

Dispepsia funcional y sobreposición con otros trastornos de la interacción cerebro-intestino

Marina A. González-Martínez* y Juan P. Ochoa-Maya

Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Departamento de Endoscopia, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Resumen

Los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC) se definen como una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes, sin una alteración estructural o bioquímica que los origine. Los diferentes trastornos afectan distintas regiones del tracto digestivo y pueden ocurrir frecuentemente en el mismo paciente. La sobreposición de síntomas y la evidencia de características fisiopatológicas comunes sugieren que los diversos TIIC podrían ser diferentes presentaciones de una misma enfermedad. Los TIIC tienen una alta prevalencia en la población y un tercio de los pacientes presentan sobreposición de síntomas. La dispepsia funcional, altamente prevalente, muestra sobreposición con el reflujo gastroesofágico, el síndrome de intestino irritable y el estreñimiento crónico. La sobreposición de estas afecciones conlleva una mayor gravedad de los síntomas, y existe una asociación directa entre el número de trastornos funcionales y el aumento en la somatización, una peor calidad de vida y una mayor utilización de recursos de salud. En los pacientes con dispepsia funcional debe realizarse un interrogatorio detallado para identificar otros posibles TIIC que indiquen sobreposición. Además, es importante evaluar la presencia de comorbilidad psicológica, como ansiedad, depresión y somatización, ya que su atención siempre será relevante en el tratamiento de estos pacientes. No existe una guía para la práctica sistematizada de estudios diagnósticos en pacientes con sobreposición. La presencia de múltiples síntomas no necesariamente debe conducir a estudios adicionales. La sobreposición de los TIIC representa una mayor dificultad para establecer un plan de tratamiento.

Palabras clave: Dispepsia funcional. Sobreposición. Trastornos de la interacción intestino-cerebro.

Functional dyspepsia and overlapping disorders of gut-brain interaction

Abstract

Disorders of the gut-brain interaction (DGBI) are defined as a variable combination of chronic or recurrent gastrointestinal symptoms without a structural or biochemical alteration causing them. Different disorders affect various regions of the digestive tract and can frequently occur in the same patient. The overlap of symptoms and evidence of common pathophysiological characteristics suggest that the various DGBI could be different presentations of the same disease. DGBI have a high prevalence in the population, and one-third of them present symptom overlap. Functional dyspepsia, which is highly prevalent, overlaps with gastroesophageal reflux disease, irritable bowel syndrome and chronic constipation. The overlap of these conditions leads to greater symptom severity, and there is a direct association between the number of functional disorders and increased somatization, poorer quality of life, and higher healthcare resource utilization. In patients with functional dyspepsia, a detailed medical history should be conducted to identify other possible DGBI indicating overlap. Additionally, it is important

*Correspondencia:

Marina A. González-Martínez

E-mail: marinagonzalezmx@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 03-06-2025

Fecha de aceptación: 18-07-2025

DOI: 10.24875/CGM.25000008

Disponible en línea: 08-10-2025

Clín. Gastroenterol. Méx. 2025;1(2):156-164

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/>).

to assess the presence of psychological comorbidity, such as anxiety, depression, and somatization, as addressing them will always be relevant in the treatment of these patients. There is no systematic practice guideline for diagnostic studies in patients with overlap. The presence of multiple symptoms does not necessarily warrant additional studies. The overlap of DGBI represents a greater challenge in establishing a treatment plan.

Keywords: Functional dyspepsia. Overlapping. Disorders of gut-brain interaction.

Introducción

Los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC), antes conocidos como trastornos funcionales gastrointestinales, son altamente prevalentes en la población general. Se caracterizan por síntomas gastrointestinales crónicos sin causa orgánica evidente y reflejan una alteración en la comunicación bidireccional cerebro-intestino¹.

Definición de dispepsia funcional

El Consenso de Roma IV define la dispepsia funcional (DF) como la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: plenitud posprandial, saciedad temprana, dolor o ardor epigástrico, sin evidencia de una patología orgánica que explique dichos síntomas tras la realización de una endoscopia, con un tiempo de evolución de 6 meses y síntomas presentes en los últimos 3 meses².

La DF se clasifica en dos subtipos: síndrome de dolor epigástrico (SDE) y síndrome de distrés posprandial (SDP). Es el trastorno gastroduodenal más frecuente y cabe señalar que más de un tercio de los pacientes con DF presentan una superposición de SDE y SDP³.

Trastornos de la interacción intestino-cerebro

Los TIIC son definidos por los criterios de Roma IV como una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes sin evidencia de una alteración estructural o bioquímica que los justifique. Estos síntomas se originan a partir de una compleja interacción de múltiples factores y son consecuencia de alteraciones en la función gastrointestinal debido a un trastorno en la integración bidireccional del eje cerebro-intestino¹. En los adultos, los TIIC se agrupan en 33 trastornos distintos, clasificados en seis regiones anatómicas.

La sobreposición se refiere a la presencia simultánea de síntomas relacionados con diferentes regiones del tracto gastrointestinal. La sobreposición de TIIC es un fenómeno muy frecuente en la práctica clínica y ha sido ampliamente documentado en la literatura médica.

Prevalencia y relevancia de la sobreposición

Se han reportado porcentajes variables de sobreposición entre los TIIC, dependiendo de la población estudiada, los criterios diagnósticos empleados y los métodos utilizados para la recolección de datos.

Se investigó la prevalencia global y los factores asociados a 22 tipos de TIIC en 33 países distribuidos en seis continentes, utilizando los cuestionarios diagnósticos de Roma IV y Roma III para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable (SII). Este estudio multinacional a gran escala incluyó 54,127 adultos y reveló que más del 40% de las personas en todo el mundo presentan algún TIIC. El segundo TIIC más frecuente fue la DF, con una prevalencia del 7.2%⁴.

Un estudio poblacional investigó la sobreposición de TIIC específicos: DF, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), SII con estreñimiento (SII-E) y estreñimiento crónico (EC). La prevalencia de DF fue del 27%. Entre los encuestados, el 60.3% reportaron presentar una condición, el 31.5% indicaron tener dos condiciones y el 8.2% manifestaron tener tres condiciones⁵. La intensidad de los síntomas aumentó proporcionalmente al número de trastornos presentes: el 28.6% reportaron síntomas graves con una sola condición, el 50.7% con dos condiciones y el 69.6% con tres condiciones. La disminución de la productividad laboral aumentó con la sobreposición de TIIC. Asimismo, se observó un mayor frecuencia de consultas en los últimos 12 meses: el 43.7% en pacientes con una condición, el 49.9% con dos condiciones y el 66.5% con tres condiciones. Las combinaciones más frecuentes de sobreposición fueron DF con ERGE (16%), DF con EC (7%) y DF con SII-E (5%) (Fig. 1).

En México se realizó el estudio SIGAME 2 (*Síntomas Gastrointestinales en México*), en el que se evaluó a 1000 pacientes que acudieron a consulta de gastroenterología en diversos Estados de la República. El estudio identificó sobreposición de dispepsia y ERGE en el 8.1% de los casos, dispepsia y SII en el 3.1%, y la coexistencia de los tres trastornos en el 3.1%. Es importante destacar que, en todos los casos de sobreposición de TIIC, la prevalencia fue mayor en las mujeres⁶.

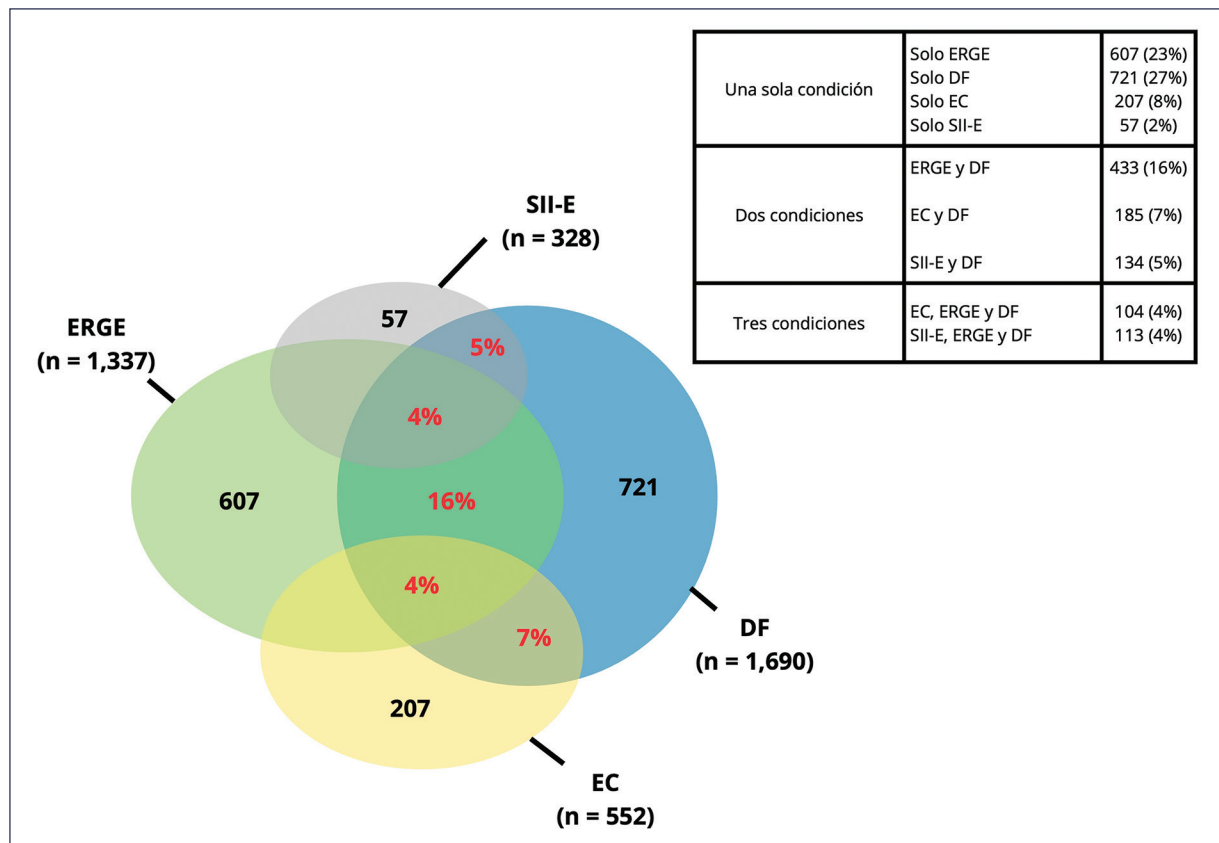


Figura 1. Prevalencia y sobreposición de los trastornos de la interacción intestino-cerebro. Sobreposición de dispepsia funcional (DF) con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), síndrome de intestino irritable con estreñimiento (SII-E) y estreñimiento crónico (EC) (*adaptada de Vakil et al.⁵*).

En otro estudio, realizado en una muestra representativa de tres países de habla inglesa, se evaluaron la prevalencia y el impacto de la sobreposición de TIIC, de acuerdo con los criterios de Roma IV. Las comparaciones se realizaron entre personas con diagnóstico de TIIC, controles sanos y pacientes con enfermedades orgánicas. El 35% de los participantes presentaron síntomas compatibles con TIIC. El 36% de ellos presentaban síntomas en más de una región anatómica, lo que se asoció con niveles más altos de somatización, peor calidad de vida física y mental, mayor uso de terapias y más cirugías abdominales. De forma notable, estos pacientes presentaron mayor deterioro de la calidad de vida y más somatización que aquellos con enfermedades orgánicas⁷.

Muchos estudios sobre la coexistencia de los TIIC se han basado en muestras no representativas de la población general. En contraste, el antes mencionado estudio multinacional a gran escala realizado en 26 países fue motivo de una segunda publicación, cuyo objetivo principal fue evaluar la prevalencia y el impacto

de la sobreposición de TIIC. El estudio reveló que el 40.3% de los individuos encuestados cumplían los criterios de Roma IV para algún TIIC. La distribución según el número de regiones afectadas fue la siguiente: el 68.3% una región, el 22.3% dos regiones, el 7.1% tres regiones y el 2.3% cuatro regiones⁸. Se observó que la somatización, la ansiedad y la depresión aumentaban significativamente conforme se incrementaba el número de regiones afectadas. Del mismo modo, aumentaban las visitas médicas y el uso de medicamentos. La calidad de vida mostró una disminución progresiva con el aumento de la sobreposición regional de los TIIC (Fig. 2). Como en otros estudios previos, se enfatiza que la presencia de psicopatología es común en los TIIC que afectan múltiples regiones y se asocia a una mayor utilización de los servicios de salud.

Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis de 46 estudios de TIIC, con el objetivo de comparar la prevalencia de sobreposición entre estudios poblacionales, de atención primaria y de atención terciaria. Los autores encontraron que aproximadamente un tercio de

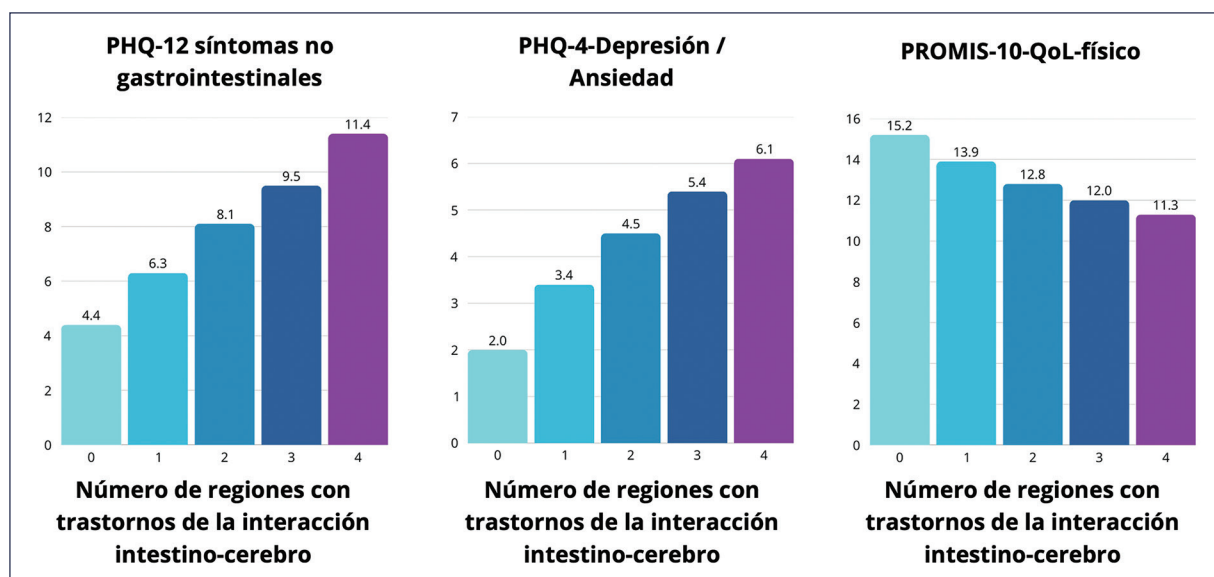


Figura 2. Relación entre el número de regiones afectadas en los pacientes con sobreposición de trastornos de la interacción intestino-cerebro con síntomas no gastrointestinales (PHQ-12 somatización), ansiedad y depresión (PHQ-4) y calidad de vida (PROMIS-10-QoL-físico). La somatización, la ansiedad y la depresión aumentan significativamente conforme se incrementa el número de regiones afectadas. La calidad de vida mostró una disminución progresiva con el aumento de la sobreposición (*adaptada de Sperber et al.⁸*).

los participantes presentaron sobreposición de TIIC, con una prevalencia global del 36.5% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 30.7-42.6), aunque con una considerable heterogeneidad entre los estudios. La sobreposición fue más frecuente en pacientes atendidos en centros de tercer nivel, con una prevalencia del 47.3% (IC 95%: 33.2-61.7), en comparación con los estudios realizados en población general o atención primaria, en los que la prevalencia fue del 26.5% (IC 95%: 20.5-33.4). Además, los pacientes con sobreposición presentaron una calidad de vida significativamente menor, así como mayor prevalencia de ansiedad y depresión⁹.

Dispepsia funcional y sobreposición con condiciones específicas

En un estudio realizado en China se incluyeron pacientes consecutivos que acudieron a centros de atención terciaria y que cumplían con los criterios de Roma IV para DF. Se aplicaron cuestionarios estandarizados para evaluar la ERGE, la ansiedad, la depresión, la calidad de vida y la calidad del sueño. Entre los pacientes con DF, el 50.69% presentaron sobreposición con ERGE, el 21.46% con SII y el 6.03% con EC¹⁰. El subtipo combinado de SDP/SDE fue el que con mayor frecuencia se asoció con la sobreposición a otros

trastornos funcionales. Este grupo presentó mayor frecuencia de consultas médicas, mayores costos económicos y deterioro de la calidad de vida. Se identificaron los siguientes factores de riesgo independientes para la sobreposición de DF: mayor edad, sexo femenino, bajo índice de masa corporal, antecedentes de gastroenteritis, ansiedad, depresión y mala calidad del sueño.

Estudios iniciales basados en cuestionarios han demostrado que los síntomas dispépticos son más comunes en los pacientes con síntomas frecuentes de ERGE, con una prevalencia que oscila entre el 21% y el 63%, en comparación con aquellos que presentan síntomas intermitentes o están asintomáticos¹¹.

En una investigación que incluyó 171 pacientes con ERGE se observó que el 28% presentaban sobreposición con DF de acuerdo con los criterios de Roma III. Los pacientes con coexistencia de ERGE y DF tendían a ser más jóvenes y mayoritariamente mujeres. Además, este grupo reportó una calidad de vida más deteriorada en comparación con los pacientes que solo presentaban ERGE o que tenían ERGE sobrepuesta a úlcera péptica¹².

Se ha informado que el 23% de los pacientes con DF presentan pH-metría anormal¹³.

En un estudio prospectivo en una cohorte amplia de pacientes con ERGE no erosiva (ERNE) se utilizó un

cuestionario validado de dispepsia y se realizaron estudios de pH-impedancia. Se encontró que en el 44% de los pacientes estaban presentes síntomas dispépticos clínicamente relevantes. Al clasificar a los pacientes con ERNE en tres subgrupos, según los resultados de pH-impedancia, se observaron diferencias significativas en la frecuencia de síntomas dispépticos (plenitud y saciedad): el 63% en pacientes con pirosis funcional, el 41% en aquellos con exposición esofágica anormal (ERNE «verdadera») y el 37% en pacientes con esófago hipersensible. Estos hallazgos sugieren que la sobreposición entre DF y ERGE es más pronunciada en el subgrupo con pirosis funcional¹⁴.

Dentro de la compleja fisiopatología de la DF, los datos emergentes señalan al duodeno como un integrador clave en la generación de los síntomas dispépticos. En un estudio de casos y controles realizado en Suecia se incluyeron pacientes con diagnóstico de DF a quienes se realizó una endoscopia basal con toma de biopsias duodenales, así como aplicación de cuestionarios. Diez años después, se evaluaron los síntomas de nueva aparición compatibles con ERGE. El estudio encontró que la eosinofilia duodenal en el momento del diagnóstico se asoció con un mayor riesgo de desarrollar ERGE a los 10 años de seguimiento en pacientes con DF del subtipo SDP¹⁵. Estos hallazgos sugieren que la eosinofilia duodenal podría constituir un mecanismo fisiopatológico compartido entre la DF y la ERGE, lo que apoya la hipótesis de que ciertos subtipos de ambos trastornos podrían formar parte de un mismo espectro clínico.

En la práctica clínica, la sobreposición entre TIIC, como la DF y el SII, puede pasar desapercibida. Un estudio investigó esta situación mediante el uso de cuestionarios diagnósticos, comparando los hallazgos con la documentación registrada en los expedientes médicos. Se encontró que el 64% de los pacientes presentaban sobreposición entre DF y SII según los cuestionarios, mientras que solo en el 23% estaba documentado en la historia clínica. Además, la gravedad de los síntomas fue significativamente mayor en los pacientes con sobreposición entre DF y SII en comparación con aquellos con un solo diagnóstico¹⁶. Estos resultados indican que existe una subestimación clínica de la coexistencia de TIIC, lo que puede llevar a una evaluación y un tratamiento inadecuados.

Diversos estudios han informado que la prevalencia de DF y SII en comorbilidad oscila entre el 40% y el 60%¹⁷. La coexistencia de ambos trastornos se caracteriza, típicamente, por la aparición de síntomas inducidos por la ingesta de alimentos. Se ha demostrado

que el aumento de los síntomas tras una carga de nutrientes se correlaciona con hipersensibilidad visceral, medida mediante barostato rectal, en los pacientes con SII.

En un estudio prospectivo se incluyeron 205 pacientes con SII, de los cuales 94 también cumplían criterios para DF, y se compararon con 83 voluntarios sanos. Se evaluó la gravedad de los síntomas gastrointestinales antes y 15 minutos después de la ingesta de una carga de nutrientes y una prueba de aliento con lactulosa¹⁸. Los resultados mostraron que los pacientes con SII y DF en comorbilidad presentaron síntomas más intensos en reposo y posprandiales, comparados con pacientes con solo SII. Además, los niveles de ansiedad y somatización se asociaron con una mayor gravedad de los síntomas posprandiales. La prevalencia de sobreposición entre DF y SII fue del 45.8%, lo que refuerza la hipótesis de que, más que afecciones separadas, la DF y el SII podrían ser expresiones clínicas de un mismo espectro de TIIC.

Los estudios han sugerido que los síntomas de DF están presentes en el 15.4% al 33.5% de los pacientes con EC⁵. La DF y el EC son dos trastornos funcionales comunes. A pesar de las diferencias claras entre ambos en cuanto a criterios diagnósticos y tratamiento, existen síntomas comunes (como el dolor abdominal y la distensión) que pueden presentarse en los dos trastornos. Estos síntomas compartidos pueden llevar a que el paciente los atribuya erróneamente a una u otra condición, dependiendo de cuál apareció primero o del abordaje diagnóstico inicial.

En un estudio realizado en una clínica de neurogastroenterología de tercer nivel, que incluyó adultos con EC refractario, se investigó la prevalencia de la sobreposición con DF, así como los síntomas gastrointestinales y las características clínicas asociadas. Se encontró que casi el 40% de los pacientes con EC también cumplían con los criterios diagnósticos para DF. Esta sobreposición se asoció con una mayor frecuencia de síntomas esofágicos y distensión abdominal, tanto objetiva como subjetiva. La elevada prevalencia probablemente refleja la naturaleza terciaria del centro, que atiende pacientes en búsqueda de segundas o terceras opiniones¹⁹. Estos hallazgos sugieren que la DF no reconocida es común en los pacientes con EC y síntomas persistentes.

La coexistencia de TIIC en pacientes con EC ha sido poco estudiada. Se realizó un estudio con el objetivo de investigar, en pacientes con EC, la prevalencia y el impacto de los TIIC en la gravedad del estreñimiento y la calidad de vida. Se incluyeron pacientes con EC según los criterios de Roma III y pacientes con diagnóstico de

defecación disinérgica de acuerdo con Roma IV, basándose en síntomas y pruebas fisiológicas. Se encontró que el 85% de los pacientes con EC y defecación disinérgica presentaron sobreposición con otro TIIC, siendo el más común la DF (41%)²⁰.

Los resultados muestran que esta sobreposición tiene implicaciones significativas para la magnitud de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con EC. Muchos estudios apoyan que la DF y el EC son simplemente diferentes fenotipos de la misma alteración en la interacción del eje cerebro-intestino²¹.

De acuerdo con los criterios de Roma IV, existen tres trastornos relacionados con la náusea y el vómito (TNV): el síndrome de náusea y vómito crónicos, el síndrome de vómito cíclico (SVC) y el síndrome de hiperémesis por cannabinoides².

En un estudio que evaluó la prevalencia de TNV, DF y SII, se analizaron la epidemiología, las características clínicas y las asociaciones de los TNV. El 2.2% de la población cumplió con los criterios de Roma IV para TNV, y la sobreposición con DF fue del 61.8%²².

En un análisis multivariado, los factores independientes asociados a TNV fueron la menor edad, la mayor gravedad de los síntomas somáticos, una pobre calidad de vida y la presencia de SII y DF, en comparación con el grupo control.

En cuanto a la sobreposición entre SVC y DF, los pacientes con SVC con frecuencia reportan síntomas digestivos entre los episodios de vómito²³. En un estudio que aplicó los cuestionarios de Roma III en pacientes con SVC se encontró que el 66% cumplieron con los criterios para DF. Los síntomas dispépticos son más frecuentes en los pacientes con migraña y predicen estrés psicológico en los pacientes con SVC²⁴.

Mecanismos fisiopatológicos de la dispepsia funcional y la sobreposición

En los TIIC, los síntomas son consecuencia de una alteración en la comunicación bidireccional intestino-cerebro, en la que intervienen múltiples factores de riesgo: genéticos, ambientales y psicológicos. También influyen factores desencadenantes o que exacerban los síntomas, como gastroenteritis, intolerancias alimentarias y estrés crónico. Todo ello da lugar a alteraciones de la motilidad, hiperalgesia visceral, aumento de la permeabilidad intestinal, disbiosis y activación inmunitaria o inflamación de bajo grado¹.

Aunque las bases fisiopatológicas de los TIIC aún no se comprenden por completo, se han identificado diversos mecanismos que podrían contribuir a la alta

prevalencia de la sobreposición entre estos trastornos. Estos mecanismos pueden involucrar distintos sitios anatómicos y, por lo tanto, ser relevantes para múltiples diagnósticos definidos por los criterios de Roma.

La hipersensibilidad visceral, frecuentemente originada por una sensibilización central de las señales aferentes viscerales en el eje cerebro-intestino, es un factor clave en la determinación de la gravedad de los síntomas en los TIIC, tanto del tracto digestivo superior como del inferior. Su presencia podría contribuir de manera significativa a la sobreposición de distintos trastornos²⁵. Asimismo, se han observado alteraciones en la composición y la función de las células inmunitarias en pacientes con SII y DF, tanto sistémicas como de la mucosa²⁶.

Wauters et al.²⁷ destacan el papel del duodeno como integrador clave en la generación de síntomas dispépticos (Fig. 3). Varios estudios han identificado inflamación de bajo grado en la mucosa duodenal. El mecanismo exacto mediante el cual esta inflamación produce hiperexcitabilidad neuronal aún no se comprende del todo. Una hipótesis atractiva sugiere que la pérdida de integridad de la mucosa podría ser un evento primario que desencadenara la activación inmunitaria mediante la presentación de antígenos, llevando a la desgranulación de los eosinófilos, lo cual provocaría hipersensibilidad visceral y disfunción del control motor.

Se ha establecido que las alteraciones funcionales en un segmento del tracto gastrointestinal pueden influir en la función sensoriomotora de otros segmentos. La motilidad alterada en una parte del tracto digestivo puede afectar a otras, probablemente mediado por péptidos o reflejos neurales paravertebrales²⁸.

Por mecanismos similares, el estreñimiento de tránsito lento se ha asociado con una disminución en la acomodación gástrica, que es un mecanismo fisiopatológico clave en la DF²⁹. Esta alteración en la acomodación también se ha relacionado con relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, que constituyen el principal mecanismo en los episodios de reflujo gastroesofágico³⁰.

Abordaje clínico en la dispepsia funcional y la sobreposición

Una vez establecido el diagnóstico de DF según los criterios de Roma IV, se recomienda realizar una evaluación sistemática del patrón de síntomas mediante un interrogatorio clínico detallado. Este proceso debe orientarse a identificar la posible coexistencia de otros TIIC que sugieran un cuadro de sobreposición.

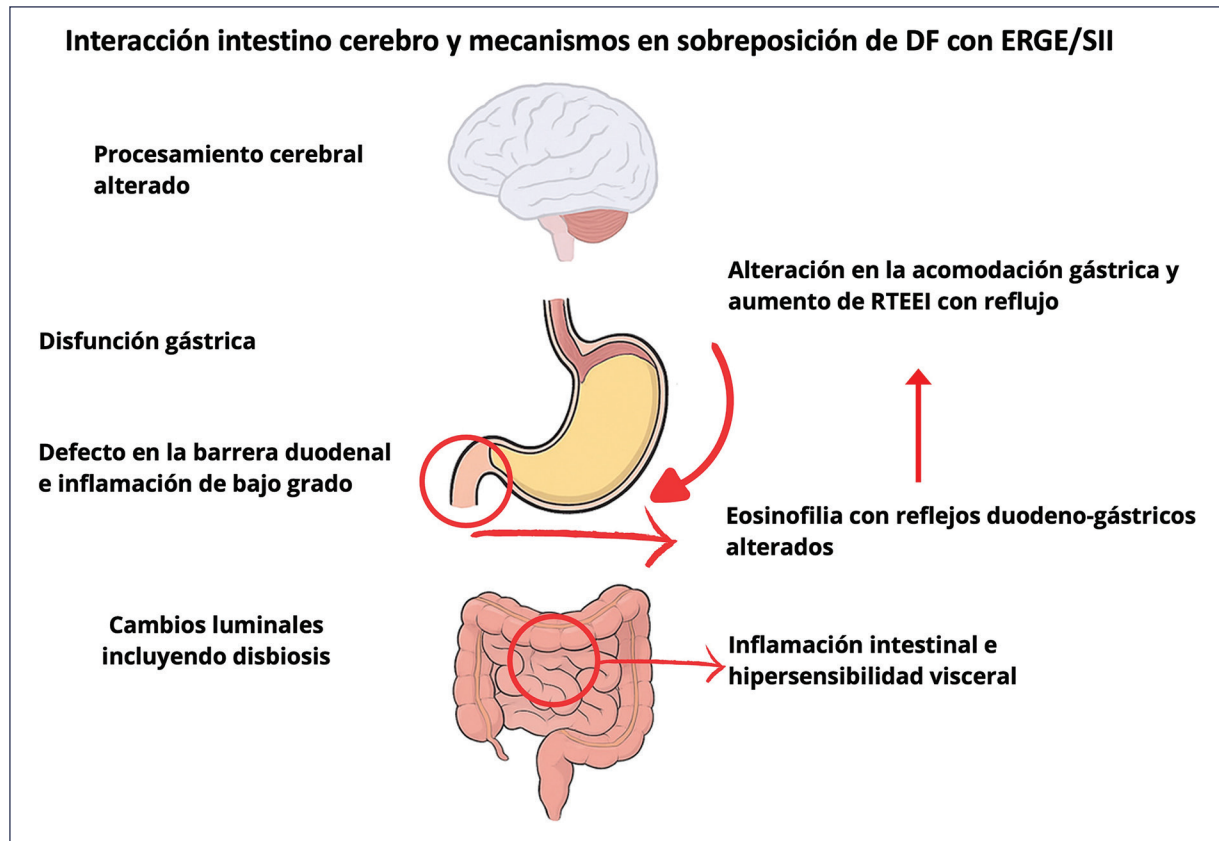


Figura 3. Interacción intestino-cerebro y mecanismos implicados en la sobreposición de dispepsia funcional (DF) con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y síndrome de intestino irritable (SII). RTEEI: relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (*adaptada de Wauters et al.²⁷*).

La calidad de la anamnesis depende en gran medida de las habilidades del profesional y de su capacidad para establecer una comunicación efectiva con el paciente. Sin embargo, puede existir discrepancia entre la percepción subjetiva del paciente y la interpretación médica de los síntomas³¹. Incluso con una entrevista clínica estructurada realizada por un médico experimentado, los síntomas pueden no ser expresados de forma clara o comprensible debido a su naturaleza individual y multidimensional. En estos casos, el uso de pictogramas acompañados de descripciones verbales ha demostrado mejorar significativamente la identificación de síntomas, facilitando el reconocimiento de sobreposición y la determinación del síntoma predominante o más molesto³².

El uso de cuestionarios autoadministrados en la sala de espera, que incluyan descripciones de síntomas y pictogramas para los principales TIIC, representa una herramienta útil y prometedora para mejorar la precisión diagnóstica.

Es importante tener en cuenta que la sobreposición de TIIC puede manifestarse de dos maneras: en diferentes

regiones anatómicas del tracto gastrointestinal o dentro de una misma región; por ejemplo, la coexistencia de SDP con TNV, que son considerados diagnósticos distintos según Roma IV².

En los casos de sobreposición, resulta esencial identificar la relación temporal entre los síntomas. La anamnesis debe explorar si estos síntomas aparecen simultáneamente, o se agravan o mejoran de forma conjunta, o aparecen de manera independiente. También es clínicamente relevante evaluar la relación de los síntomas con factores desencadenantes, como la ingesta de alimentos, eructos o la expulsión de gases o la evacuación, o con eventos emocionales o psicológicos.

Tal como se ha mencionado, la evaluación de la comorbilidad psicológica es fundamental. Factores como la ansiedad, la depresión y la somatización pueden amplificar la percepción y el reporte de síntomas, lo cual aumenta la probabilidad de una sobreposición entre distintos TIIC. Esta comorbilidad forma parte esencial del perfil clínico multidimensional del paciente y su identificación resulta crítica para un abordaje terapéutico efectivo.

Estos aspectos pueden ser explorados tanto en la anamnesis como mediante el uso de instrumentos validados, como el Cuestionario de Ansiedad y Depresión⁴.

Estudios diagnósticos en pacientes con sobreposición

Aunque la sobreposición de TIIC es altamente prevalente en la práctica clínica, la mayoría de las guías diagnósticas están diseñadas para pacientes con un único trastorno funcional. Actualmente, no existen lineamientos específicos que orienten de manera sistemática la selección de estudios diagnósticos en casos de sobreposición³¹.

Uno de los pasos fundamentales es la evaluación de datos de alarma, los cuales determinan la necesidad y la extensión de estudios adicionales, según las recomendaciones de los consensos internacionales³. Es importante destacar que la presencia de múltiples síntomas no justifica automáticamente la realización de pruebas adicionales.

En los pacientes con sobreposición de TIIC, la complejidad diagnóstica y la posibilidad de una respuesta terapéutica incompleta son mayores. Sin embargo, el rendimiento clínico de estudios complementarios, como endoscopias repetidas, pruebas de imagen o exámenes funcionales sofisticados, suele ser bajo en ausencia de signos de alarma³¹.

En estos casos, el diagnóstico de TIIC (o de su sobreposición) puede establecerse de manera positiva, siempre y cuando se cumplan los criterios clínicos de Roma IV y se hayan descartado enfermedades orgánicas con un abordaje diagnóstico limitado, como indican las guías internacionales pertinentes³³. Un abordaje clínico bien estructurado permite al médico mejorar la calidad de la atención, evitar intervenciones innecesarias y optimizar los resultados en salud.

Tratamiento

La presencia de sobreposición entre TIIC no implica necesariamente el uso inicial combinado de múltiples fármacos. El tratamiento debe basarse en la evaluación clínica del patrón de síntomas y la identificación del trastorno funcional predominante. El objetivo terapéutico debe centrarse en el síntoma más molesto o prioritario para el paciente. Hasta la fecha, no existen estudios que respalden un esquema estandarizado de tratamiento para todos los casos de sobreposición.

Asimismo, la identificación de comorbilidad psicológica, como ansiedad, depresión y somatización, puede ser clave para optimizar el abordaje terapéutico, en especial en caso de DF que coexiste con otros TIIC³¹.

Conclusiones

Los TIIC presentan una alta prevalencia en la población, y un tercio de los pacientes muestran sobreposición de síntomas. La DF, también de alta prevalencia, puede coexistir con ERGE, SII, EC y TNV. Esta sobreposición se asocia con mayor gravedad de los síntomas, más carga psicológica, deterioro de la calidad de vida y mayor uso de recursos de salud.

En los pacientes con DF es fundamental identificar la presencia de otros TIIC que puedan indicar sobreposición. Asimismo, se debe evaluar la existencia de ansiedad, depresión y somatización, ya que su tratamiento resulta clave en el manejo integral del paciente. La presencia de múltiples síntomas no implica la necesidad de realizar estudios adicionales. La coexistencia de diversos TIIC representa un desafío adicional para establecer un plan terapéutico adecuado.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

M.A. González-Martínez es conferencista para Grunenthal. J.P. Ochoa-Maya no tiene conflictos de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran 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. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Drossman DA, Hasler WL. Roma IV – Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2016;150:1257-61.
2. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150:1380-92.
3. Black CJ, Houghton LA, Ford AC. Insights into the evaluation and management of dyspepsia: recent developments and new guidelines. *Therap Adv Gastroenterol*. 2018;11:1-17.

4. 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.
5. Vakil N, Stelwagon M, Shea EP, Miller S. Symptom burden and consulting behavior in patients with overlapping functional disorders in the US population. *United European Gastroenterol J*. 2016;4:413-22.
6. Velarde-Ruiz VJA, Morales-Arambula M, Coss-Adame E, Gómez-Escudero O, Flores-Rendón R, Vázquez-Elizondo G, et al. Prevalencia de sobreposición de trastornos funcionales digestivos: resultados de un estudio nacional (SIGAME 2). *Rev Med MD*. 2019;10:106-12.
7. Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, Sperber AD, Whitehead WE, Simrén M. The prevalence and impact of overlapping Rome IV-diagnosed functional gastrointestinal disorders on somatization, quality of life, and healthcare utilization: a cross-sectional general population study in three countries. *Am J Gastroenterol*. 2018;113:86-96.
8. Sperber AD, Freud T, Aziz I, Palsson OS, Drossman DA, Dumitrascu DL, et al. Greater overlap of Rome IV disorders of gut-brain interactions leads to increased disease severity and poorer quality of life. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022;20:e945-56.
9. Fairlie T, Shah A, Talley NJ, Chey WD, Koloski N, Lee YY, et al. Overlap of disorders of gut-brain interaction: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023;8:646-59.
10. Long YQ, Xu WL, Li LX, He HQ, Wang JJ, Shan GD. Characteristics and risk factors of functional dyspepsia fulfilling the Rome IV criteria overlapping with gastroesophageal reflux disease, irritable bowel syndrome, and functional constipation in South China. *J Neurogastroenterol Motil*. 2024;30:184-93.
11. Gerson LB, Kharilas PJ, Fass R. Insights into gastroesophageal reflux disease-associated dyspeptic symptoms. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2011;9:824-33.
12. Lee SW, Lee TY, Lien HC, Yeh HZ, Chang CS, Ko CW. The risk factors and quality of life in patients with overlapping functional dyspepsia or peptic ulcer disease with gastroesophageal reflux disease. *Gut Liver*. 2014;8:160-4.
13. Tack J, Caenepeel P, Arts J, Lee KJ, Sifrim D, Janssens L. Prevalence of acid reflux in functional dyspepsia and its association with symptom profile. *Gut*. 2005;54:21370-6.
14. Savarino E, Pohl D, Zentilin P, Dulbecco P, Sammito G, Sconfienza L, et al. Functional heartburn has more in common with functional dyspepsia than with non-erosive reflux disease. *Gut*. 2009;58:1185-91.
15. Ronkainen J, Aro P, Walker MM, Agréus L, Johansson SE, Jones M, et al. Duodenal eosinophilia is associated with functional dyspepsia and new onset gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019;50:24-32.
16. von Wulffen M, Talley NJ, Hammer J, McMaster J, Rich G, Shah A, et al. Overlap of irritable bowel syndrome and functional dyspepsia in the clinical setting: prevalence and risk factors. *Dig Dis Sci*. 2019;64:480-6.
17. Corsetti M, Caenepeel P, Fischler B. Impact of coexisting irritable bowel syndrome on symptoms and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:1152-9.
18. Pohl D, Van Oudenhove L, Törnblom H, Le Névé B, Tack J, Simrén M. Functional dyspepsia and severity of psychologic symptoms associate with postprandial symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16:1745-53.
19. Boyd T, Paz M, Ahmad Imama, Rao F, Samad A, Garcia-Fischer I, et al. Unrecognized functional dyspepsia among those with refractory chronic constipation: analysis of a tertiary cohort. *Gastro Hep Advances*. 2023;2:573-9.
20. Kaplan AL, Mazor Y, Prott GM, Sequeira C, Jones MP, Malcolm A. Experiencing multiple concurrent functional gastrointestinal disorders is associated with greater symptom severity and worse quality of life in chronic constipation and defecation disorders. *Neurogastroenterol Motil*. 2023;35:e14524.
21. Gwee KA, Chua ASB. Functional dyspepsia and irritable bowel syndrome, are they different entities and does it matter? *World J Gastroenterol*. 2006;12:2708-12.
22. Aziz I, Palsson OS, Whitehead WE, Sperber AD, Simrén M, Törnblom H. Epidemiology, clinical characteristics, and associations for Rome IV functional nausea and vomiting disorders in adults. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019;17:878-86.
23. Malagelada C, Keller J, Sifrim D, Serra J, Tack J, Mukak A, et al. European guideline on chronic nausea and vomiting - a UEG and ESNM consensus for clinical management. *United European Gastroenterol J*. 2025;13:427-71.
24. Sagar RC, Sood R, Gracie DJ, Gold MJ, Law NT, Ford AC. Cyclic vomiting syndrome is a prevalent and under-recognized condition in the gastroenterology outpatient clinic. *Neurogastroenterol Motil*. 2018;30:e13174-8.
25. Simrén M, Törnblom H, Palsson OS, van Tilburg MA, Van Oudenhove L, Tack J, et al. Visceral hypersensitivity is associated with GI symptom severity in functional GI disorders: consistent findings from five different patient cohorts. *Gut*. 2018;67:255-62.
26. Burns G, Carroll G, Mathe A, Horvat J, Foster P, Walker MM, et al. Evidence for local and systemic immune activation in functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2019;114:429-36.
27. 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.
28. Azpiroz F, Feinle-Bisset C, Grundy D, Tack J. Gastric sensitivity and reflexes: basic mechanisms underlying clinical problems. *J Gastroenterol*. 2014;49:206-18.
29. Penning C, Vu MK, Delemarre JB, Masclee AA. Proximal gastric motor and sensory function in slow transit constipation. *Scand J Gastroenterol*. 2001;36:1267-73.
30. Pauwels A, Altan E, Tack J. The gastric accommodation response to meal intake determines the occurrence of transient lower esophageal sphincter relaxations and reflux event in patients with gastro-esophageal reflux disease. *Neurogastroenterol Motil*. 2014;26:581-8.
31. Balsiger LM, Carbone F, Raymenants K, Scarpellini E, Tack J. Understanding and managing patients with overlapping disorders of gut-brain interaction. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023;8:383-90.
32. Tack J, Carbone F, Holvoet L, Vanheel H, Vanuytsel T, Vandenbergh A. The use of pictograms improves symptom evaluation by patients with functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;40:523-30.
33. 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.