

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL

Grandes Síndromes Gastrointestinales (1): Generalidades

Raúl León-Barúa*, Roberto Berendson-Seminario*.

RESUMEN

Revisaremos conceptos de las molestias o males de las personas, enfocando los problemas como síndromes grandes, que son los que incluyen el mayor número de síntomas gastrointestinales. Introducimos esta serie de artículos recordando aspectos de la génesis multifactorial de las enfermedades, la esencia real del diagnóstico y la clasificación de los trastornos gastrointestinales en “orgánicos” y “funcionales”.

PALABRAS CLAVE: Síndromes Gastrointestinales, Enfermedades funcionales.

Rev Gastroenterol Perú; 27: 283-286

SUMMARY

Great Gastrointestinal Syndromes (1): An Overview

We will review concepts of the maladies of the people, focusing the problems as “great” syndromes, that are those that include the greater number of gastrointestinal symptoms. We begin this series of articles, reviewing aspects of the multifactorial génesis of the diseases, the real core of the diagnosis and the classification of the organic and “functional” gastrointestinal disorders.

KEY WORDS: Gastrointestinal syndromes, Functional diseases.

* **Universidad Peruana Cayetano Heredia.**

Dirección: Raúl León-Barúa, Avda. Velasco Astete 970, Chacarilla del Estanque, San Borja, Lima 41, Perú. Teléfono: 51-1-3724135. E-mail: rlbmd@ndt-innovations.com

Calificamos a los síndromes que vamos a describir, progresivamente, como “grandes”, porque incluyen el mayor número de síntomas gastrointestinales y, además, porque incluyen, también, el mayor número de pacientes que consultan por problemas digestivos. Para poder tratar mejor sobre ellos, conviene recordar algunos conceptos expresados previamente⁽¹⁻³⁾ y que exponemos nuevamente a continuación.

Génesis multifactorial de las enfermedades

El ser humano es un todo indivisible; pero, dependiendo del método que se emplea para estudiarlo, pueden encontrarse en él estructuras anatómicas, procesos fisiológicos (bioquímicos y biofísicos) y procesos mentales. Todos estos componentes del

ser humano se relacionan entre sí, constituyendo un verdadero sistema según von Bertalanffy^(4,5). Más aún, se trata de un sistema abierto, porque intercambia materiales con su medio ambiente^(4,5). Efectivamente, el ser humano se encuentra colocado en su medio ambiente, que puede ser en parte natural (o sea, el conjunto de elementos del medio no modificados por el ser humano, tales como la acción gravitatoria terrestre, la temperatura circundante, el nivel de humedad, etc.) y en parte artificial o cultural (o sea, el conjunto de elementos creados por el ser humano y que pueden ser transmitidos de un individuo a otro mediante el lenguaje verbal o escrito)⁽¹⁻³⁾.

Las enfermedades no tienen una causa sino múltiples causas o, mejor, múltiples factores determinantes, que actuando en conjunto y relacionándose entre sí dan lugar a enfermedad⁽¹⁻³⁾.

Los factores determinantes pueden ser factores etiológicos o primeros y factores patogénicos. En medicina se hace referencia comúnmente a etiopatogenia en conjunto. Sin embargo, para mayor claridad, es conveniente diferenciar lo que constituye etiología de lo que constituye patogénesis. Factores etiológicos o primeros son aquéllos que están presentes antes de que la enfermedad sea realmente tal, es decir, realmente enfermedad; y factores patogénicos, aquéllos que se producen como consecuencia de la interacción de factores etiológicos^(1-3,6).

Los factores etiológicos, a su vez, pueden ser externos o que actúan sobre el ser humano desde el medio ambiente (factores: físicos, v.g., traumatismos, frío, calor, humedad, sequedad, baja o alta presión barométrica, radiación solar, etc.; químicos, v.g., tóxicos o venenos, deficiencia o exceso de nutrientes y/o vitaminas, deficiencia de oxígeno, etc.; biológicos, v.g., virus, bacterias o parásitos patógenos, etc.; sociales, v.g., hacinamiento que facilita la transmisión de infecciones, etc.), externos-internos o que actúan desde el ambiente social externo pero pudiendo requerir, también, la forma de responder de la psiquis del ser humano (factores psicosociales: v.g., pérdida de seres u objetos amados; conflicto con familiares o personas conocidas; cambio de zona geográfica donde se vive, vivienda o trabajo; malajuste con personas relacionadas o con la sociedad en que se vive; aislamiento o soledad; frustración; etc.), e internos o presentes en el organismo (todo lo que ha sido denominado constitución, y que comprende: predisposición mayor o menor a enfermar, ya sea genética, congénita o adquirida; y capacidad de resistencia también mayor o menor a enfermar [6]). Por lo general, la interacción de factores etiológicos externos e internos se lleva a cabo sin que se altere el estado estable del organismo. Pero, a veces, éste puede alterarse y, entonces, se ponen en marcha mecanismos patogénicos (alteraciones fisiológicas, ya sean biofísicas o bioquímicas; cambios morfológicos, de organelos celulares, células, tejidos, órganos, aparatos o sistemas; y desórdenes psicológicos o emocionales, tales como ansiedad, distimia, depresión, obsesión-compulsión, fobias, etc.), que conducen a enfermedad⁽¹⁻³⁾. Y cuando el ser humano en cuestión se hace consciente de su enfermedad experimenta síntomas, y su enfermedad se convierte en dolencia⁽²⁾.

Esencia real del diagnóstico.

Como lo hemos mencionado también varias veces con anterioridad, pensamos que diagnosticar no es simplemente poner nombre o etiqueta al problema que aqueja a un paciente, ni tampoco sólo diferenciarlo de otros problemas similares (diagnóstico diferencial). Diagnosticar es, esencialmente, dilucidar en la forma más completa posible los factores determinantes del problema, con el propósito de llegar a controlarlo mejor^(1,2). Y el proceso dilucidatorio empieza con el análisis de los síntomas y conjuntos de síntomas (síndromes) a través de los cuales se manifiesta el problema del paciente^(1,2).

Por las razones expuestas, siempre nos ha llamado la atención que la mayoría de las publicaciones médicas se refiera a enfermedades y, muy pocas de ellas, a síntomas y síndromes. Es por esto que pensamos que podía ser valioso llevar

a cabo un proyecto para estudiar especialmente los síntomas y síndromes del tracto gastrointestinal más importantes.

En realidad, ya desde hace varios años hemos estado estudiando síntomas y síndromes, como diarrea crónica, flatulencia, dolor abdominal recurrente, estreñimiento y dispepsia⁽⁷⁻¹¹⁾. A través de esos años nos hemos convencido también, como lo vamos a ver luego, de que la clasificación de los trastornos de salud en general, y sobre todo de los trastornos digestivos, en “orgánicos” y “funcionales” es un error que debería corregirse.

De otro lado, también a través del tiempo, hemos encontrado que en la literatura sobre síntomas y síndromes gastrointestinales se cometen muchos errores en su definición, la terminología con la que se hace referencia a ellos, y sus clasificaciones⁽¹¹⁻¹⁴⁾ (y sospechamos que todo esto es debido a historias clínicas y exámenes físicos poco cuidadosos); errores que, según hemos podido comprobar, influyen negativamente en la dilucidación de los mecanismos fisiopatológicos de los trastornos y, como consecuencia, en el manejo adecuado de los mismos. Tratando de corregir los desaciertos mencionados, es que decidimos abordar preferencial y críticamente esos aspectos del problema.

Clasificación de los trastornos gastrointestinales en “orgánicos” y “funcionales”.

Ahora, como ya lo habíamos adelantado, vamos a dejar bien clara nuestra posición sobre la clasificación de los trastornos de salud en general, y sobre todo de los trastornos gastrointestinales, en “orgánicos” y “funcionales”.

Se califica como trastorno “orgánico” a aquél que tiene de base una lesión anatómica o, por lo menos, una alteración bioquímica demostrable^(15,16). Y como “funcional”, a aquél que, por el contrario, no tiene ni una lesión anatómica ni una alteración bioquímica demostrable de base^(15,16). En los trastornos “funcionales” se tiende a sospechar más que en los “orgánicos” la participación de factores determinantes de tipo emocional, a pesar de que, como se sabe, éstos también están frecuentemente presentes en trastornos “orgánicos”.

Desde hace bastante tiempo, nos hemos opuesto a la clasificación de los trastornos de salud en general y, sobre todo, de los trastornos gastrointestinales, en “orgánicos” y “funcionales”, aportando diversas razones^(1,11,14-16).

En primer lugar, si la palabra “orgánico” se refiere a órgano y la palabra “funcional” a función, ¿en qué trastorno no hay alteración en la función de algún órgano?

Pero la cosa no queda solamente en esto, que pudiera ser catalogado despectivamente como un simple juego de palabras.

Pensamos que la clasificación de los trastornos gastrointestinales en “orgánicos” y “funcionales” es totalmente arbitraria. Así, por ejemplo, meteorismo, dolor abdominal y diarrea inducidos por malabsorción de lactosa constituyen un trastorno “orgánico”, porque a pesar de que en él no hay lesión anatómica de base sí está presente una deficiente actividad de lactasa en la mucosa intestinal, y la enzima lac-

tasa es una substancia química demostrable. En cambio, los mismos síntomas, esto es, meteorismo, dolor abdominal y diarrea como manifestaciones de depresión son de inmediato catalogados como trastorno "funcional". Y entonces nos preguntamos: ¿son posibles depresión y sus manifestaciones sin participación de neurotransmisores, como son serotonina, catecolaminas, endorfinas, etc.^{(17)?} Y los neurotransmisores, ¿no son acaso substancias químicas?

En la mayoría de pacientes que atendemos hay combinación de lo que se acepta como trastorno "orgánico" y como trastorno "funcional". Un ejemplo claro es el de un paciente con diarrea crónica que al ser estudiado se encuentran en él, como factores determinantes del trastorno, giardiasis, sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado, malabsorción de lactosa y depresión. Almy⁽¹⁸⁾ reconoce este hecho y sugiere que se haga diagnóstico en una forma similar a la siguiente: "el paciente tiene diarrea crónica que es en parte "orgánica" y en parte "funcional"; es "orgánica" porque tiene como factores determinantes los tres primeros antes mencionados, y "funcional" porque tiene además depresión". ¿No sería más lógico decir simplemente: "la diarrea crónica del paciente tiene, como factores determinantes, giardiasis, sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado, malabsorción de lactosa, y depresión?"⁽¹⁶⁾.

La experiencia que tenemos es que la clasificación de los trastornos gastrointestinales en "orgánicos" y "funcionales" daña la atención de los pacientes, porque los que tienen un trastorno "funcional" son tratados con menos dedicación que los que tienen un trastorno "orgánico". Y, finalmente, la clasificación también retarda el progreso en la investigación de los factores determinantes de los trastornos "funcionales". Si no se comprende a fondo lo que los ocasiona, sería mejor y más estimulante aplicarles el calificativo de "idiopáticos" (o de causa desconocida), porque eso promovería mayor investigación sobre su etiopatogenia. Por este motivo, en un trabajo anterior sobre dispepsia mal llamada "funcional", empleamos el calificativo de "idiopática"⁽¹⁴⁾.

Tenemos la esperanza de que algún día se decida suprimir la clasificación tan absurda de los trastornos de salud en "orgánicos" y "funcionales".

Objetivos de la presente y futuras comunicaciones.

Por las razones expuestas, nos dedicamos, pues, a estudiar a fondo síntomas y síndromes gastrointestinales, revisando críticamente lo que es aceptado para ellos, especialmente en consensos tales como, p.ej., los Consensos Roma II⁽¹⁹⁾ y Roma III⁽²⁰⁾, y tratando de dilucidar mejor sus mecanismos fisiopatológicos con el propósito de controlarlos en forma más eficiente.

Profundizamos, por lo tanto, con gran dedicación, el estudio de síntomas y síndromes gastrointestinales denominados: dispepsia y reflujo gastroesofágico, flatulencia, dolor abdominal recurrente, síndrome de intestino irritable, estreñimiento, diarrea crónica, etc. Con ayuda de colegas y estudiantes interesados en investigación hemos obtenido ya⁽⁷⁻¹⁴⁾, y esperamos seguir obteniendo, progresos en el tema. En la presente y futuras comunicaciones, trataremos de exponer lo que hemos logrado hasta el momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LEÓN-BARÚA, R. Una visión multifactorial de la medicina. Trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina. Sesión del 27 de octubre de 1988. Anales, Academia Nacional de Medicina (Lima, Perú), 1996-1997; p. 85-90.
2. LEÓN-BARÚA, R. La esencia real del diagnóstico. Diagnóstico (Lima), 1999; 38 (3): 141-3.
3. LEÓN-BARÚA, R. Causalidad en medicina. Bol Soc Per Med Int, 2000; 13: 159-64.
4. VON BERTALANFFY, L. Perspectivas en la teoría general de sistemas. Traducción al castellano de A. Santisteban. Madrid: Alianza Editorial, S.A., 1979.
5. VON BERTALANFFY, L. Teoría general de los sistemas. Traducción al castellano de J. Almela. México: Fondo de Cultura Económica, 1998.
6. RÖSSLE, R. Causas internas de la enfermedad. En: ASCHOFF, L, editor. Tratado de anatomía patológica. Segunda edición. Traducción de la octava edición alemana por J.G. Sánchez-Lucas. Tomo I. Barcelona: Editorial Labor, S.A. 1950; p. 3-62.
7. LEÓN-BARÚA, R. Sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado como factor determinante de diarrea crónica y malabsorción. Aceptado para publicación por la Sociedad de Gastroenterología del Perú.
8. LEÓN-BARÚA, R. Flatulencia. Rev Gastroenterol (Lisboa), 1988; 5: 123-34.
9. LEÓN-BARÚA, R. Del diagnóstico a la investigación en medicina. Con mención especial de estudios llevados a cabo para dilucidar la patogenia del meteorismo. Diagnóstico (Lima), 1999; 38 (6): 293-6.
10. LEÓN-BARÚA, R. Flatulencia. Rev Gastroenterol Perú, 2002; 22: 234-42.
11. LEÓN-BARÚA, R. Enjuiciamiento crítico de los trastornos digestivos funcionales, avances en su estudio y propuestas para ulteriores desarrollos. Diagnóstico (Lima), 2003; 42 (5 y 6): 239-43.
12. LEÓN-BARÚA, R., BERENDSON-SEMINARIO, R., BIBER-POILLEVARD, M. Enjuiciamiento de la definición y clasificación actuales de la dispepsia. Criticism to the current definition and classification of dyspepsia. AIGE, 2001; año IV (2): 22-5.
13. BISBAL-MURRUGARRA, O., LEÓN-BARÚA, R., BERENDSON-SEMINARIO, R., BIBER-POILLEVARD, M. A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia. Acta Gastroenterol Lat Amer, 2002; 32: 25-8.
14. YOMONA-HERNÁNDEZ, J.L., VICENTE-RÍOS, P., LEÓN-BARÚA, R., y col. Gastric emptying rates in idiopathic dyspepsia with and without "hunger pain". Acta Gastroenterol Lat Amer, 2003; 33: 129-32.
15. LEÓN-BARÚA, R. Definición de lo que se acepta por trastorno digestivo "orgánico" y trastorno digestivo "funcional". Arq Gastroenterol (S. Paulo), 1980; 17 (3): 161-6.

16. LEÓN-BARÚA, R. Editorial; The classification of digestive problems into "organic" and "functional" should be abandoned. *J Clin Gastroenterol*, 1991; 13 (1): 8-10.
17. MARSDEN, C.D. The emotion of pain and its chemistry. In: WOLSTENHOLME, G., and O'CONNOR, M., editors. *Brain and mind*. Ciba Foundation Symposium 69 (New series). Amsterdam: Excerpta Medica, 1979; p. 305-13.
18. ALMY, T.P. The gastrointestinal tract in man under stress. In: SLEISENGER, M.H., and FORDTRAN, J.S., editors. *Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1973; p. 3-12.
19. TALLEY, N.J., and THE WORKING TEAM FOR FUNCTIONAL GASTRODUODENAL DISORDERS. Functional gastroduodenal disorders. In: DROSSMAN, D.A., editor. *The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology, and treatment*. Boston: Little, Brown and Company, 1994; p. 71-113.
20. DROSSMAN, D.A., et al. Rome III. The functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 2006; 130 (N° 5): 1377-1556.