

Manejo dietético y cambios en el estilo de vida en la dispepsia funcional

María F. García-Cedillo 

Servicio de Gastroenterología, Hospital Ángeles Acoxpa, Ciudad de México, México

Resumen

La dispepsia funcional (DF) es un trastorno gastrointestinal común cuyos síntomas pueden mejorar mediante intervenciones dietéticas y cambios en el estilo de vida. Hasta un 88% de los pacientes con DF siguen dietas específicas, siendo la más común la dieta baja en FODMAP. Esta dieta ha mostrado beneficios, en especial en pacientes con distensión abdominal y malestar posprandial, aunque su efecto no siempre supera al de las recomendaciones tradicionales. Por otro lado, el consumo de FODMAP se ha asociado con mayor riesgo de dispepsia crónica, en particular en las mujeres. La dieta libre de gluten puede ser útil en casos de sensibilidad al gluten no celíaca, sobre todo en pacientes con DF refractaria al tratamiento farmacológico. No obstante, estas dietas restrictivas deben ser vigiladas por el riesgo de deficiencias nutricionales y efectos psicológicos. Ciertos alimentos, como los que contienen grasas, la cafeína, el alcohol y la capsaicina se han relacionado con síntomas dispépticos. Aunque la evidencia es mixta, se recomienda moderar su consumo. También se destaca la importancia del patrón de comidas: la preparación, la cantidad y la rapidez de la ingesta podrían influir más que la frecuencia. Finalmente, el ejercicio moderado podría estar asociado con menor prevalencia de DF, aunque los resultados no son concluyentes. En conclusión, las modificaciones dietéticas y de estilo de vida son estrategias relevantes y seguras en el manejo de la DF, pero deben ser individualizadas, basadas en la evidencia y supervisadas por profesionales de la salud.

Palabras clave: Dispepsia funcional. Intervención dietética. Estilo de vida.

Dietary management and lifestyle changes in functional dyspepsia

Abstract

Functional dyspepsia (FD) is a common gastrointestinal disorder whose symptoms can improve through dietary interventions and lifestyle changes. Up to 88% of FD patients follow specific diets, with the low-FODMAP diet being the most common. This diet has shown benefits, especially in patients with abdominal bloating and postprandial discomfort, although its effects are not always superior to traditional dietary advice. Additionally, FODMAP consumption has been associated with a higher risk of chronic dyspepsia, particularly in women. A gluten-free diet may be helpful in cases of non-celiac gluten sensitivity, especially in patients with FD who do not respond to pharmacological treatment. However, such restrictive diets must be monitored due to the risk of nutritional deficiencies and psychological effects. Certain foods such as fats, caffeine, alcohol, and capsaicin have been linked to dyspeptic symptoms. Although evidence is mixed, moderation in their intake is generally recommended. Meal patterns also play a role: preparation, portion size, and speed of ingestion may influence symptoms more than meal frequency itself. Finally, moderate physical activity may be associated with a lower prevalence of FD, though the findings are still inconclusive. In conclusion, dietary and lifestyle modifications are important and safe strategies for managing FD. These approaches should be evidence-based, personalized, and guided by healthcare professionals.

Keywords: Functional dyspepsia. Dietary intervention. Lifestyle.

Correspondencia:

María F. García-Cedillo

E-mail: fernandagace1189@gmail.com

Fecha de recepción: 04-06-2025

Fecha de aceptación: 18-07-2025

DOI: 10.24875/CGM.25000010

Disponible en línea: 08-10-2025

Clín. Gastroenterol. Méx. 2025;1(2):178-182

www.clinicagastroenterologiademexico.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/>).

Introducción

La modificación de la dieta y los cambios en el estilo de vida desempeñan un papel fundamental en el tratamiento de los síntomas de la dispepsia funcional (DF), por lo que pueden considerarse una opción terapéutica de primera línea¹.

Diversos estudios han señalado que ciertos alimentos son reconocidos con frecuencia por los pacientes como desencadenantes de los síntomas de DF. Entre los más comúnmente reportados se encuentran los productos lácteos, el alcohol, el café, las bebidas carbonatadas, los vegetales, los alimentos picantes, el gluten y las grasas².

Este artículo explora el papel del manejo dietético y de los cambios en el estilo de vida en el tratamiento de la DF.

Dieta baja en FODMAP

Los oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP, *fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols*) son hidratos de carbono de cadena corta no absorbibles en el intestino. Están presentes en una amplia gama de alimentos, incluyendo frutas, verduras, cereales, productos lácteos, legumbres y diversos tipos de edulcorantes³.

En un estudio clínico de 105 pacientes con DF se comparó durante 4 semanas una dieta baja en FODMAP frente a las recomendaciones dietéticas tradicionales. Ambos grupos mejoraron sus síntomas generales, sin diferencias significativas entre ellos (67% vs. 57%; $p > 0.05$); no obstante, los pacientes con malestar después de comer o distensión abdominal respondieron mejor a la dieta baja en FODMAP ($p = 0.04$). Los puntajes de calidad de vida en el cuestionario SF-NDI (*Nepean Dyspepsia Index Short Form*), que evalúa cinco áreas principales (ansiedad, interferencia de la actividad diaria, capacidad para disfrutar las comidas, conocimiento de la enfermedad e impacto en el rendimiento laboral o académico), mejoraron significativamente en ambos grupos. El análisis también indicó que la distensión y ser hombre fueron factores asociados a una mejor respuesta a esta dieta⁴.

Staudacher et al.⁵ evaluaron la relación entre una dieta baja en FODMAP y el alivio de los síntomas de DF. El estudio incluyó 59 pacientes diagnosticados con DF, pero la gran mayoría (81%) también presentaban diagnóstico de síndrome de intestino irritable. Los pacientes se dividieron en dos grupos: uno que recibió

recomendaciones sobre dieta baja en FODMAP ($n = 40$) y otro que recibió asesoramiento dietético estándar ($n = 19$). Aunque la adherencia a las dietas específicas no difirió entre los grupos, se observó una reducción significativa tanto en el puntaje de los síntomas epigástricos como en el puntaje total de síntomas en el grupo con dieta baja en FODMAP, en comparación con el grupo con dieta estándar ($p = 0.026$), lo que resultó en una proporción significativamente mayor de pacientes respondedores en el grupo de dieta baja en FODMAP⁶.

Sin embargo, en un estudio de tipo transversal en 2897 adultos se estimó el consumo de FODMAP utilizando un cuestionario de frecuencia de alimentos, y se encontró que una dieta baja en FODMAP se asoció con mayor riesgo de dispepsia crónica no investigada en adultos (*odds ratio* [OR]: 1.85; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1.26-2.78), sobre todo en las mujeres (OR: 2.41; IC 95%: 1.46-3.95). Asimismo, se halló una asociación significativa con un aumento del riesgo de plenitud posprandial (OR: 1.38; IC 95%: 1.08-1.78; $p = 0.046$). Los autores concluyen que el estudio, aunque sugiere una relación entre la dieta baja en FODMAP y el riesgo de dispepsia crónica y síntomas relacionados, no puede probar de manera concluyente una relación de causa y efecto, por lo que sugieren la necesidad de realizar ensayos clínicos aleatorizados para confirmar los hallazgos y comprender mejor el papel de los FODMAP y su relación con los síntomas gastrointestinales superiores⁶.

Dieta libre de gluten

Una de las hipersensibilidades alimentarias más frecuentemente reportadas por los pacientes con DF es la reacción adversa al trigo, en particular a las proteínas conocidas comúnmente como gluten⁷.

Entre los casos DF refractaria al tratamiento farmacológico debe considerarse la DF dependiente del gluten como una posible manifestación clínica de la sensibilidad al gluten no celíaca. Shahbazkhani et al.⁸ reportaron un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en el que, de 77 pacientes con DF refractaria, el 65% no respondieron a una dieta libre de gluten, mientras que el 35% mostraron una mejoría de los síntomas gastrointestinales. Tras la ingesta de gluten en los pacientes cegados, los síntomas reaparecieron en el 6.4% del total de los pacientes con DF refractaria y en el 18% de los que respondieron a la dieta libre de gluten, lo que sugiere la presencia de sensibilidad al gluten no celíaca⁸. Como mostró este estudio, la sensibilidad al gluten no celíaca es

altamente prevalente entre los pacientes con DF refractaria.

En un metaanálisis en el que se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados realizados en adultos con síntomas relacionados con DF para evaluar los efectos del desafío con gluten, los resultados indicaron un aumento significativo en la gravedad de la distensión abdominal (diferencia de medias ponderada [DMP]: 0.67; IC 95%: 0.37-0.97; $I^2 = 81.8\%$; $n = 6$), la saciedad precoz (DMP: 0.91; IC 95%: 0.58-1.23; $I^2 = 27.2\%$; $n = 5$) y el dolor epigástrico (DMP: 0.46; IC 95%: 0.17-0.75; $I^2 = 65.8\%$; $n = 6$). Sin embargo, el efecto del desafío con gluten sobre la gravedad de las náuseas (DMP: 0.13; IC del 95%, -0.17 a 0.43; $I^2 = 0.0\%$; $n = 5$) no fue significativo, por lo que concluyen que la restricción de gluten podría ayudar a reducir los síntomas dispépticos⁹.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que una dieta libre de gluten prolongada puede provocar deficiencias de vitaminas D y B12, hierro, zinc y magnesio, y que las dietas restrictivas pueden aumentar la hipervigilancia y la ansiedad, contribuyendo a la aparición de síntomas y la disminución de la calidad de vida¹⁰.

Dietas de restricción/eliminación de alimentos

Grasas

Existe una asociación significativa entre la ingestión de alimentos ricos en grasas y los síntomas en pacientes con DF, específicamente la sensación de plenitud posprandial y la distensión abdominal¹¹.

En una revisión sistemática realizada por Duncanson et al.¹¹ se demostró que el consumo de una dieta alta en grasas puede inducir síntomas como náuseas, dolor epigástrico y sensación de saciedad posprandial. Los principales mecanismos por los que los alimentos grasos podrían exacerbar los síntomas de la DF están relacionados con el retraso del vaciado gástrico y la hipersensibilidad gástrica. Se sabe que una infusión intraduodenal de lípidos puede aumentar la sensibilidad del estómago proximal a la distensión, provocando síntomas dispépticos, debido a un efecto específico de la grasa sobre la liberación de colecistocinina¹².

Cafeína

En algunos estudios se ha relacionado el aumento de la secreción de ácido gástrico inducido por el café con trastornos gastrointestinales, incluyendo la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el dolor epigástrico

y la acidez¹³. En un estudio, al comparar con el agua como control, se observó que el café era un estimulante considerable de la secreción ácida. Tanto el café con cafeína como el descafeinado se han asociado con una elevación prolongada de la gastrina sérica¹⁴.

Sin embargo, en un estudio con 3362 adultos de entre 18 y 55 años, de los que el 58.3% eran mujeres, se utilizó un cuestionario de frecuencia de alimentos para evaluar la ingesta dietética, y tras ajustar por posibles factores de confusión (sexo, edad, consumo energético, actividad física, tabaquismo, índice de masa corporal [IMC]) no se observó una asociación significativa del consumo de café (OR: 1.27; IC 95%: 0.86-1.87) y cafeína (OR: 1.00; IC 95%: 0.99-1.02) con síntomas específicos de DF, como saciedad temprana, plenitud posprandial o dolor epigástrico¹⁵.

Por lo tanto, es difícil llegar a una conclusión definitiva sobre los efectos del consumo de café en los síntomas dispépticos, pero se ha observado que los pacientes reducen con frecuencia y de manera espontánea su consumo.

Alcohol

Los efectos del alcohol sobre la DF también han sido contradictorios. Algunos estudios no han demostrado ninguna relación entre la aparición de nuevos síntomas dispépticos y la gravedad de la dispepsia, el síndrome de malestar posprandial o el síndrome de dolor epigástrico¹¹.

Por otro lado, un gran estudio de cohorte con 4390 sujetos demostró que existía una relación entre el consumo de más de siete bebidas alcohólicas por semana y la presencia de síntomas dispépticos (OR: 2.3; IC 95%: 1.1-5.0); así, es difícil determinar si el alcohol induce o no síntomas¹⁶.

Dado que el consumo crónico de alcohol no es saludable, se puede recomendar reducir su consumo en pacientes con dispepsia, como en otras condiciones.

Capsaicina

La capsaicina es el compuesto activo en el chile, causante de la sensación de ardor asociada con los alimentos picantes. En los pacientes con DF, el consumo de alimentos que contienen capsaicina aumenta los síntomas en comparación con el consumo de placebo o con controles sanos¹².

Se han realizado estudios para investigar principalmente los efectos de la capsaicina en el tratamiento de la DF al abordar la relación entre la capsaicina y el

receptor potencial transitorio vaniloide tipo 1. Se ha propuesto que la capsaicina pudiera aliviar los síntomas de la DF de diversas maneras. Estos efectos incluyen la desensibilización de las fibras nociceptivas C, la regulación de diversos neurotransmisores, la disminución de la inflamación epitelial, el equilibrio de la microbiota intestinal, la inhibición de la secreción de ácido gástrico y la reducción del daño por estrés oxidativo¹⁷.

No obstante, la evidencia sobre su uso es limitada. Estudios recientes observaron, en pacientes con DF, que cuando se administró una dosis de 0.50 mg de capsaicina indujo dolor epigástrico moderado en el 76% de los pacientes. Sin embargo, en otro estudio, la ingestión de 0.25 mg de capsaicina reportó síntomas leves tanto en pacientes con DF como en controles sanos. Es importante resaltar que la duración del tratamiento propuesta debe ser mayor de 1 semana; una aplicación menor puede sensibilizar los quimiorreceptores y aumentar la precepción del dolor^{18,19}.

Por lo anterior, se ha propuesto que el entendimiento completo de estos mecanismos ayudará al desarrollo y la utilización de la capsaicina en los campos de la alimentación y la medicina.

Patrones dietéticos

Frecuencia de las comidas

Los pacientes con DF no son capaces de tolerar grandes cantidades de alimentos y, por tanto, tienden a disminuir el número de comidas y de calorías, y aumentar el número de meriendas, con riesgo de déficit calórico, vitamínico y mineral. Sin embargo, Göktaş et al. no encontraron diferencias significativas en la frecuencia de comidas entre sujetos con DF y sujetos sanos, ya que ambos grupos reportaron consumir tres comidas principales durante el día (68.5% vs 70.4%)¹⁷. De manera similar, en cuanto al consumo de refrigerios, los investigadores no encontraron diferencias en su frecuencia entre los dos grupos. Estos resultados coinciden con los de Çolak et al., quienes llegaron a la conclusión de que la frecuencia de las comidas no influye en el desencadenamiento de los síntomas en los pacientes con DF²⁰.

La preparación, el volumen y la rapidez con la que se ingieren los alimentos también pueden estar asociados con síntomas dispépticos²¹.

Cambios en el estilo de vida: ejercicio

La asociación entre el ejercicio y los síntomas digestivos sigue siendo inconsistente. En un estudio japonés

con 30 sujetos sanos se observó que el ejercicio de intensidad moderada, pero no el de baja ni el de alta intensidad, induce el vaciamiento gástrico. Sin embargo, en un estudio sueco de cohorte con 137 participantes, el ejercicio se asoció con un aumento del reflujo y los vómitos, y con una disminución de la diarrea y las náuseas²².

En un estudio se encontró que la prevalencia de DF entre los sujetos con ninguna, baja, moderada y alta frecuencia de ejercicio fue del 2.7%, el 1.7%, el 1.3% y el 1.3%, respectivamente. Tras ajustar por edad, sexo, IMC, consumo de alcohol, tabaquismo, soplo cardíaco y anemia, se observó una asociación inversa entre la frecuencia baja, moderada y alta de ejercicio y la DF (las OR ajustadas fueron: para baja frecuencia 0.69 [IC 95%: 0.47-0.997], para moderada 0.53 [IC 95%: 0.34-0.81] y para alta 0.53 [IC 95%: 0.30-0.88]; $p = 0.002$)²³.

Por lo tanto, la relación entre el ejercicio y los síntomas digestivos, así como con la DF, no es clara ni consistente. Por un lado, algunos estudios han mostrado efectos positivos del ejercicio moderado sobre el vaciamiento gástrico, mientras que otros han observado efectos adversos, como un aumento en los síntomas de reflujo y vómitos. Sin embargo, un estudio sugiere que existe una relación inversa entre la frecuencia del ejercicio y la prevalencia de DF, lo que indica que, a mayor frecuencia e intensidad del ejercicio, menor es la prevalencia de la DF, aunque este hallazgo requiere un análisis más detallado y la consideración de factores de confusión como la edad, el sexo y el IMC, entre otros.

Conclusiones

Una dieta baja en FODMAP puede ser beneficiosa para la DF, especialmente en pacientes con distensión abdominal y malestar posprandial, aunque algunos estudios no muestran diferencias significativas frente a las recomendaciones tradicionales. Sin embargo, el consumo de FODMAP podría aumentar el riesgo de dispepsia crónica, en particular en las mujeres. En cuanto a la dieta libre de gluten, algunos pacientes con sensibilidad al gluten no celíaca experimentan mejoría, pero hay que tener en cuenta que las dietas restrictivas pueden causar deficiencias nutricionales si no se supervisan de manera adecuada. El consumo de alimentos grasos empeora los síntomas de la DF, como la plenitud posprandial y la distensión abdominal, mientras que tanto la cafeína como el alcohol pueden desencadenar síntomas digestivos, aunque los resultados no son concluyentes. La capsaicina de los alimentos

picantes podría agravar los síntomas en algunos pacientes, pero también se investiga su posible uso terapéutico. En cuanto a los patrones dietéticos, la frecuencia y el volumen de las comidas pueden influir en los síntomas de la DF, con algunos pacientes que optan por más meriendas para evitar grandes cantidades de comida, lo que puede llevar a deficiencias nutricionales. Finalmente, la relación entre el ejercicio y los síntomas digestivos es ambigua; algunos estudios sugieren que un mayor ejercicio podría estar asociado con menos síntomas de dispepsia, pero es necesario considerar otros factores como la edad y el IMC.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto 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 utilizaron inteligencia artificial (Chat GPT) para la redacción de este manuscrito en el abstract y conclusiones.

Referencias

1. Pesce M, Cargiolli M, Cassarano S, Polese B, De Conno B, Aurino L, et al. Diet and functional dyspepsia: Clinical correlates and therapeutic perspectives. *World J Gastroenterol.* 2020; 26 (5): 456-465.
2. Enck P, Azpiroz F, Boeckstaens G, Elsenbruch S, Feinle-Bisset C, Holtmann G, et al. Functional Dyspepsia. *Nat Rev Dis Primers.* 2017; 3(3): 17081
3. Rettura F, Lambiasi C, Grosso A, Rossi A, Tedeschi R, Veccarelli L, et al. Role of Low-FODMAP diet in functional dyspepsia: "Why", "When", and "to Whom". *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2023;62-63.
4. Goyal O, Nohria S, Batta S, Dhaliwal A, Goyal P, Sood A. Low fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides, and polyols diet versus traditional dietary advice for functional dyspepsia: a randomized controlled trial. *J Gastroenterol Hepatol* 2022; 37 (2): 301-309.
5. Staudacher Heidi M, Nevin Amy, Duff Christopher, Kendall Bradley J, Gerald J Holtmann. Epigastric symptom response to low FODMAP dietary advice compared with standard dietetic advice in individuals with functional dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil.* 2021; 33(11): e14148.
6. Adibi P, Ahmad E, Daghighzadeh H, Kaseteli AH, Feizi A, Haghighatdoots F, et al. Low fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols diet is associated with increased risk of uninvestigated chronic dyspepsia and its symptoms in adults. *Minerva Gastroenterol.* 2023; 69 (3):335-343.
7. Pryor J, Burns G, Duncanson K, Horvath JC, Walker MM, Talley NJ, et al. Functional Dyspepsia and Food: Immune Overlap with Food Sensitivity Disorders. 2020; 22 (10): 51.
8. Shahbazkhani Bijan, Fanaeian Mohammad M , Faravash Mohammad J, Aletaha Najmeh, Alborzi Foroogh, Luca Elli. Prevalence of Non-Celiac Gluten Sensitivity in Patients with Refractory Functional Dyspepsia: a Randomized Double-blind Placebo Controlled Trial. *Sci Resp.* 2020; 10 (1): 2401.
9. Suzuki H. Recent Advances in definition and Magement of Functional Dyspepsia. *Keio J Med.* 2021; 70(1):7-18.
10. Hosseini SZ, Haghighatdoost F, Hajhashemi P, Adibi P. Effects of gluten on dyspeptic symptoms: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Natr Rev.* 2023;82(1):9-33.
11. Duboc H, Latrache S, Nebunu N, Coffin B. The Role of Diet in Functional Dyspepsia Management. *Front Psychiatry* 2020; 11:23.
12. Duncanson KR, Talley NJ, Walker MM, Burrows TL. Food and functional dyspepsia: a systematic review. *J Hum Nutr Diet* 2018 Jun; 31 (3): 390-407.
13. Kidd M, Hauso Ø, Drozdov I, Gustafsson B I and Modlin I M. Delineation of the chemomechanosensory regulation of gastrin secretion using pure rodent G cells. *Gastroenterology.* 137(1):231-41, 41.e1-10 (2009).
14. Correia Helena, Peneiras Sarah, Levchuk Nicholas, Peneiras Evan, Levchuk Thomas, Nayyar Jatin. Effects of a non-caffeinated coffee substitute on functional dyspepsia. 2021; 41: 412-416.
15. Koochakpoor G, Salari-Moghaddam A, Hassanzadeh-Keshteli A, Kesh-teli AH, Esmailzadeh A, Adibi Pet. Association between coffe and caffein intake and functional dyspepsia. *Sci Resp.* 2024;14(1):31690.
16. Halder SLS, Locke GR3rd, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. Influence of alcohol consumption on IBS and dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil.* 2006 18:1001-8.
17. Liu T, Wan Y, Meng Y, Zhou Q, Li B, Chen Y, et al. Capsaicin: A Novel Approach to the treatment of Functional Dyspepsia. 2023;67(9): e2200793
18. Hammer J, Fuhrer M, Pipal L, Matiassek J. Hypersensitivity for capsaicin in patient with functional dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil.* 2008; 20(2):125-33
19. Hammer J, Fuhrer M. Clinical characteristics of functional dyspepsia depending on chemosensitivity to capsaicin. *Neurogastroenterol Motil* (2017) 29:1-12. doi: 10.1111/nmo.13103
20. Göktas Z, Köklü S, Dikmen D, et al. Nutritional habits in functional dyspepsia and its subgroups: a comparative study. *Scand J Gastroenterol.* 2016;51(8):903-907
21. Çolak Hatice, Güneş Fatma Esra , Yeşim Özen, Alahdab Berna Karakoyun. Investigation of Eating Habits in Patients with Functional Dyspepsia. *Turk J Gastroenterol.* 2022 Aug;33(8):673-681.
22. Juntaro Matsuzaki, Hidekazu Suzuki, Tatsuhiro Masaoka, Kentaro Tanaka, Hideki Mori, Takanori Kanai 3Influence of regular exercise on gastric emptying in healthy men: a pilot study. *J Clin Biochem Nutr.* 2016;59(2):130-133.
23. Furukawa S, Yamamoto Y, Watanabe J, Kato A, Kusumoto K, Takeshita K, et al. Frequency, Intensity, and Partner of Exercise Habit Is Inversely Associated with Functional Dyspepsia in Young Japanese Population. 2022;67(6): 2293-2298.