristol. (Figura 3)

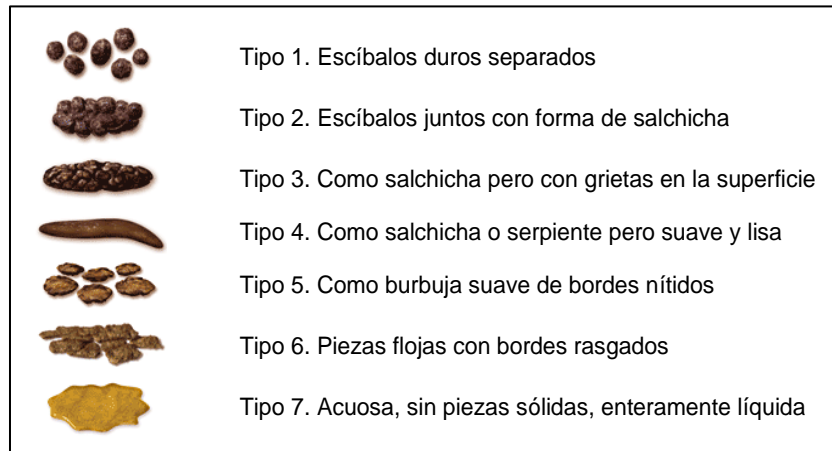


Figura 3.

En esta escala lo que es referido como tipo 1 y tipo 2 son evacuaciones duras, 3,4,5 son evacuaciones normales y 6,7 son evacuaciones líquidas.

Criterios Diagnósticos para el síndrome de intestino irritable

Dolor o malestar* abdominal recurrente al menos 3 días/mes en los últimos 3 meses asociado con dos o más de lo que sigue:

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 cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

**"Malestar" significa una sensación incómoda que no se describe como dolor

El tratamiento del síndrome de intestino irritable está basado en la corrección de los síntomas de tal manera lo explica el siguiente esquema (Figura 4):



Figura 4.

C2. Distensión abdominal funcional: sensación recurrente de distensión localizada que puede ir o no acompañada de distensión medible, pero no forma parte de otro trastorno funcional intestinal o gastroduodenal. Afecta de un 10% a 30% de los individuos en la población general con una presentación dos veces mayor en mujeres vs hombres. Múltiples teorías como distensión en pacientes con histeria, exceso de lordosis lumbar, depresión del diafragma, protrusión voluntaria del abdomen han tratado de explicar la patología. Actualmente, se piensa que la acumulación de gas, intolerancia a alimentos, retención de líquidos, debilidad de la musculatura abdominal y alteración de la función sensorial son importantes factores para desencadenar este síndrome. Empeora conforme progresa el día, particularmente posterior a la ingesta de alimentos y mejora en las noches. Se pueden hacer mediciones abdominales, por lo regular los pacientes refieren aumento del diámetro abdominal.⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para la distensión abdominal funcional

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Sensación recurrente de distensión abdominal o distensión abdominal visible al menos 3 días/mes en los últimos 3 meses
2. Criterios insuficientes para un diagnóstico de dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable u otros trastornos gastrointestinales funcionales

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

La clave del tratamiento se centra en la dieta del paciente, buscar alimentos que se relacionen con distensión. El uso de antibióticos y probióticos está en discusión, pero parecen tener futuro en especial la rifaximina que actúa en la sobrepoblación bacteriana generando mejoría parcial en algunos pacientes. ⁽²¹⁾

C3. Estreñimiento funcional: defecación persistentemente difícil, poco frecuente o aparentemente incompleta y que no cumple criterios de síndrome de intestino irritable. Ocurre hasta en un 27 % de la población dependiendo de factores demográficos la muestra o la definición, afecta a todas las edades y es mucho más común en mujeres. La presencia de un tránsito colónico lento y disfunción anorrectal. La presencia de afectaciones en la actividad motora, una alteración en la función autonómica normal y una relación reducida de células de Cajal, aunado a disminución del enteroglucagón y seotonina, explican la presencia de estreñimiento funcional. Una adecuada historia clínica y examen físico demostrarán la causa del estreñimiento, se deben descartar situaciones que agraven el estreñimiento como: ⁽²¹⁾

- Inactividad física
- Medicamentos
- Estatus psicológico
- Historia de abuso sexual
- Dietas bajas en fibra
- Comorbilidades o enfermedades agregadas

Criterios diagnósticos para el estreñimiento funcional:

1. Debe incluir dos o más de los siguientes factores:
 - a. Aumento durante al menos 25% de las deposiciones
 - b. Heces duras o aterronadas en al menos 25% de las deposiciones
 - c. Sensación de evacuación incompleta, por lo menos en 25% de las deposiciones
 - d. Sensación de obstrucción/bloqueo anorrectal en al menos 25% de las deposiciones

- e. Maniobras manuales para facilitar al menos 25% de las deposiciones (por ejemplo, evacuación digital, apoyo del piso pelvico)
 - f. Menos de tres defecaciones por semana
2. Rara vez se presentan heces blandas sin el uso de laxantes
 3. Criterios insuficientes para síndrome de intestino irritable

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

En relación al tratamiento se sugiere el aumento en la ingesta de líquidos y ejercicio. Los medicamentos que mas se usan son los laxantes formadores de bolo en especial si es un estreñimiento leve o moderado. Los laxantes osmóticos tambien son importantes por ejemplo disacaridos que no se absorben como lactulosa manitol o sorbitol. Laxantes salinos como citrato de magnesio fosfato de sódio. Laxantes que se unen al agua como Polietinel glicol. Laxantes estimulantes derivados del difenil metano y derivados de antraquinonas como la cascara sagrada y la senna. Enemas o procinéticos. ⁽²¹⁾

C4. *Diarrea funcional:* síndrome continuo o recurrente caracterizado por el paso de heces blandas (pastosas) o acuosas sin dolor o molestias abdominales. Es difícil identificarla y diferenciarla de la diarrea relacionada a IBS sin embargo hay reportes usando Roma I donde 1.6 % refieren diarrea sin molestias abdominales, en poblaciones específicas se ha observado hasta en un 9.6 %. El tránsito intestinal sin duda se encuentra acelerado, en especial posterior a ingerir alimentos. Probablemente se presente un incremento en la sensibilidad lo cual podría ser mas un efecto en lugar de una causa. Tener cuidado que no se relacione con dolor abdominal para no confundir con IBS, por supuesto se deben descartar causas infecciosas y realizar una adecuada historia clínica. En la diarrea funcional son comunes las evacuaciones frecuentes y de poco volumen. ⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para diarrea funcional:

Heces blandas (pastosas) o acuosas sin dolor en al menos el 75% de las heces

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

Pudiera ser útil una dieta baja en residuo, los opiáceos son el tratamiento principal y la loperamida sigue siendo el que mejor se tolera, alosetrón puede ser efectivo y la colestiramina también ha demostrado ser eficaz. ⁽²¹⁾

C5. Trastorno intestinal funcional no especificado: Es un dolor abdominal continuo recurrente pobremente relacionado a la función, de igual manera no puede ser explicado por alguna alteración funcional o metabólica. Se desconoce actualmente su prevalencia, parece ser sumamente raro y su prevalencia se limita solo a reportes de casos. ⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para trastorno intestinal funcional no especificado:

Son síntomas intestinales no atribuibles a una etiología orgánica que no cumple criterios de categorías previamente definidas.

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

D. SINDROME DE DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL (FAPS)

También llamado “Dolor abdominal crónico idiopático” y “dolor abdominal crónico funcional”, describe un dolor localizado en el abdomen, poco relacionado con la función intestinal; se asocia con cierta disminución de actividad diaria y suele reportarse su presencia durante al menos seis meses. Aparentemente múltiples características son consistentes con un tipo de dolor de características neuropáticas, con importantes alteraciones en dimensiones motivaciones y modulatorias del dolor. Es probable que los pacientes con esta afección presenten combinaciones variables de estas características. En Estados Unidos la estimación es del 1.7%. ⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para el síndrome de dolor abdominal funcional:

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Dolor abdominal continuo o casi continuo

2. Ninguna o sólo una relación ocasional de dolor con eventos fisiológicos (por ejemplo: comer defecar o con la menstruación)
3. Alguna disminución en el funcionamiento diario
4. El dolor no es fingido
5. Síntomas insuficientes para cumplir los criterios de otro trastorno gastrointestinal que explicara el dolor

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

En cuanto al tratamiento se debe considerar establecer una buena relación médico-paciente. Los fármacos utilizados podrán ser antidepresivos tricíclicos, ansiolíticos como los inhibidores de la recaptura de serotonina, inhibidores de la captación de serotonina y norepinefrina.⁽²¹⁾

E. TRASTORNO FUNCIONAL DE LA VESICULA BILIAR Y EL ESFINTER DE ODDI (SO)

Se caracterizan por anormalidades en la motilidad que desemboca en una estasis biliar causada por un trastorno metabólico inicial o por una alteración primaria de la motilidad de la vesícula biliar, en ausencia al menos inicialmente, de cualquier alteración de composición biliar.⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para el trastorno funcional de la vesícula biliar y el esfínter de Oddi

Debe incluir episodios de dolor localizado en el epigastrio o en el cuadrante superior derecho y todos los siguientes:

1. Episodios de duración de 30 minutos o mas
2. Síntomas recurrentes que suceden en distintos intervalos (no diarios)
3. El dolor aumenta hasta un nivel estable
4. El dolor aparece de moderado a grave, lo suficiente para interrumpir actividades diarias del paciente o para que éste acuda al área de urgencias
5. El dolor no se alivia la evacuar

6. El dolor no se alivia al cambio de postura
7. El dolor no se alivia con antiácidos
8. Exclusión de otra enfermedad estructural que explique los síntomas

Criterios de apoyo:

El dolor puede presentarse con al menos uno de los siguientes signos:

1. Náusea y vómito asociados
2. El dolor se difunde hacia la espalda o región subescapular derecha
3. Se despierta a mitad de la noche por causa del dolor

E1. Trastorno funcional de la vesícula biliar: anormalidad de la motilidad que se manifiesta sintomáticamente con dolor tipo biliar, como consecuencia de un trastorno metabólico inicial o de una alteración primaria de la motilidad de la vesícula biliar en ausencia, al menos inicialmente de cualquier alteración en la composición biliar. No se conoce la prevalencia e incidencia de la disfunción de la vesícula biliar en ausencia de bilis litogénica. En Estados Unidos la prevalencia de dolor biliar en pacientes negativos con vesícula in situ varía de 7.6% en hombres y en mujeres 20.7%. La patogénesis parece implicar alteraciones metabólicas y neurohumorales que afectan la función motora de vesícula probablemente alterando las contracciones propulsivas y no propulsivas implicadas en la agitación y el vaciado de la bilis. Los síntomas son similares a los reportados por los pacientes con cálculos biliares o bilis litogénica con exceso de colesterol. Hasta el momento el único tratamiento disponible es la colecistectomía. ⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para el trastorno funcional de la vesícula biliar

Debe incluir todos los siguientes:

1. Criterios para el trastorno funcional de la vesícula biliar y el esfínter de Oddi
2. Vesícula biliar presente
3. Enzimas hepáticas normales, bilirrubina conjugada y amilasa/lipasa

E2. Trastorno funcional biliar del esfínter de Oddi: anormalidades de la motilidad del esfínter de Oddi asociadas con dolor, elevaciones de las pruebas de función hepática o enzimas pancreáticas, dilatación del conducto biliar común o episodios de pancreatitis. Los síntomas que proponen una disfunción del esfínter se observó en el 1.5% de pacientes colecistectomizados, siendo mas común en mujeres e indicó una alta

asociación con ausentismo laboral, discapacidad y uso de servicios de salud. Se presenta con episodios intermitentes de dolor tipo biliar a veces acompañado de alteraciones bioquímicas de obstrucción del tracto biliar. EL tratamiento va dirigido a reducir la resistencia causada por el esfínter de Oddi para el adecuado flujo de la bilis. Esto se puede conseguir utilizando algunos fármacos como nitroglicerina, bloqueadores de los canales de calcio, sustancias como toxina botulínica, y otros métodos como electroacupuntura, dilatación hidrostática con balón y se considera actualmente que la esfinterotomía endoscópica es la más utilizada.⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para el trastorno funcional biliar del esfínter de Oddi

Debe incluir todos los siguientes:

1. Criterios para trastornos funcionales de la vesícula biliar y el esfínter de Oddi
2. Amilasa/lipasa normal

Criterios de apoyo:

Transaminasas séricas elevadas, fosfatasa alcalina o bilirrubina conjugada, vinculada temporalmente con al menos dos episodios de dolor.

E3. Trastorno funcional pancreático del esfínter de Oddi: episodios recurrentes de dolor epigástrico que a menudo irradian hacia la espalda, elevan enzimas pancreáticas y muestran claramente anomalías de la motilidad del esfínter de Oddi pancreático sin estar en asociación con ninguna de las causas conocidas de la pancreatitis (por ejemplo, alcohol, cálculos biliares, drogas, anomalías genéticas) y anomalías de la motilidad claramente definida del esfínter de Oddi pancreático. La mayoría de los pacientes con este padecimiento son mujeres, media de edad de 40 años, y su incidencia es similar a la de la disfunción biliar del esfínter de Oddi. Clínicamente son episodios de dolor presentes en intervalos de meses en lugar de días y se vincula con un aumento significativo de los niveles séricos de amilasa y lipasa. Existe escasez de datos que expliquen la causa de disfunción pancreática, ninguna hipótesis ha demostrado causalmente relacionada, una opción puede ser que hay cambios en el esfínter de Oddi que pueden llevar a una disfunción de la motilidad del mismo. El mejor tratamiento disponible es la división total del esfínter ya sea por vía quirúrgica o endoscópica. La toxina botulínica se ha utilizado además de colocación de stents, pero el tratamiento farmacológico no ha demostrado éxito.⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para el trastorno pancreático del esfínter de Oddi

Debe incluir todos los siguientes:

1. Criterios para el trastorno funcional de la vesícula biliar y el esfínter de Oddi
2. Amilasa/lipasa elevada

F. TASTORNO ANORRECTAL FUNCIONAL

Se definen por síntomas específicos y, en una instancia (es decir, trastornos funcionales de la defecación), también por pruebas específicas de diagnóstico.⁽²¹⁾

F1. Incontinencia fecal funcional: paso recurrente incontrolado de materia fecal durante al menos tres meses. La prevalencia en adultos es de aproximadamente el 2.2%, para heces sólidas del 0.8% y para heces líquidas 1.2%, es comparable en hombres y mujeres y aumenta con la edad, alcanzando cifras de hasta 46% en ancianos residentes de asilos. Se han reportado estudios que encontraron disminución de las ondas de contracción no propagadas y un incremento en las contracciones colónicas propagadas. Debe adaptarse a las manifestaciones clínicas, la base del manejo eficaz es el restablecimiento de los hábitos intestinales, se pueden utilizar fármacos como loperamida, difenoxilato, alosetrón, además de otras mecanismos terapéuticos como la bioretroalimentación, esfinteroplastia y estimulación del nervio vago.⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para incontinencia fecal funcional

1. Paso incontrolado recurrente de materia fecal en un individuo con una edad de desarrollo de 4 años y uno o mas de los siguientes:
 - a. Funcionamiento anormal de los músculos con inervación normal y estructuralmente intacta
 - b. Anomalías menores de la estructura o la inervación del esfínter
 - c. Hábitos intestinales normales o desordenados (por ejemplo retención fecal o diarrea)
 - d. Causas psicológicasY
2. La exclusión de todo lo siguiente:

- a. Inervación anormal provocada por lesión (es) en el cerebro (v.gr., demencia), médula espinal o las raíces de los nervios sacros, o lesiones mixtas (v.gr., esclerosis múltiple), o como parte de una neuropatía periférica generalizada o autonómica (v.gr. debido a diabetes)
- b. Condiciones anormales del esfínter anal asociadas con una enfermedad multisistémica (v.gr. esclerodermia)
- c. Condiciones estructurales o neurogénicas anormales atribuidas como causa principal de la incontinencia fecal

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

F2. Dolor anorectal funcional: dos formas de dolor anorrectal se han descrito, se distinguen en base a la duración, frecuencia y calidad del dolor característico.

F2a. Proctalgia crónica: también conocida como “síndrome del elevador del ano”, “espasmo del elevador”, “síndrome puborrectal”, “síndrome piriforme” y “mialgia por tensión pélvica”. En la población general se reporta una prevalencia del 6.6%, siendo mas frecuente en mujeres y tiende a bajar después de los 45 años. Su fisiopatología es hipotetizada como un resultado de los músculos del piso pélvico demasiado contraídos. Grimaud et al, encontraron presiones anales elevadas en reposo y por otra parte presiones del canal anal normales. Se manifiesta por dolor el cual es descrito como vago, sordo o sensación de presión alta en el recto y es con frecuencia peor, cuando el individuo esta sentado que de pie o acostado, se experimenta durante horas, constante o frecuente, dolor sordo o urgencia. El tratamiento va dirigido a reducir la tensión en los músculos del piso pélvico, se incluye estimulación electrogalvánica, biorretroalimentación, relajantes musculares como metocarbamol, diazepam y ciclobenzaprina.⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para proctalgia crónica

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Dolor rectal crónico o recurrente
2. Episodios que duran al menos 20 minutos

3. Descartar otras causas de dolor rectal como isquemia, enfermedad inflamatoria intestinal, cryptitis, absceso intramuscular, fisura anal, hemorroides, prostatitis y coccigodinia

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

F2a1. Síndrome de elevador del ano: criterios de los síntomas de proctalgia crónica y sensibilidad durante la tracción posterior en el esfínter del recto.

F2a2. Dolor anorrectal funcional no especificado: criterios de los síntomas para proctalgia crónica, excepto con sensibilidad durante tracción posterior en el esfínter del recto.

F2b. Proctalgia fugaz: dolor agudo, repentino, intenso, en la zona anal durante varios segundos hasta 30 minutos y luego su completa desaparición. La prevalencia oscila de 8% a 18%. Se tiene que descartar la presencia de patología pélvica y anorrectal. Comprender su fisiopatología es complicado debido a su duración corta y naturaleza infrecuente pero se sugiere contracciones anormales del músculo liso. Debido a que los episodios son tan breves el tratamiento es impracticable por lo tanto se le debe tranquilizar al paciente y explicar su naturaleza inofensiva. Cuando esta presente la ansiedad y la depresión los ansiolíticos o antidepresivos suelen ser eficaces. ⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para proctalgia fugaz

Debe incluir todo lo siguiente:

1. Episodios recurrentes de dolor localizado en el ano o recto inferior
2. Episodios que duran desde segundos hasta minutos
3. No hay dolor anorrectal entre los episodios

Para fines de investigación los criterios deben cumplirse durante 3 meses; sin embargo, los diagnósticos y la evaluación clínicos pueden hacerse antes de 3 meses.

F3. Trastornos funcionales de la defecación: se caracterizan por la contracción paradójica o la relajación inadecuada de los músculos del piso pélvico durante el intento de defecación (**defecación disinérgica**) o fuerzas de propulsión inadecuadas durante el

intento (***propulsión defecatoria inadecuada***). Estos trastornos están frecuentemente asociados con síntomas como el exceso de esfuerzo, sensación de evacuación incompleta y facilitación digital de la evacuación. La prevalencia en la población general se desconoce, pero en centros de referencia en pacientes con estreñimiento crónico la prevalencia varía desde un 20% hasta un 80%. Se cree que estos trastornos son probablemente conductuales adquiridos, ya que por lo menos dos tercios de los pacientes aprenden a relajar el esfínter anal externo y músculo puborrectal adecuadamente después de la capacitación con bioretroalimentación o defecación simulada que actualmente son las dos terapias que se emplean con mayor frecuencia.⁽²¹⁾

Criterios diagnósticos para los trastornos funcionales de defecación

1. El paciente debe cumplir con los criterios de diagnóstico de estreñimiento funcional
2. Durante repetidos intentos para defecar debe tener al menos dos de los siguientes:
 - a. Evidencia de problemas de evacuación, basada en pruebas de expulsión de balón o imágenes
 - b. Contracción inapropiada de los músculos del piso pélvico (es decir, esfínter anal o puborrectal) o menos de 20% de relajación de presión basal en reposo del esfínter por manometría, imágenes o EMG
 - c. Fuerzas inadecuadas de propulsión evaluadas por manometría o imágenes

Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas presentes al menos 6 meses antes del diagnóstico

F3a. Criterios diagnósticos para defecación disinérgica: contracción inadecuada del piso pélvico o menos de 20% de relajación de presión basal en reposo del esfínter con fuerzas de propulsión adecuadas durante el intento de defecar

F3b. Criterios diagnósticos para la propulsión defecatoria inadecuada: fuerzas de propulsión inadecuadas o menos de 20% de relajación del esfínter anal durante el intento de la defecación

I.4 DEFINICION DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La ansiedad en sí misma es una experiencia humana universal, es una reacción normal que es benéfica en situaciones estresantes, se torna patológica cuando deriva como respuesta a un evento ambiental normal o esperado. Al presentar alteraciones en: desmesura, intensidad, cronicidad o afección a un evento aislado, entonces se debe sospechar. La ansiedad se manifiesta en dominios físicos, afectivos, cognitivos y en el estado de ánimo. ⁽²³⁾ El DSM IV separa los desordenes de ansiedad en discretas categorías: Desórdenes de pánico, desórdenes de ansiedad social y desordenes de ansiedad generalizados, desorden obsesivo compulsivo y desorden de estrés post-traumático. La OMS la define como un desorden mental que se presenta con síntomas que son variables según cada individuo y en ocasiones son difíciles de diagnosticar. El estado de ánimo y la cognición pueden estar involucradas, así como el territorio afectivo. Estas alteraciones, por lo regular recurren, se presentan de manera crónica o se pueden presentar de forma leve como es el caso de la distimia y evolucionar a formas más severas. Por lo general encontramos, un ánimo disminuido, pérdida de interés o pérdida de placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones en el sueño o apetito, baja energía y poca concentración. ⁽²⁴⁾

DEPRESIÓN

- Trastornos depresivos
 - Trastornos depresivo mayor
 - Trastorno distímico
 - Trastorno depresivo no especificado
- Trastornos bipolares
 - Trastorno bipolar I
 - Trastorno bipolar II
 - Trastorno ciclotímico
 - Trastorno bipolar no especificado
 - Trastorno del estado de ánimo

ANSIEDAD

- Trastornos de angustia sin agorafobia
- Trastornos de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobias específicas
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a alguna enfermedad médica
- Trastornos de ansiedad debido a sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

La ansiedad es un trastorno común según el DSMIV con una tasa de prevalencia de 2.1 % y de 4.1 % a lo largo de la vida de un individuo. Se estimada que hay de 5 % a 8% en las instituciones de salud de primera vez, el doble de las mujeres en comparación con los hombres son afectadas por este padecimiento. Las visitas por trastornos de ansiedad incrementaron de 9.5 millones en 1985 a 11.2 millones por año en 1993 a 12.3 millones en 1998. ⁽²⁸⁾ En cuanto a depresión, su prevalencia es muy alta en todo el mundo y aparentemente se encuentra en aumento. A lo largo de la vida es de 3% a 17% dependiendo el país. Siendo menor en Japón y mayor en Estados Unidos. El incremento de la prevalencia ha sido evaluado por muchos estudios, reportando que al comparar 1991 y 1992 vs 2001 y 2002 con una muestra de 40,000 pacientes se demostró que los números se duplicaron, de 3.3% a 7%. La depresión mayor es más común que la distimia. Según la entidad, la prevalencia a lo largo de la vida de la depresión mayor alcanza hasta el 17 %, la distimia 3%. Y de igual forma es mayor al doble en mujeres vs hombres. ⁽²⁹⁾

La presencia de ansiedad se ha relacionado fuertemente a factores de riesgo los cuales incluyen, historia familiar, eventos estresantes a lo largo de la vida y la presencia de historia de abuso emocional o física durante la infancia. ^(35,36)

Se han observado importantes cambios en la amígdala de manera consistente en los cuadros de ansiedad. Estudios recientes sugieren una conectividad disminuida de la amígdala de manera bilateral con la ínsula, el área motora suplemental, tálamo, caudado, putamen y la corteza prefrontal ventrolateral. ⁽³⁷⁾

Estudios biológicos y tratamientos muestran un posible involucro de varios neurotransmisores como GABA, serotonina y colecistoquinina. ⁽³⁶⁾

En cuanto a la depresión, ésta probablemente esté ligada a un grupo de desórdenes heterogéneos pero que son fenotípicamente similares de tal manera que la depresión sea la expresión final. Los factores de riesgo para presentar un episodio de depresión son: predisposición genética, neurosis, baja autoestima, ansiedad de instalación temprana, historia previa de depresión mayor. Factores externos como mal uso de sustancias, desórdenes de conducta, traumas durante la infancia, eventos estresantes en el último año, pérdida de los padres, poca afectación de parte de los padres, historia de divorcio, problemas maritales, baja educación. ⁽³⁷⁾ De igual manera la sintomatología en estos pacientes también se mide en base al tiempo de presentación, lo que se comentará más

adelante al revisar los criterios diagnósticos, sin embargo, en el cuadro clínico del paciente con ansiedad se puede observar:

- a) Ansiedad excesiva y preocupación fuera de proporción por numerosos eventos o actividades
- b) La preocupación es difícil de controlar
- c) Asociación entre ansiedad e inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño
- d) Las afecciones previas causan alteración o afección en las relaciones y actividades sociales

Actualmente hay múltiples herramientas que nos son útiles para diagnosticar y clasificar estos trastornos psiquiátricos. Algunas de las más útiles son las siguientes:

Escala de depresión de Montgomery-Asberg para depresión MADRS, consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión.⁽³⁸⁾

- Debe ser administrado por un médico
- La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6, la escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares (0, 2, 4 y 6)
- La puntuación total oscila entre 0 y 60 pts
- Los puntos corte recomendados son los siguientes

0-6 No depresión
7-19 Depresión menor
20-34 Depresión moderada
35-60 Depresión grave

Escala de Hamilton de ansiedad: Es una escala heteroadministrada por un clínico se da una puntuación que va de 0-4, cada ítem valora la intensidad como la frecuencia del síntoma.⁽³⁸⁾

0-5 No ansiedad
6-14 Ansiedad menor
Más de 15 Ansiedad mayor

La depresión presenta un marco mucho más abundante de manera que el DSMIV divide la sintomatología en:

Síntomas emocionales: Tristeza intensa, estrés emocional, adormecimiento emocional, aplanamiento afectivo, ansiedad o irritabilidad.

Síntomas neurovegetativos: Pérdida de energía, alteración en sueño-vigilia, cambios en el apetito, cambios en el peso

SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

Se ha encontrado que de un 42 a un 59% de los pacientes con intestino irritable presentan asociación a algún grado de padecimiento psiquiátrico.⁽³⁰⁾ Claro esto depende de los criterios de ROMA que sean utilizados ya que en un principio usando criterios mas inespecíficos se observó una asociación que iba de 40% a 100%.^(31,32) Un estudio reciente en 2005 usando ROMA II demuestra que en 86 pacientes con intestino irritable, 24.4 % presentaban ansiedad, 10.4% depresión mayor y un trastorno mixto de ansiedad y depresión se presentaba en 17.4%.⁽³³⁾

II.-JUSTIFICACION

Actualmente no hay estudios que documenten la frecuencia de los Trastornos Funcionales Digestivos en población psiquiátrica, vírgenes a tratamiento, con un adecuado diagnóstico realizado por medio criterios de ROMA III

III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que el mecanismo de los TFD continua siendo incierto, actualmente se sabe que en el desarrollo de los mismos puede existir cierto grado de alteración en la motilidad gastrointestinal, así como disturbios en la función sensorial y psicosocial. Es por esto que se integra el modelo biopsicosocial, el cual permite que los sistemas sean fisiológicamente multideterminados y modificados por influencias socioculturales y psicosociales. Recientes estudios científicos ven a la mente y al cuerpo como parte de un sistema en donde su desregulación puede producir enfermedad.

IV.-PREGUNTA CIENTIFICA

Por ser trastornos funcionales ¿Se encontrara una mayor prevalencia de estos en pacientes que padezcan ansiedad y/o depresión?

V.-HIPOTESIS

Los trastornos funcionales digestivos, tienen una mayor prevalencia en población psiquiátrica con ansiedad y depresión

VI.-OBJETIVO

Determinar la frecuencia de los Trastornos Funcionales Digestivos en pacientes con ansiedad y depresión.

VII.-MATERIAL Y METODOS:

DISEÑO DEL ESTUDIO: prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

El presente estudio se llevó a cabo en la consulta externa de psiquiatría de primera vez del Hospital Español de Septiembre de 2010 a Junio de 2012.

Se estudiaron todos aquellos pacientes que acudieron a la consulta externa de psiquiatría vírgenes a cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico con cuadro sugestivo de ansiedad y/o depresión, posteriormente por medio de cuestionarios específicos se aplicaron dos

escalas para detectar ansiedad y depresión (Hamilton y MADRS). Si se logró detectar algún diagnóstico correspondiente a ansiedad o depresión, personal calificado del servicio de gastroenterología aplicó de manera verbal el cuestionario de ROMA III en busca de trastornos funcionales digestivos. A continuación se aplicaron los criterios de ROMA III para diagnosticar a los pacientes con uno o más trastorno funcional digestivo.

ANALISIS ESTADISTICO: Se utilizó estadística descriptiva. T de Student para comparación de promedios. Se describió la frecuencia de trastornos más comunes y se analizaron los componentes de la varianza de los cuestionarios de ansiedad y depresión utilizando ANOVA y método de mínimos cuadrados. Se empleó Statistica versión 7.0

MUESTRA

Para el estudio se tomaron todos los pacientes que acudieron a la consulta externa de psiquiatría vírgenes a cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que se detectó algún trastorno funcional digestivo de Septiembre de 2010 a Junio de 2012

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

-Pacientes vírgenes a cualquier tratamiento psiquiátrico previo que acudieron a consulta externa de psiquiatría que por medio de las escalas Hamilton y MADRS fueron diagnosticados con ansiedad y/o depresión y que aceptaron participar respondiendo las preguntas del cuestionario de ROMA III para trastornos funcionales digestivos en adultos.

Criterios de exclusión:

-Pacientes que aparte de ansiedad y/o depresión presentó algún otro diagnóstico psiquiátrico.

-Pacientes que refirieron algún trastorno orgánico, metabólico, estructural o ingesta de fármacos para tratamiento psiquiátrico.

-Pacientes que no contestaron correctamente las preguntas realizadas durante la entrevista.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Los trastornos funcionales digestivos o el término “desordenes gastrointestinales funcionales” (DGF) se usa para definir algunas combinaciones de síntomas

gastrointestinales que recurren y que no pueden explicarse por alteraciones estructurales o bioquímicas. ⁽¹⁶⁾

Por lo tanto, los trastornos gastrointestinales funcionales, son el producto clínico de la interacción de factores psicosociales y fisiología visceral alterada por medio de la vía cerebro visceral. ⁽²²⁾

La ansiedad en sí misma es una experiencia humana universal, es una reacción normal que es benéfica en situaciones estresantes. La ansiedad se torna patológica cuando deriva como respuesta a un evento ambiental normal o esperado.

En cuanto a depresión, la OMS la define como un desorden mental que se presenta con síntomas que son variables según cada individuo y en ocasiones son difíciles de diagnosticar. El estado de ánimo y la cognición pueden estar involucrados, así como el territorio afectivo. Estas alteraciones, por lo regular recurren, se presentan de manera crónica o se pueden presentar de forma leve como es el caso de la distimia y evolucionar a formas más severas. Por lo general encontramos, un ánimo disminuido, pérdida de interés o pérdida de placer, sentimientos de culpa o bajo autoestima, alteraciones en el sueño o apetito, baja energía y poca concentración. ⁽²⁴⁾

IX.-RESULTADOS

Se evaluaron un total de 64 pacientes, 17 años el de menor edad y el de mayor edad 91 años, con una edad promedio de 52.6 ± 19.9 . Correspondieron al sexo femenino un 62.5% (N=40) y al sexo masculino 37.5% (N=24). La ocupación fue mas frecuente fue la de empleados que fueron los que actualmente se encontraban desempeñando alguna actividad laboral indistinta dependientes de algún patrón con el 43.7% (N=28), seguida por las amas de casa con el 29.6% (N=19), 14 (21.8%) pacientes trabajaban por cuenta propia y 3 pacientes se encontraban estudiando durante la realización del estudio (4.6%). Del total de pacientes el 51.6% (N=33) presentó algún Trastorno Funcional Digestivo y el 48.4% (N=31) no presento ningún Trastorno Funcional Digestivo. (Tabla 1)

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES	
Edad	52.6±19.9
Sexo	
- Femenino	40 (62.5%)
- Masculino	24 (37.5%)
Ocupación	
- Ama de casa	19 (29.6%)
- Empleados	28 (43.7%)
- Trabajador cuenta propia	14 (21.8%)
- Estudiante	3 (4.6%)
TFD	33 (51.6%)
Sin TFD	31 (48.4%)

Tabla 1.

De los 33 pacientes con ansiedad y depresión que presentaron algún trastorno funcional digestivo 12 (36.3.8%) presentaron pirosis funcional, seguido por la diarrea funcional y trastorno funcional sin especificar en 15.1% (N=5) para cada uno de los trastornos, el síndrome de intestino irritable, los eructos y la angustia posprandial se presentaron en 4 pacientes (6.3%) respectivamente, en 3 (12.1%) pacientes se presentaron los vómitos cíclicos así como la nausea-vómito y finalmente la dispepsia funcional se presento en 1 paciente correspondiendo al 3%. (Tabla 2)

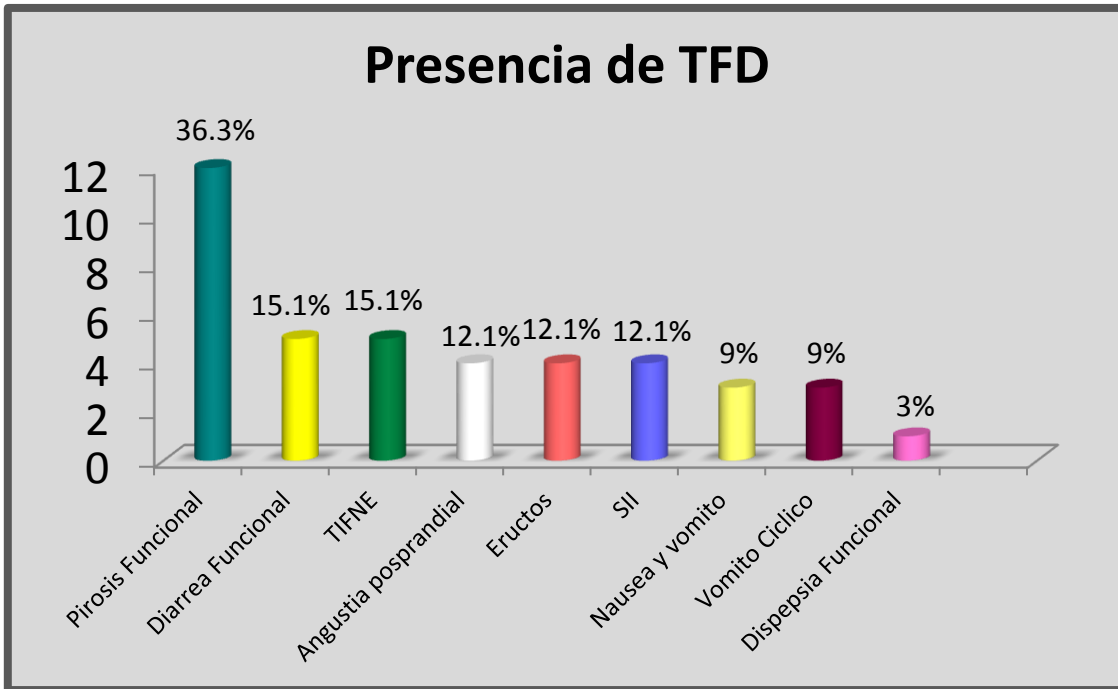


Tabla 2.

En relación a la pirosis funcional que fue el trastorno más frecuente 16 ± 8.7 pacientes fueron del sexo femenino y del sexo masculino 12.83 ± 6.2 . De los 33 pacientes que presentaron algún trastorno 27 (82%) presentaron solamente un trastorno pero hubo quienes presentaron 2 y 3 trastornos con el 12% (N=4) y 6% (N=2) respectivamente. (Tabla 3).

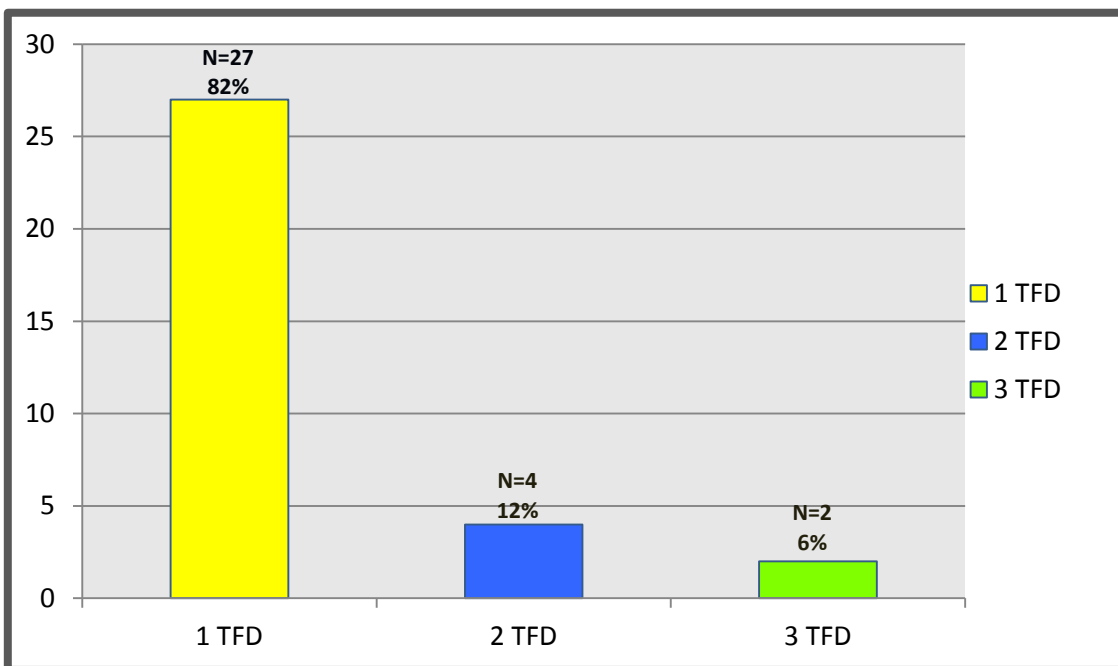


Tabla 3.

No hubo correlación entre el puntaje de la escala de Hamilton ($P=0.49$) y la presencia de trastorno funcional digestivo ni con el puntaje de Montgomery-Asberg ($P=.$.(Tabla 4).

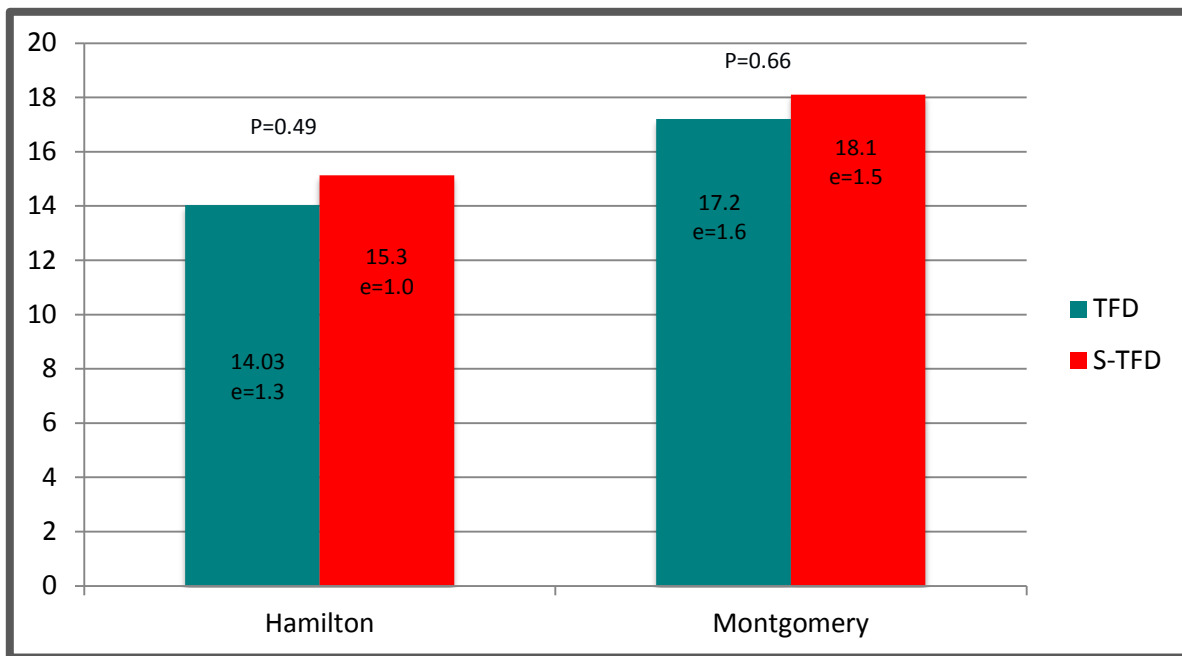


Tabla 4.

X.-DISCUSION

Estudiamos a 64 pacientes que fueron diagnosticados con ansiedad y depresión que presentaron algún trastorno funcional digestivo, los resultados arrojaron mayor presencia de pacientes del sexo femenino que del sexo masculino lo cual se relaciona con lo reportado en la literatura ya que este tipo de trastornos son mas frecuentes en mujeres quizá por la presencia de muchos otros factores relacionados propiamente con el género. En cuanto a la presencia de algún trastorno funcional digestivo en nuestro estudio fue mas frecuente la pirosis funcional, seguido por la diarrea funcional, y por la presencia de algún trastorno funcional digestivo sin especificar, esto contrasta un poco con series anteriores donde el trastorno funcional digestivo en este tipo de población es mayormente el síndrome de intestino irritable, esperábamos que este fuera mayor pues la población era en su mayoría del sexo femenino y lo esperado era que este factor influyera, situación que no sucedió. Esperábamos de igual manera valorar la prevalencia del síndrome de vómito y nausea pues la bibliografía respalda que es alta en población psiquiátrica general. En nuestros resultados solo 3 pacientes (9%) lo presentaron.

Esperábamos que el grado de ansiedad y depresión tuviera una relación directamente proporcional a la cantidad de trastornos funcionales digestivos relacionados, sin embargo no hay correlación alguna en nuestro estudio.

Finalmente no hubo diferencia del puntaje de ambas escalas entre los pacientes con la presencia de trastornos funcionales digestivos y sin trastornos funcionales digestivos probablemente por la homogeneidad de la muestra lo cual lo consideramos una limitante de nuestro estudio

XI.-CONCLUSIONES

La frecuencia de cualquier TFD en pacientes con ansiedad o depresión, es alta (51.6%)pero, trastornos específicos fueron bajos, mayor prevalencia pirosis funcional(18.8%). El TFD explica mejor que el género la varianza de ansiedad, pero la interacción de ambas explica la de depresión. Se deberán analizar otros factores que expliquen la ansiedad y depresión para ponderar el efecto de los TDF sobre estos trastornos.

XII.-BIBLIOGRAFIA

1. Wu J. Psychological Co-morbidity in Functional Gastrointestinal Disorders: Epidemiology, Mechanism and Management. *J Neurogastroenterol Motil* 2012;18:13-18
2. Drossman D. The Funcional Gastrointestinal Disorders and the Roma III Process. *Gastroenterology* 2006;130:1377–1390
3. Longstreth G, Thompson W, Chey W, Houghton L, Mearin F, Spiller R. Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-1492
4. Jerndal P, Ringstrom G, Agerforz P, Karpefors M, Akkermans LM, Bayati A, Simren M. Gastrointestinal-specific anxiety: an important factor for severity of GI symptoms and quality of life in IBS. *Neurogastroenterol Motil* 2012;22:646-679
5. Hartono JL, Mahadeva S, Goh K-L. Anxiety and depression in various functional gastrointestinal disorders: Do differences exist?. *Journal of Digestive Disease* 2012;13:252-257
6. Surdea-Blaga T, Baban A, Dumitrascu DL. Psychosocial determinants of irritable bowel síndrome. *World J Gastroenterol* 2012;18(7):616-626.
7. López A, Morgan D, Bravo D, Montiel A, Méndez S, Schulson M. The Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in México: A population-based Study. *Gastroenterology Research and Practice* 2012;1-8
8. Schulson M, Ortíz O, Santiago M, Gutierrez G, Gutierrez MC, Robles G, Morgan D. Frecuency of Functional Bowel Disorders amog Healthy Volunteers in México City. *Dig Dis* 2006;24:342-347.
9. Halder S, Locke G, Schleck C, Zinsmeister A, Melton L, Talley N. Natural History of functional gastrointestinal disorders: a 12-year Longitudinal population based study. *Gastroenterology*, vol. 133, no. 3, pp. 799–807, 2007.
10. Bruce R. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression: What are the links?. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 8):38-45.
11. North C, Hong B, Alpers D. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: Implications for treatment. *World J Gastroenterol* 2007;13(14):2020-2027.
12. Lee S, Wu J, Ma Y, Stang A, Guo W, Sung J. Irritable bowel syndrome is strongly associated with generalized anxiety disorder: a community study. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30:643-651.

13. Graham D, Savass L, White D, El-Serag R, Laday S, Tanss G, El Serag H. Irritable bowel syndrome symptoms and health related quality of life en female veterans. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30:261-273.
14. Creed F, Ratcliffe J, Fernandes L, Palmer S, Rigby C, Tomenson B, Guthrie E, Read N, Thompson D. Outcome in severe irritable bowel syndrome with and without accompanying depressive, panic and neurasthenic disorders. *British Journal of Psychiatry* 2005;186:507-515.
15. Lydiard RB, Fossey MD, Marsh W, Ballenger JC. Prevalence of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics* 1993;34:229-234.
16. Corazziari E. Definition and epidemiology of functional gastrointestinal disorders: Best Practice and Research Clinical Gastroenterology 18:613-631, 2004.
17. Russo M, Gaynes B, Drossman D. A National survey of practice patterns of gastroenterologist with comparison to the past two decades. *J Clin Gastroenterol* 1999; 29 (4) : 339-343.
18. Drossman DA Functional GI Disorders : What's in a name. *Gastroenterology* 2005; 128 (7): 1771- 1772
19. Engel GL. The need for a new medical model A challenge for biomedicine. *Science* 1977;196: 129-136
20. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 537-544
21. Drossman DA. ROME III: The functional gastrointestinal disorders 3rd edition 2008; Vol 1
22. Jones MP, Dille J, Crowell MD, Drossman D The mind body conection in the GI disorders of function: Anatomic and physiologic relationship between the central nervous system and digestive tract. *Neurogastroenterol Motil* 2006;18:91-103.
23. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR 3rd. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(8):1910–5
24. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
25. Jung HK, Halder S, McNally M, et al. Overlap of gastro-oesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: prevalence and risk factors in the general population. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26(3):453–61.

26. Olafsdottir LB, Gudjonsson H, Jonsdottir HH, et al. Stability of the irritable bowel syndrome and subgroups as measured by three diagnostic criteria—a 10-year.
27. Locke GR 3rd, Yawn BP, Wollan PC, et al. Incidence of a clinical diagnosis of the irritable bowel syndrome in a United States population. *Aliment Pharmacol Ther*
28. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, June Ruan W, Goldstein RB, Smith SM, Saha TD, Huang B Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med.* 2005;35(12):1747.
29. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):617.
30. Ford MJ, Miller PM, Eastwood J et al. Life events, psychiatric illness and the IBS. *GUT* 1987; 28: 160-165
31. Taner BB, Garfinkel PE, Jeejeebhay KN, Psychological factors in the IBS *Can J Psychiatry* 1990; 35: 158-161
32. Liss JL, Alvers D, Woodruff RA The IBS and Psychiatric illness *Dis Neu Syst* 1993: 34: 151-157
33. Alim M A, Hussain A M Assessment of Psychiatric disorders in irritable bowel syndrome *TAJ* June 2005 18, 1.
34. Brantley PJ, Mehan DJ Jr, Ames SC, Jones GN Minor stressors and generalized anxiety disorder among low-income patients attending primary care clinics. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187(7):435.
35. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* 1997;27(5):1101
36. Etkin A, Prater KE, Schatzberg AF, Menon V, Greicius MD Disrupted amygdalar subregion functional connectivity and evidence of a compensatory network in generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(12):1361.
37. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry.* 2006;163(1):115.
38. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baró E. Validacion de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Score para la evaluación de la depresión y la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 493-499.

39. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
40. López-Colombo A y cols. *Gastroenterology* 2006;130(Suppl.2):A-508(T1254).
41. Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, *The functional gastrointestinal disorders, Diagnosis, Pathophysiology and treatment*: Boston, Little, Brown and Company 1994.