
Dispèpsia funcional i vòmits funcionals

PID_00260149

Dra. Antònia Perelló Juan

Temps mínim de dedicació recomanat: 2 hores



Dra. Antònia Perelló Juan

Servei d'Aparell Digestiu de l'Hospital de Viladecans, Barcelona. Grup de recerca en trastorns funcionals digestius de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL).

Primera edició: febrer 2019
© Dra. Antònia Perelló Juan
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2019
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Disseny: Manel Andreu
Realització editorial: Oberta UOC Publishing, SL

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars del copyright.

Índex

Introducció	5
Objectius	6
1. Dispèpsia funcional	7
1.1. Introducció i definicions	7
1.2. Criteris de Roma IV	8
1.3. Etiopatogènia de la DF	10
1.3.1. Alteracions fisiopatològiques presents en pacients amb DF	10
1.4. Diagnòstic i aproximació terapèutica	11
1.4.1. Primera aproximació al pacient amb dispèpsia	11
1.4.2. Indicacions de l'endoscòpia digestiva alta (EDA)	12
1.4.3. Estratègies empíriques de l'abordatge de la dispèpsia no investigada	13
1.5. Maneig terapèutic de la DF	13
1.5.1. Informar i educar sota una relació metge-pacient de confiança	14
1.5.2. Mesures higienicodietètiques	14
1.5.3. Tractament farmacològic	15
2. Vòmits funcionals	16
2.1. Introducció i definicions	16
2.2. Síndrome de nàusees i de vòmits crònics funcionals (categoria B3.1)	16
2.3. Síndrome de vòmits cíclics	16
2.4. Síndrome d'hiperemesi per cannabinoides (SHC)	17
2.5. Diagnòstic diferencial	18
2.6. Tractament	19
Bibliografia	21

Introducció

La dispèpsia i els vòmits funcionals són els dos trastorns funcionals digestius (TFD) més freqüents de l'àrea gastroduodenal. Com la resta de TFD són patologies de l'àmbit de la neurogastroenterologia o de l'eix cervell-intestí per a les quals no tenim una única ni clara causa a tractar. Moltes vegades ens resulten «incòmodes» perquè el diagnòstic és d'exclusió i la seva comprensió sovint s'escapa de l'àmbit gastroenterològic perquè engloba factors psicosocials molt més amplis. Per l'enorme incidència, els TFD són la patologia gastroenterològica més freqüent i, per tant, precisen la nostra atenció. D'altra banda, els avenços en el coneixement de les interaccions entre la microbiota, el sistema immunològic i el sistema neuroentèric i la seva influència en les funcions del sistema nerviós central, com poden ser les emocions, fa de la neurogastroenterologia un dels camps més interessants per a la recerca en les malalties de l'aparell digestiu.

Objectius

- 1.** Reconèixer la dispèpsia funcional com una entitat independent d'altres causes de dispèpsia.
- 2.** Adquirir les eines per a facilitar el procés diagnòstic i terapèutic de la dispèpsia funcional des de la primera visita.
- 3.** Conèixer les síndromes de vòmits crònics funcionals més freqüents per a optimitzar-ne el diagnòstic i el tractament des de les consultes o des d'urgències.

1. Dispèpsia funcional

1.1. Introducció i definicions

La **dispèpsia** és un complex simptomàtic que es defineix com la presència a l'hemiabdomen superior de dolor o molèstia, cremor, sacietat precoç, plenitud postprandial, nàusees, vòmits o qualsevol altre símptoma que es consideri originat en el tracte gastrointestinal superior. La dispèpsia afecta aproximadament el 20% de la població, i és un motiu de consulta molt comú tant en atenció primària com en atenció especialitzada i, fins i tot, en els serveis d'urgències. L'elevada freqüència comporta un consum considerable de recursos sanitaris, i pel seu caràcter crònic o recidivant té un impacte important sobre la qualitat de vida i la productivitat laboral.

La primera aproximació a un pacient amb dispèpsia serà reconèixer la seva situació clínica:

- Parlem de **dispèpsia no investigada** en pacients amb dispèpsia de recent aparició o en els quals no s'ha dut a terme un estudi diagnòstic. En aquests casos ens orientarà a una causa funcional diverses característiques: els símptomes de llarga evolució, l'associació d'un complex d'altres múltiples símptomes (gastrointestinals i extradigestius) i els símptomes d'ansietat, de depressió o psicossomàtics. Inclús en aquests casos és convenient catalogar la situació de dispèpsia no investigada fins que s'hagi realitzat un estudi etiològic mínim que implica, com a mínim, fer una investigació d'*H. pylori* i, en cas que es detecti la infecció, el seu tractament i una endoscòpia digestiva alta (EDA).
- En els pacients en què s'ha detectat una patologia que potencialment justifiqui els símptomes (com ara la malaltia ulcerosa pèptica, la malaltia neoplàsica o l'esofagitis pèptica o infecció per *H. pylori*), parlem de **dispèpsia orgànica**. Són aproximadament del 30% al 50% dels pacients amb dispèpsia no investigada. En molts casos, el tractament de la malaltia subjacent comporta la curació de la dispèpsia. Aquí no hem d'incloure troballes o trastorns lleus, el paper dels quals en l'aparició de símptomes dispèptics no està prou aclarit, com pot passar amb la troballa d'una petita hèrnia d'hiat.

Nota

La troballa de la infecció per *Helicobacter pylori*, molt freqüent en el nostre medi, no més és causa de dispèpsia orgànica en alguns casos. Sovint, es tracta d'una coexistència d'infecció i de dispèpsia i aquesta desapareix després de l'eradicació. No obstant això, haurem de realitzar el tractament erradicador i evaluar la dispèpsia desapareix, o no, al curar-se la infecció.

També és important destacar que la litiasi biliar pot ser causa de dolor de tipus biliar, però no es considera causa de dispèpsia. La colecistectomia en un pacient amb dispèpsia i litiasi biliar asimptomàtica molt rarament millora, i, sovint empitjora, els símptomes dispèptics.

La **dispèpsia funcional (DF)** és una dispèpsia «primària» de causa desconeguda, però que sovint es considera deguda a la disfunció del sistema nerviós entèric de l'àrea gastroduodenal. La DF és una patologia que s'engloba en l'àmbit de la neurogastroenterologia i té una fisiopatologia compartida amb la resta de TFD. Sovint se solapa amb altres TFD en un mateix pacient de manera

que l'estudi i el tractament ha de tenir en compte la presència de símptomes esofàgics, com ara la piroisi, i intestinals, com ara els símptomes de síndrome d'intestí irritable, per a aconseguir bons resultats en el tractament.

Taula 1

Definició de dispèpsia	Presència de símptomes (dolor o cremor epigàstric, sacietat precoç, plenitud postprandial desproporcionada) presumptament originats en la regió gastroduodenal. No es considera englobat en la dispèpsia: <ul style="list-style-type: none"> • piroisi retroesternal o regurgitació: suggereixen malaltia per reflux gastroesofàgic. • sensació de distensió o «inflor abdominal»: suggereixen SII.
Dispèpsia no investigada	Dispèpsia en absència d'estudi diagnòstic.
Dispèpsia orgànica	Dispèpsia secundària a una malaltia coneguda que es pot resoldre tractant la malaltia associada (per exemple: malaltia ulcerosa pèptica).
Dispèpsia funcional	Dispèpsia primària. És un trastorn funcional digestiu de l'àmbit de la neurogastroenterologia.

1.2. Criteris de Roma IV

El consens internacional d'experts, que s'actualitza de manera periòdica, ha definit trenta-tres TFD que es divideixen en funció dels segments afectats del tracte digestiu (taula 2), i la DF s'engloba en els trastorns gastroduodenals (taula 3).

Taula 2. Trastorns funcionals digestius en adults

Trastorns de l'esòfag
Trastorns gastroduodenals
Trastorns intestinals
Trastorns d'origen central del dolor abdominal
Trastorns biliars i de l' esfínter d'Oddi
Trastorns anorectals

Taula 3. Criteris de Roma IV dels trastorns gastroduodenals

B1. Dispèpsia funcional	B1a. Síndrome del distrès postprandial B1b. Síndrome del dolor epigàstric
B2. Trastorns amb eructes	B2a. Eructes supragàstrics excessius B2b. Eructes gàstrics excessius
B3. Trastorns amb nàusees i vòmits	B3a. Síndrome de nàusees i vòmits crònics B3b. Síndrome de vòmits cíclics B3c. Síndrome d'hiperèmesi per cannabinoides
B4. Síndrome de ruminació	---

Els criteris diagnòstics de Roma IV, publicats l'any 2016, són fruit de l'actualització i la incorporació de nous coneixements en fisiopatologia, i són criteris que cal utilitzar per a diagnosticar la DF. També permeten integrar els diferents coneixements adquirits per la recerca de diferents grups o països en homogeneïtzar les definicions dels casos i de les respostes evolutives.

Així, doncs, per a diagnosticar **DF per criteris de Roma IV (grup B.1)** s'han de complir aquestes condicions:

1) Presència d'un o més dels símptomes dispèptics:

- a) Plenitud postprandial
- b) Sacietat precoç
- c) Dolor epigàstric
- d) Cremor epigàstrica

2) Absència de lesions (incloent la realització d'una EDA).

Aquests criteris han de complir-se, com a mínim, durant tres mesos, amb un inici d'almenys sis mesos abans d'establir el diagnòstic.

A més, Roma IV subdivideix la DF en dos subtipus:

B.1a) Síndrome del distrès postprandial (SDP): definida per la predominança dels símptomes de plenitud postprandial i sacietat precoç relacionats amb la ingesta. També pot anar acompanyada de dolor, de cremor epigàstrica o d'eructació excessiva i de nàusees. Ara bé, si el pacient presenta vòmits de manera significativa hem de considerar que pot presentar un altre trastorn diferent. Igual que la presència de piroso, que no és un símptoma que suggereix la presència de malaltia per reflux gastroesofàgic concomitant.

B.1b) Síndrome del dolor epigàstric (SDE): predomina el dolor o cremor epigàstric i no necessàriament es produeix durant la ingesta d'un aliment, sinó que amb freqüència es produeix en el dejuni i, fins i tot, es pot alleujar amb la ingesta. Igual que en la síndrome anterior, altres símptomes de DF poden acompanyar la SDE, però la presència de piroso o de vòmits significatius indiquen la possibilitat d'una altra patologia que precisa un enfocament específic diferent del de DF.

El reconeixement d'aquests dos subtipus s'ha utilitzat per a investigar les respostes a diferents tractaments i la possibilitat de diversos mecanismes fisiopatològics. El primer s'ha relacionat amb un buidament gàstric alentit i amb l'acomodació gàstrica deficitària, i el segon amb una major hipersensibilitat visceral; no obstant això, som lluny de poder confirmar una bona correlació clinicofisiopatològica, i per aquest motiu la utilitat pràctica d'aquesta divisió és molt limitada.

1.3. Etiopatogènia de la DF

Igual que en la resta de TFD, l'etiopatogènia és multifactorial i complexa i no es coneix de manera completa. Diversos factors al llarg del temps poden influir perquè el pacient desenvolupi una alteració dels complexos mecanismes de control de la funció motora i sensitiva del tracte gastroduodenal en l'eix cervell-intestinal. El model biopsicosocial, comú en la resta de TFD, ens permet englobar diferents factors que s'han demostrat associats a la DF: factors genètics o d'aprenentatge presents en la família, grau de distrès emocional o capacitat d'adaptació a l'estrès, història de depressió, abús sexual o psicològic (aquests últims s'associen a l'espectre de major gravetat de la DF), i factors perifèrics o locals de la mucosa com inflamacions o infeccions agudes o cròniques.

1.3.1. Alteracions fisiopatològiques presents en pacients amb DF

Trastorns de la funció motora en la DF

La funció motora del tracte gastroduodenal té diversos components: el fundus gàstric es relaxa després de la ingesta per a acomodar l'aliment sense patir un increment de la pressió de la paret (acomodació fúndica), i el cos gàstric presenta contraccions fàsiques en coordinació amb el tancament i l'obertura de l' esfínter pilòric per a triturar adequadament els aliments i buidar l'estómac. Si aquestes funcions fallen, poden causar símptomes durant i després de la ingesta. L'acomodació gàstrica està disminuïda fins al 40% en els pacients amb DF, i en un 35% el buidatge gàstric a sòlids és lent comparat amb la població sana. Un buidament gàstric accelerat també s'ha associat a símptomes de DF, especulant que l'estimulació precoç de l'intestí prim per l'arribada de nutrients podria intensificar la percepció d'estímuls iniciats a l'estómac.

Trastorns de la funció sensitiva en la DF: hipersensibilitat visceral

Una gran part de pacients amb DF pateixen hipersensibilitat visceral, és a dir, refereixen l'aparició de molèsties després d'estímuls fisiològics, com la ingesta d'aliments en quantitats raonables i fins i tot menors a la normalitat, o com la presència de volums de gas perfectament tolerats per persones sanes. Això s'ha demostrat en condicions de laboratori utilitzant baló intragàstric o intra-duodenal i provocant diferents estímuls. També s'ha demostrat que l'arribada de lípids a l'intestí prim augmenta les sensacions originades a l'estómac, i que l'intestí de molts pacients amb DF és hipersensible a la presència d'àcid.

Fenòmens inflamatoris de la mucosa en la DF

Recentment s'han descrit alteracions en el nombre o en l'activació d'algunes cèl·lules inflamatòries, com ara els eosinòfils o els mastòcits de la mucosa o submucosa gastroduodenal. El desencadenant d'aquests fenòmens de microinflamació s'ha hipotetitzat que podria ser les alteracions de la permeabilitat mucosa que permeten el pas excessiu de proteïnes bacterianes o alimentàries.

Al seu torn, el procés inflamatori genera una sèrie de citocines o neurotransmissors amb un efecte potencial sobre la motilitat i la sensibilitat gastroduodenals.

Aquests fenòmens microinflamatoris també s'han observat en un subgrup de DF que apareix de nou en un percentatge aproximat del 10% després de patir una GEA.

Factors psicosocials i estrès en la DF

Tant les emocions negatives, l'ansietat, l'anticipació del dolor o l'hipervigilància, com les comorbiditats psicològiques, depressió o neuroticisme s'associen a la hipersensibilitat gastroduodenal ja esmentada. Això és a causa que els senyals viscerals nociceptius es processen i s'integren en el SNC amb senyals de circuits neurològics cognitius (les nostres creences), afectius (les nostres emocions) i de recompensa. Així la disfunció d'aquest sistema pot conduir a l'aparició de dolor visceral crònic i de DF. No obstant això, val la pena destacar que aquesta associació no succeeix només en aquesta direcció, sinó que estudis longitudinals ja han demostrat que la relació és bidireccional, de manera que els pacients que pateixen DF sense patologia psicològica tenen més probabilitats de desenvolupar algun trastorn psicològic que les persones que no pateixen DF o qualsevol altre TFD.

1.4. Diagnòstic i aproximació terapèutica

1.4.1. Primera aproximació al pacient amb dispèpsia

Les primeres actuacions davant d'un pacient que acudeix amb molèsties dispèptiques són les següents:

Anamnesi completa

Caracteritzar els símptomes de la dispèpsia (plenitud postprandial, sacietat precoç, dolor o cremor epigàstric) per l'antiguitat, la intensitat i la freqüència.

Davant de crisis de dolor intens, és rellevant descartar el dolor de tipus biliar, que difereix notablement del dolor o malestar de la DF perquè són crisis retallades de dolor intens que acostumen a irradiar l'hipocondri dret i són episòdiques, quedant el pacient asimptomàtic entre crisis.

És molt freqüent que la dispèpsia s'associï a la pirosi o la regurgitació, característiques d'una malaltia per reflux gastroesofàgic. La malaltia per reflux comparteix amb la DF la cronicitat i també és tributària del tractament amb anti-secretors. Això ens portarà a considerar el tractament precoç empíric amb IBP.

En l'anamnesi també hem d'investigar si el pacient presenta actualment, o en el passat, altres símptomes suggestius d'altres TFD; especialment dolor hemi-abdomen inferior, canvi en el ritme deposicional i sensació d'inflor o de distensió abdominal, tots ells suggestius del SII.

També cal incloure en l'anamnesi algunes qüestions dirigides a explorar l'entorn psicosocial del pacient que ens poden ser molt útils en l'orientació i el maneig de la DF.

Finalment, la història familiar ens permetrà detectar si hi ha algun antecedent familiar significatiu.

Examen físic

L'examen físic és important per a descartar la presència de signes d'alarma, i podria proporcionar dades per a suggerir la presència de patologia orgànica. Fins i tot quan l'exploració és normal, l'examen físic té un efecte positiu en els pacients amb TFD perquè transmet al pacient seguretat i la sensació que el metge s'ha pres de debò els símptomes, i també ajuda a establir una relació metge-pacient eficaç.

Analítica general

Una analítica general ens permetrà descartar alteracions suggestives de malalties orgàniques.

1.4.2. Indicacions de l'endoscòpia digestiva alta (EDA)

Tenint en compte que la prevalença de dispèpsia és molt alta i que amb les estratègies de maneig actual fins en un 70% dels pacients investigats amb EDA no s'identifica una causa orgànica que justifiqui els símptomes, fer un estudi endoscòpic en tots els casos no compensaria els costos ni l'efectivitat, i afegiria incomoditat i risc per al conjunt dels individus avaluats. Per tant, hem de seleccionar els qui tenen una major probabilitat de presentar una dolència orgànica. Realitzarem una endoscòpia en:

- Pacients que presentin símptomes o signes d'alarma (taula 4), (indicarem una EDA amb prioritat, o precoç). Els factors d'alarma no tenen una elevada sensibilitat per a detectar causa orgànica, però sí un excel·lent valor predictiu negatiu (99%) davant de la total absència.
- Pacients majors de 50-55 anys amb dispèpsia de recent aparició.
- Pacients no investigats prèviament i amb resposta al tractament empíric inicial insuficient o nul·la.

Hem de tenir en compte que en la DF, l'EDA precoç també pot ser útil per a reduir l'ansietat que genera la incertesa diagnòstica, i s'ha demostrat que té un efecte positiu sobre l'evolució dels símptomes i sobre la qualitat de vida.

Taula 4. Factors d'alarma en la dispèpsia

Símptomes	Alteracions analítiques
Símptomes	Disfàgia, odinofàgia
	Pèrdua de pes no intencionada
	Hemorràgia digestiva
	Vòmits recurrents i intensos
Troballes en l'exploració física	Massa abdominal, icterícia, limfadenopaties
Troballes en l'analítica	Anèmia

Quan es fa una EDA per dispèpsia i no es troben lesions significatives es recomana l'estudi de la infecció per *Helicobacter pylori* mitjançant biòpsies, i alguns autors també recomanen fer biòpsies de duodè per a descartar la presència d'enteropatia celíaca o d'altres causes.

Nota

La prevalença de celiaquia és baixa en pacients amb dispèpsia, només molt lleugerament superior a la de la població general. Tot i així, al ser la DF un trastorn crònic, és freqüent que es plantegi aquest diagnòstic en algun moment de la evolució i, si no disposem d'una biòpsia duodenal inicial, és probable que es requereixi una segona endoscòpia per a obtenir la biòpsia I.

1.4.3. Estratègies empíriques de l'abordatge de la dispèpsia no investigada

En el nostre medi, que presenta taxes intermèdies o altes d'infecció per *Helicobacter pylori*, s'ha demostrat en pacients joves la utilitat de l'estratègia **test and treat**, que consisteix a fer una prova no invasiva per a detectar-lo i tractar-ne els casos positius. En cas de malaltia pèptica, la curació s'aconsegueix en la majoria dels casos; en la DF el percentatge de curació és sensiblement menor, tot i que pot ser permanent en el temps.

Per la seva banda, l'ús empíric d'antisecretors és més útil en la dispèpsia no investigada (fins a un 80% de casos amb resposta efectiva) que en la DF, en què la resposta no supera el terç dels casos.

1.5. Maneig terapèutic de la DF

Tenint en compte que la DF és un trastorn heterogeni i multifactorial, com hem vist abans, no hi ha un tractament homogeni, sinó que les mesures terapèutiques s'hauran d'individualitzar segons el pacient.

1.5.1. Informar i educar sota una relació metge-pacient de confiança

El punt més important del tractament consisteix a explicar al pacient la naturalesa del seu trastorn, advertir-lo del curs natural benigne de la malaltia, intentar reconèixer els factors desencadenants dels símptomes i dotar-lo d'unes eines senzilles que l'ajudin a manejar els períodes simptomàtics, tot això requereix una relació metge-pacient eficaç i de confiança.

Cal explicar la naturalesa de la malaltia i obtenir la confiança del malalt basant-nos en els següents principis:

- Transmetre al pacient l'interès del metge, si cal, sense restar la importància que té per al malalt. En la primera visita, fer una història clínica i una exploració física minuciosa augmenta la credibilitat del metge i la confiança del pacient en el consegüent pla terapèutic.
- Aportar al pacient una explicació senzilla i assumible dels mecanismes patogènics que puguin estar-hi implicats, si escau.
- En un clima de cordialitat i d'empatia identificar la implicació dels factors psicosocials.
- Comentar la naturalesa crònica i fluctuant dels símptomes i explicar que l'objectiu del tractament potser no sigui la remissió completa i sostinguda dels símptomes, sinó intentar proporcionar un alleujament simptomàtic en els períodes de major gravetat.

1.5.2. Mesures higienicodietètiques

La majoria dels pacients amb DF van al metge amb la idea que determinats aliments són els causants de les molèsties, ja que sovint s'agreugen amb la ingesta. Molts pacients, quan sol·liciten atenció mèdica ja han aplicat canvis en els hàbits dietètics i eviten de manera correcta àpats copiosos o rics en greixos i irritants, però un percentatge no menyspreable arriba a la consulta amb dietes excessivament restrictives perquè «tot se li posa malament» i han provat diferents dietes aconsellats per familiars o per diferents mitjans de comunicació. En aquell moment, el nostre paper haurà de ser el d'introduir de manera racional una dieta suau i ordenada, però prou variada per a evitar la desnutrició i el distrès d'una dieta tan estricta. Per a això, en aquests pacients acostuma a ser útil fer les exploracions complementàries per a descartar la malaltia celíaca i les intoleràncies o malabsorció a sucres com la lactosa, la fructosa i el sorbitol.

1.5.3. Tractament farmacològic

A continuació, es descriuen els tractaments farmacològics:

- Tractament amb antisecretors: l'ús d'antisecretors gàstrics (antiH₂ o IBP) pot controlar els símptomes en un subgrup de pacients amb DF (al voltant del 30%), i acostuma a coincidir amb el subtipus de DF de síndrome del dolor epigàstric en els pacients en què predomina el dolor o la piroisi.
- Tractament amb procinètics: actuen afavorint el buidatge gàstric i la motilitat intestinal, per la qual cosa es recomanen essencialment en casos de distrès postprandial. No obstant això, la seva eficàcia real és discreta i es limita a un subgrup de pacients que no podem identificar per endavant. Els fàrmacs més importants són els agonistes dels receptors 5HT-4, com la cisaprida, l'ús de la qual ha quedat molt restringit per falta de seguretat cardiovascular. Actualment, en aquest grup disposem de la cinitaprida i del grup de fàrmacs antidopaminèrgics de la metoclopramida, la cleboprida, la levosulpirida i la domperidona. Tot s'utilitzen amb precaució perquè poden afavorir símptomes extrapiramidals, amb l'excepció de la domperidona, que no travessa la barrera hematoencefàlica.
- Tractament amb antidepressius o ansiolítics: es consideren un tractament de segona línia en el cas de fracàs dels dos grups anteriors, per separat o combinats. Cal utilitzar antidepressius tricíclics, com l'amitriptilina; i serotoninèrgics, com la venlafaxina i la mirtazapina (aquesta última combina l'efecte serotoninèrgic i noradrenèrgic) amb respostes majors a placebo però amb efectes adversos que poden limitar-ne l'ús. Tot i que no disposem d'una metaanàlisi que confirmi de manera global respostes fermes, hem de considerar-ne l'ús en alguns casos. D'altra banda, davant de la presència d'ansietat o de depressió, l'aplicació del tractament psicològic i farmacològic a dosis adequades serà necessari per a avançar en la millora global del pacient.
- Sense ser un medicament de prescripció mèdica, el tractament OTC, amb un preparat a base d'extractes d'herbes denominat STW5 o Iberogast, **s'ha demostrat eficaç en un percentatge de pacients limitat, però amb l'avantatge de l'absència d'efectes adversos.**

2. Vòmits funcionals

2.1. Introducció i definicions

Els trastorns de nàusees i de vòmits d'origen funcional formen el grup B3 de la classificació dels TFD (Roma IV) i tenen tres subgrups (taula 3).

Els vòmits, com a símptoma guia, requereixen una atenció urgent, i el diagnòstic diferencial és molt ampli perquè es pot produir en una multitud de patologies no digestives que comporten un diagnòstic diferencial molt gran. L'objectiu d'aquest capítol és revisar les situacions de vòmits repetitius o crònics d'origen funcional a què ens hem d'enfrontar els digestòlegs una vegada s'han descartat de manera raonable les causes orgàniques més habituals de vòmits.

2.2. Síndrome de nàusees i de vòmits crònics funcionals (categoria B3.1)

Es tractaria de pacients que presenten episodis de nàusees o de vòmits amb freqüència, i que després de l'estudi diagnòstic complet no s'ha evidenciat cap patologia que n'expliqui els símptomes. Aquesta síndrome és rara i es diagnostica amb poca freqüència.

Segons els criteris de Roma IV s'han de complir tots els punts següents:

- 1) Episodis de nàusees o vòmits molestos, com a mínim una vegada per setmana, i que alteren la vida habitual del pacient.
- 2) Exclusió del vòmit autoinduït, dels trastorns de l'alimentació, de la regurgitació i de la ruminació.
- 3) Absència d'alguna patologia orgànica, sistèmica o metabòlica que pugui explicar els símptomes.

Per al diagnòstic es requereix que hagin passat sis mesos des de l'inici dels símptomes, i complir els criteris en els últims tres mesos.

2.3. Síndrome de vòmits cíclics

El segon tipus de vòmits funcionals, la síndrome de vòmits cíclics (SVC) té una entitat més marcada que es caracteritza per episodis recurrents de vòmits d'inici brusc, que solen durar entre 1 i 3 dies. Els pacients estan asimptomàtics entre els episodis (entre 2 setmanes i 6 mesos). És més freqüent en infants

que en adults, i s'ha calculat que els últims suposen entre el 3% i el 14% dels pacients amb vòmits crònics. També és freqüent la coexistència d'antecedents personals o familiars de migranya.

La crisi de vòmits és molt intensa, després d'un període curt de diaforesi i de nàusea, fins a trenta episodis al dia. Per tant són pacients que ens trobarem al servei d'urgències; s'ha calculat que van a urgències una mitjana de quinze vegades abans que s'estableixi el diagnòstic. En l'EDA es poden observar esofagitis pèptica i lesions hemorràgiques de la mucosa com a resultat dels vòmits intensos. La fase de recuperació pot trigar dies i és progressiva. El nombre d'episodis és variable, però s'ha observat una mitjana aproximada de dotze episodis a l'any.

La SVC es pot associar a la menstruació (SVC catamenial), i altres factors precipitants de la crisi poden ser: estrès, privació del son, infecció, cinetosi i algunes medicacions. Les crisis es poden acompanyar de dolor abdominal, cefalea i febre.

Els criteris de Roma IV són els següents:

- Episodis estereotipats de vòmits (instauració aguda) i durada de dies (menys d'una setmana) que compleixen els dos criteris següents:
 - Igual a tres episodis en l'últim any i dos en els últims sis mesos, separats com a mínim d'una setmana.
 - Absència de vòmits entre episodis, tot i que pot haver-hi símptomes lleus entre els cicles.

2.4. Síndrome d'hiperemesi per cannabinoides (SHC)

Aquesta entitat va ser descrita per primera vegada l'any 2004, i es tracta de quadres clínicament molt similars als dels vòmits cíclics però en persones que consumeixen cànnabis de manera crònica. El consens de Roma IV estableix criteris similars a la SVC, però amb la condició que el pacient consumeixi cànnabis de manera crònica i la síndrome es resolgui després de l'abandó del cànnabis.

Els pacients van a urgències amb quadres aguts de vòmits de difícil control, sovint precisen ingrés per al maneig o per a exploracions complementàries. El diagnòstic amb freqüència es dilata en el temps, sobretot si el pacient no refereix el consum de cànnabis o el metge no estableix el nexa. La següent dada és molt característica, i cal fer la pregunta corresponent: el quadre s'associa a la necessitat compulsiva de dutxar-se amb aigua calenta de manera repetitiva, ja que això alleuja els símptomes.

Així, doncs, aquest quadre està infradiagnosticat a causa d'una combinació de factors que inclou l'ús paradoxal del cànnabis com a antiemètic, el possible estigma per als usuaris de cànnabis, i el fet que, malgrat el gran nombre de consumidors de cànnabis al món, només un percentatge petit desenvolupa la patologia. En una revisió recent dels casos publicats, s'ha observat que l'ús de cànnabis associat a aquest quadre és d'un ús regular, almenys setmanal, de prop d'un any o més.

El seu reconeixement i l'explicació al pacient és important, ja que l'abandó de l'ús de cànnabis és curatiu, tot i que això es veu dificultat perquè l'ús crònic de cànnabis altera la capacitat de decisió dels pacients. En els casos en què s'ha pogut aconseguir l'abstinència de cannabinoides s'ha comprovat la completa resolució dels símptomes.

No se'n coneix el mecanisme fisiopatològic, i la capacitat emètica de l'ús de cànnabis podria dependre del tipus de cannabinoides, de la dosi, del dipòsit excessiu o d'altres factors encara per investigar.

2.5. Diagnòstic diferencial

El diagnòstic diferencial dels vòmits repetitius o crònics comporta descartar en primera instància:

- L'obstrucció mecànica.
- Trastorns greus de motilitat, com ara la gastroparèsia i la pseudoobstrucció crònica intestinal.
- Algunes malalties metabòliques, com ara la malaltia d'Addison, que poden presentar-se amb nàusees i vòmits recurrents.
- Ús de fàrmacs opioides.

Altres causes menys freqüents que poden donar vòmits repetitius són les següents:

- Tumors intracranials del tercer ventricle.
- Patologies de l'oïda interna, com ara la neuronitis vestibular.

Dues patologies que poden mimetitzar la SVC en joves són les següents:

- Porfíria aguda intermitent, que s'associa a manifestacions neurològiques.
- Síndrome de l'artèria mesentèrica superior o síndrome de Wilkie.

El síndrome de Wilkie es caracteritza per plenitud i vòmits de caràcter biliós que apareixen com a conseqüència de la compressió de la segona o tercera porció duodenal, entre l'aorta i l'artèria mesentèrica. És una síndrome rara, que es pot presentar amb nàusees i vòmits repetits acompanyant el dolor abdominal i la distensió postprandial en joves amb factor anatòmic en predisposició, i una ràpida pèrdua de pes o una cirurgia abdominal com a factor desencadenant. La clínica alleuja de manera característica amb el decúbit pron o lateral esquerre.

Les proves diagnòstiques per a excloure aquestes patologies s'utilitzaran segons la presentació clínica i la història prèvia del pacient. Tal com es recomana en el consens de Roma IV, si el pacient presenta vòmits biliosos, defensa abdominal, símptomes neurològics o un empitjorament dels episodis serem més intensius en les exploracions a dur a terme:

- Test de cribratge de fàrmacs o de tòxics (mòrfics, cannabinoides), que pot ser molt útil si pensem que la SHC pot ser el diagnòstic.
- Mitjançant analítica descartarem alteracions electrolítiques: hipercalcèmia, hipotiroidisme, malaltia d'Addison.
- EDA, estudis d'imatge com ara el TAC, ressonància o endoscòpia per a descartar patologia gastroduodenal orgànica o obstrucció gastrointestinal. Per a objectivar la síndrome de Wilkie serà útil la tècnica d'angio-TAC.
- Estudi de buidament gàstric per a detectar gastroparèsia.
- Determinacions de porfirines en orina de 24 hores i sèrum per a l'estudi de la porfíria aguda intermitent.

2.6. Tractament

El tractament dels quadres de vòmits crònics funcionals comprèn el control de la fase aguda, la identificació i l'evitació dels desencadenants, i la profilaxi farmacològica de nous episodis.

En la **fase aguda**, les crisis de vòmits de la SVC i de la SHC precisen atenció a urgències i l'ús de tractament parenteral; cal assegurar un bon suport hidroelectrolític amb solució salina i una aportació de potassi i de glucosa adequada. El fàrmac antiemètic més utilitzat és l'ondansetró (antagonista dels receptors 5HT₃). A causa de la intensitat i de la refractarietat dels vòmits durant la crisi de la SVC, es recorre a la inducció del son mitjançant benzodiazepines de vida curta (lorazepam), o fins i tot neurolèptics (clorpromazina) per a aconseguir reduir la intensitat i la durada dels episodis de vòmits.

De manera més anecdòtica, s'han publicat casos d'infants i d'adults amb cefalea migranyosa i episodis de SVC, de tractament precoç eficaç amb el fàrmac antimigranyós sumatriptan (agonista 5HT₅). En casos de SHC s'ha publicat que l'ús de tòpic de capsaïcina sobre l'abdomen o els braços ha estat eficaç en el moment agut de les crisis.

En la **fase de remissió**, en el cas de la SHC, l'abandó de l'ús de cànnabis resol el quadre de manera completa, i d'altra banda també s'han comprovat les recaigudes si se'n reprèn el consum.

En el cas de la SVC en què s'ha pogut identificar algun desencadenant com serà d'utilitat evitar-lo. Però generalment es precisa instaurar un tractament crònic amb un fàrmac antidepressiu, antiepilèptic o antimigranyós a dosis eficaces (cal un període de titulació, ja que poden variar per a cada pacient), cosa que s'aconsegueix en aproximadament el 70% dels casos.

En l'actualitat, s'ha acumulat experiència en l'ús de:

- Antidepressius tricíclics: l'amitriptilina i la nortriptilina són actualment els fàrmacs de primera línia en aquesta indicació.
- Antiepilèptics: s'han utilitzat el topiramata, el valproat, el fenobarbital, el levetiracetam o la zonisamida.
- Antimigranyosos: el propranolol, en tractament crònic, i el sumatriptan, com a tractament agut amb finalitat abortiva de la crisi, s'han utilitzat més en infants que en adults.

Bibliografia

Ford, A. C.; Marwaha, A.; Sood, R. i altres (2015). *Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis* (vol. 64, núm. 7, pàg. 1049-57).

Gisbert, J. P.; Calvet, X.; Ferrándiz, J.; Mascort, J.; Alonso-Coello, P.; Marzo, M. (2012). «Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia». *Gastroenterología y Hepatología* (vol. 35, núm. 10, pàg. 725.e1-725.e38).

Hayes, W. J.; VanGilder, D.; Berendse, J.; Lemon, M. D.; Kappes, J. A. (2018). «Cyclic vomiting syndrome: diagnostic approach and current management strategies». *Clinical & Experimental Gastroenterology* (vol. 26, núm. 11, pàg. 77-84).

Sorensen, C. J.; DeSanto, K.; Borgelt, L.; Phillips, K. T.; Monte, A. A. (2017). «Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment-a Systematic Review». *Journal of Medical Toxicology* (vol. 13, núm. 1, pàg. 71-87).

Stanghellini, V.; Chan, F. K.; Hasler, W. L.; Malagelada, J. R.; Suzuki, H.; Tack, J.; Talley, N. J. (2016). «Gastroduodenal Disorders». *Gastroenterology* (vol. 150, núm. 6, pàg. 1380-92).

Talley, N. J.; Vakil, N. B.; Moayyedi, P. (2005). «American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia». *Gastroenterology* (vol. 129, núm. 5, pàg. 1756-80).

