

Definición y aspectos epidemiológicos de la dispepsia funcional

Aurelio López-Colombo 

Dirección de Educación e Investigación, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, Puebla, México

Resumen

La dispepsia funcional es una condición médica que afecta significativamente las actividades habituales de un individuo y se caracteriza por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: plenitud posprandial, saciedad temprana, dolor epigástrico y ardor epigástrico, en ausencia de enfermedad orgánica, sistémica y metabólica. Es una afección muy frecuente, con una prevalencia global del 7.2%. En los países latinoamericanos, su prevalencia oscila entre el 6.6% y el 10.6%. Existen dos subgrupos de dispepsia funcional: el síndrome de distrés posprandial y el síndrome de dolor epigástrico; sin embargo, existe sobreposición de ambos hasta en una tercera parte de los casos. Estos subgrupos tienen mecanismos fisiopatológicos y respuesta al tratamiento diferentes. La dispepsia funcional se asocia a una peor calidad de vida y tiene un impacto significativo en los costos sanitarios.

Palabras clave: Dispepsia funcional. Síndrome de distrés posprandial. Síndrome de dolor epigástrico. Prevalencia. Diagnóstico.

Functional dyspepsia, definition and epidemiology

Abstract

Functional dyspepsia has been defined as medical condition that significantly impacts on the usual activities of a patient, and is characterized by one or more of the following symptoms: postprandial fullness, early satiation, epigastric pain, and epigastric burning, without evidence of organic, systemic, or metabolic disease. It is a frequent entity with a global prevalence of 7.2%. In Latin America, prevalence is reported from 6.6% to 10.6%. There are two subgroups of functional dyspepsia: postprandial distress syndrome and epigastric pain syndrome; however, there is overlap between them even in one third of cases. These subgroups have different pathophysiology and different response to therapy. Functional dyspepsia is associated to poor quality of life and it has an impact in health costs.

Keywords: Functional dyspepsia. Postprandial distress syndrome. Epigastric pain syndrome. Prevalence. Diagnosis.

Correspondencia:

Aurelio López-Colombo
E-mail: lopez_colombo@yahoo.com

Fecha de recepción: 30-06-2025

Fecha de aceptación: 06-08-2025

DOI: 10.24875/CGM.25000017

Disponible en línea: 08-10-2025

Clín. Gastroenterol. Méx. 2025;1(2):116-120

www.clinicsgastroenterologiademexico.com

3081-4928 / © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Definición y criterios diagnósticos

En mayo de 2016, la Fundación de Roma (un grupo internacional de expertos) publicó en la revista *Gastroenterology* un suplemento dedicado a los trastornos funcionales gastrointestinales, que a partir de ese momento fueron redefinidos como trastornos de la interacción intestino-cerebro. En ese suplemento se presentó la última actualización de los criterios de Roma: los criterios de Roma IV, que incluyeron ocho categorías. La categoría B correspondió a los trastornos gastroduodenales y en ella se ubicó a la dispepsia funcional (DF), que fue definida como una condición médica que afecta significativamente las actividades habituales de un individuo y que se caracteriza por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: plenitud posprandial, saciedad temprana, dolor epigástrico y ardor epigástrico, en ausencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica^{1,2}.

En esta actualización de los criterios de Roma para la dispepsia se hace énfasis en los dos subgrupos que la conforman: el síndrome de distrés posprandial (SDP) y el síndrome de dolor epigástrico (SDE). Se sugiere hacer la distinción entre ellos porque no solo parecen tener mecanismos fisiopatológicos diferentes, sino también distintos tratamientos. El SDP se refiere a síntomas relacionados con la ingestión de alimentos, como lo son primordialmente la plenitud posprandial y la saciedad temprana, aunque también se pueden presentar náuseas, dolor y ardor. El SDE, en cambio, no se relaciona necesariamente con el consumo de alimentos, se puede presentar en ayuno e incluso mejorar con la ingesta de alimentos. La presencia de distensión epigástrica, eructos y náuseas, aunque no se consideran síntomas cardinales de dispepsia, pueden estar presentes y se consideraran como síntomas complementarios¹. Cabe señalar que entre los dos tipos de dispepsia puede haber sobreposición en el 16-35% de los pacientes, y aparentemente este grupo es el que cuenta con una mayor afectación de los mecanismos fisiopatológicos^{3,4}.

Los próximos criterios diagnósticos de Roma están programados para su publicación en 2026. Es posible que la distinción entre estos dos subgrupos de dispepsia sea aún mayor y que se incluyan marcadores fisiopatológicos subyacentes que permitan ofrecer tratamiento dirigido y no sólo manejo según los síntomas, e identificar grupos que respondan a intervenciones específicas⁵. Los criterios diagnósticos actuales se describen en la tabla 1.

Como es de notar, en estos criterios, para poder establecer el diagnóstico de DF se requiere una evaluación para descartar alteraciones estructurales, por lo que es indispensable la realización de una endoscopia. Sin embargo, por tratarse de un método invasivo y que aumenta los costos de la atención, solo está justificada en ciertas circunstancias. Se denomina dispepsia no investigada aquella en la que el paciente reúne los criterios diagnósticos, pero no se le ha realizado una endoscopia, y existen estrategias de manejo para estos casos. Aproximadamente el 80% de los pacientes no presentan alteraciones en la endoscopia que justifiquen sus síntomas, y se clasifican como DF⁶. Se denomina dispepsia orgánica o dispepsia secundaria cuando se encuentran alteraciones estructurales que justifiquen los síntomas, tales como enfermedad ulcerosa péptica o cáncer¹.

La estrategia de probar y tratar se refiere a la realización de pruebas no invasivas para detectar *Helicobacter pylori* y tratarlo en caso de ser positivas. Esta estrategia es la recomendada por la mayor parte de las guías de práctica clínica para los pacientes con dispepsia no investigada, por dos motivos. En primer lugar, esta estrategia curaría a la mayoría de los pacientes con úlcera péptica asociada a *H. pylori*. En segundo lugar, aun en ausencia de enfermedad ulcerosa, el tratamiento de erradicación parece mejorar de manera sostenida a un grupo de pacientes. Esto se puede deber a que la causa de los síntomas sea inducida por cambios generados por la presencia de la bacteria en el estómago o por efecto del uso de antibióticos, que va más allá de la sola erradicación de *H. pylori*. En estos casos se considera que se trata de una dispepsia secundaria, asociada a *H. pylori*. Algunos autores consideran que únicamente se debe establecer el diagnóstico de DF en los casos en los que haya persistencia o recurrencia de los síntomas posterior a la erradicación^{1,7}.

Prevalencia global y en Latinoamérica

En el año 2021, la Fundación de Roma publicó los resultados de un estudio epidemiológico global que tuvo como objetivo determinar la prevalencia mundial y el impacto de los trastornos de la interacción intestino-cerebro. Participaron 33 países de todos los continentes. Además de los criterios diagnósticos de Roma IV, se aplicaron varios cuestionarios para identificar variables asociadas a los trastornos de la interacción intestino-cerebro. En 24 países, las encuestas se realizaron a través de Internet, en siete mediante

Tabla 1. Criterios diagnósticos de Roma IV – Dispepsia Funcional

Entidad	Criterios diagnósticos	Notas/Datos de apoyo
Dispepsia funcional (DF)	Uno o más de los siguientes: Plenitud posprandial molesta Saciedad temprana Dolor epigástrico Ardor epigástrico Sin evidencia de enfermedad estructural que explique los síntomas (incluye endoscopia) Síntomas presentes ≥ 3 meses, inicio ≥ 6 meses antes del diagnóstico	Para clasificar: Síndrome de distrés posprandial (SDP) Síndrome de dolor epigástrico (SDE)
B1a. Síndrome de distrés posprandial (SDP)	Al menos 1 de los siguientes ≥ 3 días/semana: Plenitud posprandial molesta (interfiere en actividades habituales) Saciedad temprana molesta (evita terminar una comida de tamaño normal) Sin enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que lo explique Síntomas presentes en los últimos 3 meses, inicio ≥ 6 meses antes	Pueden coexistir: dolor/ardor epigástrico, distensión epigástrica, eructos excesivos, náusea La pirosis no es síntoma dispéptico (puede coexistir) Síntomas que se alivian con evacuación o gases no son DF Puede coexistir con ERGE o SII
B1b. Síndrome de dolor epigástrico (SDE)	Al menos 1 de los siguientes ≥ 1 día/semana: Dolor epigástrico molesto (interfiere en actividades habituales) Ardor epigástrico molesto (interfiere en actividades habituales) Sin enfermedad estructural que lo explique (incluye endoscopia) Síntomas presentes en los últimos 3 meses, inicio ≥ 6 meses antes.	El dolor puede ser inducido o aliviado por alimentos, pero puede presentarse en ayunas Puede coexistir: distensión epigástrica, eructos, náusea Pirois no es síntoma dispéptico (puede coexistir) El dolor no debe cumplir criterios de dolor biliar. Otros síntomas (ERGE, SII) pueden coexistir

Traducida de Stanghellini et al.¹.

entrevistas domiciliarias y en tres se hicieron de ambas formas. La DF fue el trastorno gastroduodenal más frecuente, con una prevalencia del 7.2% (7.1-7.4%) en las encuestas vía Internet y del 4.8% (4.5-5.1%) en las entrevistas domiciliarias. El SDP fue el subtipo más frecuente y se presentó en el 66% de las encuestas por Internet y en el 59.5% en las entrevistas domiciliarias. El SDE se presentó en el 15.3% y el 28.1%, y la superposición de SDP y SDE en el 18.1% y el 12.4%, respectivamente. La tasa promedio de DF fue mayor en las mujeres que en los hombres, con una razón de momios (OR, *odds ratio*) de 1.5 (1.5-1.7). Ambos subtipos de DF fueron más frecuentes en personas jóvenes y las tasas disminuyeron con la edad⁸. El 26% de los individuos que reunieron criterios para DF también tenían criterios para síndrome de intestino irritable, el 9% para pirosis funcional y el 7% para náusea y vómito crónico. Reunir criterios para DF se asoció de manera significativa a un incremento en la prevalencia de ansiedad y depresión, y a una menor calidad de vida. Cumplir criterios para DF también se asoció con un diagnóstico más frecuente de fibromialgia y con una mayor frecuencia de colecistectomía, histerectomía y apendicectomía⁹.

Cuatro países latinoamericanos participaron en el estudio epidemiológico global de la Fundación de Roma. De estos, Brasil presentó la prevalencia más alta, un 10.6 % (9.2-11.9%), seguido por Colombia con un 7.2% (6-8.3%), Argentina con un 6.9% (5.8-8.0%) y México con un 6.6% (5.5-7.7 %). En los cuatro países, el subtipo más frecuente fue el SDP¹⁰.

El estudio de la Fundación de Roma es particularmente valioso porque en el mismo periodo de tiempo se realizaron las mismas encuestas con la misma metodología en diferentes regiones del mundo. Aunque se encontraron diferencias entre países, estas no fueron tan radicales como las reportadas en otros estudios y metaanálisis.

Por otro lado, se debe considerar que, al tratarse de encuestas por Internet o aplicadas en visitas domiciliarias, las prevalencias que se reportan realmente corresponden a dispepsia no investigada, ya que no se realizaron estudios para descartar patología orgánica. Un metaanálisis abordó precisamente la prevalencia y los factores de riesgo de dispepsia no investigada¹¹. En un total de 103 trabajos evaluados que reportaron la prevalencia de dispepsia no

investigada en 100 poblaciones distintas y que incluyeron más de 312,000 individuos, la prevalencia combinada fue del 20.8% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 17.8-23.9%). Las prevalencias oscilaron entre 1.8% y 57.0%, dependiendo del país y de los criterios empleados; fueron menores cuando se emplearon los criterios de Roma III y mayores cuando se consideraron definiciones más amplias de dispepsia¹¹.

Factores de riesgo

En el metaanálisis de Ford et al.¹¹, cuyo objetivo fue establecer la prevalencia global y los factores de riesgo para dispepsia no investigada, la prevalencia fue mayor en las mujeres (OR: 1.24; IC 95% 1.13-1.36), los fumadores (OR: 1.25; IC 95%: 1.12-1.40), los consumidores de antiinflamatorios no esteroideos (OR: 1.59; IC 95%: 1.27-1.99) y los individuos con prueba positiva para *H. pylori* (OR: 1.18; IC 95%: 1.04-1.33). En un estudio longitudinal, un índice de masa corporal alto fue un predictor independiente para el desarrollo de DF. La comorbilidad psiquiátrica parece ser un factor de riesgo relevante. Un estudio sueco mostró que la posibilidad de desarrollar DF fue ocho veces mayor en individuos con ansiedad que en individuos que no la presentaban. Dos estudios longitudinales australianos mostraron una relación bidireccional entre el intestino y el cerebro: los pacientes con DF al inicio del estudio tuvieron más posibilidad de desarrollar ansiedad y depresión durante el seguimiento que aquellos sin DF. Por otra parte, los individuos con ansiedad y depresión al inicio del seguimiento tuvieron más posibilidad de desarrollar DF que los que no padecían ansiedad y depresión. Otro metaanálisis que incluyó 19 estudios mostró que la posibilidad de desarrollar DF fue tres veces mayor en los individuos que cursaron con alguna infección gastrointestinal en comparación con los que no la padecieron⁶. Finalmente, un metaanálisis de 16 estudios mostró que el consumo de trigo y grasas en la dieta se asoció a la presencia de síntomas dispépticos¹².

Impacto en calidad de vida y los costos en salud

Un estudio epidemiológico realizado a través de Internet en población general angloparlante de los Estados Unidos de América, Canadá y el Reino Unido identificó unas prevalencias de DF del 12%, el 8% y el

8%, respectivamente, de una población de 6300 encuestados. Este estudio mostró también que los individuos con DF tuvieron un mayor deterioro de la salud y un mayor uso de los servicios de salud¹³. Estos resultados son concordantes con lo reportado en el estudio global de la Fundación de Roma, en el que los individuos que reunieron criterios para DF tuvieron puntajes de calidad de vida, física y mental, significativamente menores en el PROMIS Global-10 que el resto de la población⁹.

El impacto económico de la DF es más alto en los Estados Unidos de América que en Asia debido a los costos directos e indirectos: en los Estados Unidos de América se estima un gasto de 80,000 dólares por 1000 personas, frente a 35,000 dólares por 1000 personas en Asia⁶.

Conclusiones

La DF es una condición que se caracteriza por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: plenitud posprandial, saciedad temprana, dolor epigástrico y ardor epigástrico, en ausencia de enfermedad orgánica. Es una afección frecuente, con una prevalencia global del 7.2%, e impacta significativamente en la calidad de vida de quienes la padecen y en los costos de atención médica. Es importante distinguir entre sus dos subgrupos, no solo porque sus mecanismos fisiopatológicos son diferentes, sino porque también lo son las respuestas al tratamiento. En la actualidad se emplean los criterios de Roma IV para su diagnóstico; aunque es fundamental realizar una endoscopia para descartar enfermedad estructural, solo está indicada en ciertos casos. Para la dispepsia no investigada, las guías proponen estrategias de manejo.

Financiamiento

El autor declara no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

El autor ha sido ponente para Laboratorios Chinoin, Europharma y M8.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han

realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. El autor declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150:1380-92.
2. Wauters L, Dickman R, Drug V, Mulak A, Serra J, Enck P, et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. *United European Gastroenterol J*. 2021;9:307-31.
3. Talley NJ, Ford AC. Functional dyspepsia. *N Engl J Med*. 2015;373:1853-63.
4. Cheng J, Guo J, Xu L, Shi Z, Xu F, Xu Y, et al. The overlap subgroup of functional dyspepsia exhibits more severely impaired gastric and autonomic functions. *J Clin Gastroenterol*. 2024;58:31-8.
5. Wauters L, Talley NJ, Walker MM, Tack J, Vanuytsel T. Novel concepts in the pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. *Gut*. 2020;69:591-600.
6. Ford AC, Mahadeva S, Carbone MF, Lacy BE, Talley NJ. Functional dyspepsia. *Lancet*. 2020;396:1689-702.
7. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Shulz C, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. 2022 Aug 8;gutjnl-2022-327745. doi: 10.1136/gutjnl-2022-327745. Epub ahead of print. PMID: 35944925.
8. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders. Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021;160:99-114.e3.
9. Tack J, Palsson OS, Bangdiwala SI, Schol J, Carbone F, Van Den Houste K, et al. Functional dyspepsia and its subgroups: prevalence and impact in the Rome IV Global Epidemiology Study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2025;62:330-9.
10. Schmulson MJ, Puentes-Leal GA, Bustos-Fernández L, Francisconi C, Hani A, López-Colombo A, et al. Comparison of the epidemiology of disorders of gut-brain interaction in four Latin American countries: results of The Rome Foundation Global Epidemiology Study. *Neurogastroenterol Motil*. 2023;35:e14569.
11. Ford AC, Marwaha A, Sood R, Moayyedi P. Global prevalence of and risk factors for uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut*. 2015;64:1049-57.
12. Duncanson KR, Talley NJ, Walker MM, Burrows TL. Food and functional dyspepsia: a systematic review. *J Hum Nutr Diet*. 2018;31:390-407.
13. Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, Sperber AD, Whitehead WE, Simren M. Epidemiology, clinical characteristics, and associations for symptom-based Rome IV functional dyspepsia in adults in the USA, Canada, and the UK: a cross-sectional population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018;3:252-62.