

GASTROPARESIA Y TRASTORNOS CON NÁUSEAS Y VÓMITOS

Dr. Jordi Serra Pueyo

Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

Servicio de Digestivo. Secretaria Pl. 5
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol
Carretera Canyet s/n
08916-Badalona
Teléfono: 93 4978909
Fax: 93 497 88 43
E-mail: serra.jordi@terra.es

OBJETIVOS

- Conocer los principales trastornos funcionales y motores que cursan con náuseas y vómitos.
- Conocer como se diagnostica el paciente con náuseas y vómitos de origen funcional.
- Conocer el manejo de los pacientes con gastroparesia y vómitos funcionales.

INTRODUCCIÓN

La alteración de la actividad motora y sensorial del estómago va a inducir síntomas principalmente localizados en el epigastrio. Estos síntomas van desde leves sensaciones de saciedad precoz, plenitud postprandial, quemazón o dolor epigástrico, hasta cuadros graves de náuseas y vómitos que impiden la correcta nutrición del individuo con la consiguiente pérdida de peso.

Ante un paciente que presenta estos síntomas, lo primero que deberemos hacer es descartar una causa orgánica de los mismos mediante las exploraciones complementarias pertinentes (analíticas, gastroscopia, ecografía, TAC, etc.). Una vez descartada la organicidad, nos planteamos la posibilidad de un trastorno funcional o motor del tubo digestivo.

Los principales trastornos funcionales que cursan con náuseas y vómitos son: Gastroparesia, dispepsia funcional, las náuseas y vómitos funcionales y la pseudoobstrucción intestinal.

GASTROPARESIA

Definición

Se define como un retraso en el vaciamiento gástrico.

Etiología

La gastroparesia puede tener numerosas causas (**Tabla 1**). Actualmente la más frecuente es la diabetes mellitus⁽¹⁾. La diabetes puede producir gastroparesia por una neuropatía de los plexos nerviosos del tracto digestivo, o simplemente como consecuencia de la hiperglucemia, que de por sí ya retrasa el vaciamiento gástrico⁽²⁾.

Tabla 1. Causas principales de gastroparesia

- Diabetes mellitus
- Idiopática
- Postquirúrgica:
Resección gástrica parcial/Vagotomía
Int. Nissen
- Patología neurológica:
Tumor cerebral
Enf de Parkinson
- Enfermedades del colágeno:
Esclerodermia
LES
- Trastornos endocrino-metabólicos:
Insuficiencia renal
Patología tiroidea
- Paraneoplásico
- Fármacos: Opioides, Tricíclicos, Octreótido

Diagnóstico

El diagnóstico de la gastroparesia se plantea en pacientes con molestias epigástricas y presencia de náuseas y vómitos, y se realiza mediante la medición del vaciamiento gástrico⁽³⁾. Se considera que está retrasado cuando se retiene >10% de la radioactividad en estómago tras 4 horas de la ingesta. La manometría gastrointestinal puede poner de manifiesto una neuropatía o miopatía como causa de la gastroparesia⁽⁴⁾. El estudio con baróstato electrónico nos puede mostrar una flaccidez o pérdida de tono gástrico, y puede también ser útil para valorar los efectos de diferentes fármacos sobre la gastroparesia⁽⁵⁾.

Tratamiento

El tratamiento de la gastroparesia es complejo, y debe de considerar diferentes aspectos:

Dieta: Debido a que los lípidos retrasan el tránsito intestinal, se aconsejará una dieta pobre en grasas⁽⁶⁾. Así mismo, para evitar la formación de bezoares es conveniente

restringir el consumo de fibras, especialmente en pacientes con neuropatías generalizadas. Es aconsejable evitar las comidas copiosas, por lo que se aconseja espaciar la cantidad total de alimentos en un mayor número de comidas pero de menor cantidad. Finalmente, en pacientes con gastroparesias graves que no permitan la alimentación normal, puede ser necesario pasar a nutrición enteral, bien por vía oral o por yeyunostomía, o nutrición parenteral.

Fármacos: Básicamente fármacos procinéticos⁽⁷⁾. Existen diversos tipos de procinéticos atendiendo a su mecanismo de acción: Los más utilizados son los fármacos antieméticos, como la domperidona, metoclopramida o levosulpirida. Estos fármacos actúan sobre los receptores dopaminérgicos, excepto la levosulpirida que también tiene acción colinérgica. Los fármacos con acción colinérgica disponibles en España incluyen la cinitaprida y la prucaloprida, si bien esta última debe de usarse como uso compasivo ya que solamente está autorizada para el tratamiento del estreñimiento crónico⁽⁸⁾. Por último, los fármacos que actúan sobre los receptores de la motilina, como el antibiótico eritromicina, pueden ser de utilidad en casos graves ya que poseen una potente actividad procinética. Sin embargo, la eritromicina es efectiva cuando se administra por vía endovenosa, por lo que su uso se restringe a periodos de exacerbación graves en pacientes ingresados.

Otros tratamientos⁽⁹⁾. A lo largo de los años se han publicado diversos trabajos sobre la efectividad de la estimulación eléctrica aplicada mediante marcapasos gástricos, o de la inyección yuxtapilórica de toxina botulínica. Sin embargo, los resultados de estas técnicas no han sido suficientemente positivos como para generalizar su uso, que está restringido a algunos centros, sin que el autor tenga conocimiento de que estén utilizándose actualmente en ningún centro español. El abordaje quirúrgico de la gastroparesia puede ser necesario en algunos pacientes. Lo más frecuente es que se requiera la colaboración del cirujano para la colocación de yeyunostomía de alimentación, o gastrostomía de descarga. En algunos pacientes la gastrectomía puede ser útil, pero su uso se limita a pacientes con afectación circunscrita al estómago. Muchos pacientes tienen una afectación generalizada que afecta a estómago e intestino delgado, y en estos pacientes la gastrectomía no estará indicada.

DISPEPSIA FUNCIONAL

Definición

La dispepsia funcional forma parte de los trastornos funcionales gastrointestinales. Se caracteriza por la presencia de síntomas referidos al epigastrio sin ninguna causa aparente que los justifique.

Diagnóstico

El diagnóstico de dispepsia funcional es un diagnóstico eminentemente clínico. Se han establecido criterios diagnósticos, criterios de Roma, para el diagnóstico positivo de estos trastornos. Según la última edición de los criterios de Roma, Roma IV⁽¹⁰⁾, se

establece que se deben de cumplir uno o más de los siguientes criterios: Dolor y/o ardor epigástrico, saciedad precoz, y/o plenitud postprandial, sin que haya evidencia de causa orgánica de los síntomas, incluyendo estudio con gastroscopia.

En casos de síntomas graves, con dificultad para mantener la ingesta adecuada y/o pérdida de peso, se debe de plantear el diagnóstico diferencial con trastorno motores del estómago como la gastroparesia. En estos casos, el vaciamiento gástrico puede ser normal o mostrar un ligero enlentecimiento del vaciamiento de sólidos. El baróstato puede mostrar una hipersensibilidad gástrica a la distensión, y una mala relajación adaptativa del fondo, pero con un todo gástrico normal. La manometría gastrointestinal será típicamente normal.

Tratamiento

Debido a la ausencia de una causa clara, no existe un tratamiento específico para la dispepsia. Como en muchos trastornos funcionales el tratamiento suele ser eminentemente sintomático⁽¹¹⁾. Es aconsejable erradicar el *Helicobacter pylori* en caso de que el paciente presente esta infección⁽¹²⁾. En los pacientes con predominio de dolor o ardor epigástrico se aconseja un tratamiento de prueba con inhibidores de la bomba de protones, que han mostrado una eficacia superior a placebo en estudios controlados. En los pacientes con saciedad precoz o plenitud postprandial se aconseja probar un tratamiento con procinéticos. En caso de que estos tratamientos no sean efectivos, los fármacos antidepresivos han mostrado buenos resultados en ensayos clínicos. Otros tratamientos como la psicoterapia o la hipnoterapia podrían intentarse en caso de que se disponga de terapeutas con experiencia en este tipo de pacientes.

OTROS TRASTORNOS FUNCIONALES

Alteraciones por náuseas y vómitos

Se trata de pacientes que presentan episodios repetitivos de náuseas y/o vómitos molestos, que se producen al menos 1 día a la semana, con un mínimo de 1 episodio de vómitos a la semana, y en los que se han excluido los vómitos autoinducidos, los trastornos alimentarios, la regurgitación y la rumiación, así como enfermedades orgánicas, metabólicas o sistémicas que expliquen los síntomas, incluyendo la gastroscopia⁽¹⁰⁾.

Síndrome de los vómitos cíclicos

Consiste en la ocurrencia de episodios de vómitos incoercibles, de inicio agudo, con una duración menor a una semana, que ceden espontáneamente dejando al paciente completamente asintomático, y que se repiten de forma cíclica (mínimo de 3 episodios al año), con intervalos de más de una semana libres de síntomas⁽¹⁰⁾. El tratamiento de las crisis de vómitos requiere de tratamiento con antieméticos potentes, como el ondansetron. Se ha descrito que algunos pacientes pueden mejorar con antimigrañosos. La profilaxis de nuevos episodios puede hacerse con antidepresivos tricíclicos, que han mostrado una efectividad de alrededor del 70% en la prevención de nuevos episodios de vómitos.

Síndrome de hiperémesis por cannabinoides

Es un cuadro clínicamente indistinguible de los vómitos cíclicos, pero que en este caso se produce asociado a un consumo excesivo de cannabis. Los síntomas desaparecen al cesar el consumo de cannabis.

CONCLUSIÓN

Las náuseas y vómitos crónicos de tipo funcional pueden producirse asociados a trastornos graves de la motilidad gastrointestinal, como la gastroparesia o la pseudoobstrucción intestinal, o asociados a trastornos funcionales digestivos como la dispepsia funcional u otros trastornos funcionales por vómitos excesivos. El diagnóstico de estos procesos debe de encaminarse en primer término a excluir la organicidad. Mediante gastroscopia y otras pruebas complementarias que se consideren necesarias. Una vez excluida la organicidad la mayoría de trastornos pueden diagnosticarse mediante la clínica. Los criterios de Roma IV establecen los criterios diagnósticos de estos trastornos. En pacientes con síntomas incapacitantes, como vómitos de repetición, malnutrición o pérdida de peso, se debe de completar el estudio mediante pruebas funcionales digestivas (vaciamiento gástrico, baróstato electrónico, manometría gastrointestinal) para poder llegar a un diagnóstico de certeza y orientar el tratamiento más adecuado a cada cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Camilleri M. *Gastrointestinal problems in diabetes. Endocrinol.Metab Clin.North Am.* 1996 Jun;25(2):361-78.
2. Hasler WL, Soudah HC, Dulai G, Owyang C. *Mediation of hyperglycemia-evoked gastric slow-wave dysrhythmias by endogenous prostaglandins. Gastroenterology* 1995 Mar;108(3):727-36.
3. Accarino A, Aguade-Bruix S. *Vaciamiento gástrico. In: Lacima G, Serra J, Minguez M, et al., editors. Tratado de Neurogastroenterología y Motilidad Digestiva. Madrid: Editorial Panamericana; 2015. p. 551-60.*
4. Camilleri M, Bharucha AE, di LC, Hasler WL, Prather CM, Rao SS, Wald A. *American Neurogastroenterology and Motility Society consensus statement on intraluminal measurement of gastrointestinal and colonic motility in clinical practice. Neurogastroenterol.Motil.* 2008 Dec;20(12):1269-82.
5. Azpiroz F, Malagelada JR. *Gastric tone measured by an electronic barostat in health and postsurgical gastroparesis. Gastroenterology* 1987 Apr;92(4):934-43.
6. Feinle C, Meier O, Otto B, D'Amato M, Fried M. *Role of duodenal lipid and cholecystokinin A receptors in the pathophysiology of functional dyspepsia. Gut* 2001 Mar;48(3):347-55.
7. Quigley EM. *Pharmacotherapy of gastroparesis. Expert.Opin.Pharmacother.* 2000 Jul;1(5):881-7.
8. Bouras EP, Camilleri M, Burton DD, Thomforde G, McKinzie S, Zinsmeister AR. *Prucalopride accelerates gastrointestinal and colonic transit in patients with constipation without a rectal evacuation disorder. Gastroenterology* 2001 Feb;120(2):354-60.
9. Azpiroz Vidaur F. *Tratamiento de la gastroparesia y pseudoobstrucción intestinal. In: Lacima G, Serra J, Minguez M, et al., editors. Tratado de Neurogastroenterología y Motilidad Digestiva. Madrid: Editorial Panamericana; 2015. p. 319-25.*
10. Talley NJ, Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J. *Gastrointestinal disorders. In: Drossman DA, Chang L, Kellow JE, et al., editors. Functional Gastrointestinal Disorders. fourth ed. Raleigh, NC: The Rome Foundation; 2016. p. 903-66.*
11. Simren M, Tack J. *Functional dyspepsia: evaluation and treatment. Gastroenterol.Clin.North Am.* 2003 Jun;32(2):577-99.
12. Talley NJ, Vakil N. *Guidelines for the management of dyspepsia. American Journal of Gastroenterology* 2005 Oct;100(10):2324-37.