https://doi.org/10.22516/25007440.1641

Editorial

Roma V: una nueva mirada a los trastornos de la interacción intestino-cerebro

Rome V: A new outlook into the disorders of gut-brain interaction

Robin Germán Prieto-Ortiz.[1*]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Prieto-Ortiz RG. Roma V: una nueva mirada a los trastornos de la interacción intestino-cerebro. Revista. colomb. Gastroenterol. 2026;41(3):277-279. https://doi.org/10.22516/25007440.1641

[1] Gastroenterólogo Centro de Enfermedades Hepáticas y Digestivas CEHYD. Editor Revista colombiana de Gastroenterología. Bogotá, Colombia.

***Correspondencia:** Robin Germán Prieto-Ortiz.
rgprietoo@hotmail.com

Fecha recibido: 21/08/2026
Fecha aceptado: 24/08/2026

INTRODUCCIÓN

La publicación de Roma V representa un nuevo capítulo en la comprensión de los trastornos de la interacción intestino-cerebro y constituye una oportunidad para replantear la manera en que los gastroenterólogos entienden, diagnostican y tratan a un grupo de pacientes cuya carga de síntomas y deterioro de la calidad de vida continúa siendo considerable. Diez años después de Roma IV, esta nueva clasificación incorpora los avances acumulados en fisiología gastrointestinal, sensibilidad visceral, motilidad, microbiota, función mucosa e inmunitaria y procesamiento central de las señales gastrointestinales, al tiempo que integra con mayor claridad los factores dietéticos, biopsicosociales, de género y socioculturales[(1)].

El cambio conceptual más evidente es el abandono progresivo del término *trastornos gastrointestinales funcionales* y la consolidación de la denominación *trastornos de la interacción intestino-cerebro*. No se trata simplemente de un cambio semántico, durante años, el término *funcional* pudo transmitir la idea equivocada de que los síntomas eran menos reales, carecían de una base biológica o eran esencialmente psicológicos. Roma V propone, por el contrario, comprender estos trastornos como condiciones en las que pueden interactuar alteraciones de la motilidad, hipersensibilidad visceral, función mucosa e inmunitaria, microbiota, regulación autonómica y procesamiento cerebral de los estímulos gastrointestinales[(1)].

Esta perspectiva tiene especial relevancia en la práctica clínica. El diagnóstico de un trastorno de la interacción intestino-cerebro no debería interpretarse como un diagnóstico de exclusión alcanzado después de descartar todas las enfermedades orgánicas posibles. Roma V avanza hacia un modelo de diagnóstico positivo, basado en una historia clínica estructurada, el reconocimiento de patrones sintomáticos y la identificación de mecanismos fisiopatológicos predominantes.

Este cambio puede mejorar la rigurosidad con que los médicos deben justificar la realización de exámenes, evitar intervenciones repetitivas y, sobre todo, mejorar la comunicación con los pacientes, que con frecuencia han sufrido la itinerancia diagnóstica al asistir a diferentes consultas sin recibir una explicación satisfactoria de sus síntomas.

TRASTORNOS ESOFÁGICOS DE LA INTERACCIÓN INTESTINO-CEREBRO

Los trastornos esofágicos constituyen uno de los mejores ejemplos de la transición desde una interpretación anatómica hacia una comprensión neurobiológica de los

CC BY NC ND

síntomas. Roma V mantiene dentro de este grupo el dolor torácico funcional, la pirosis funcional, la hipersensibilidad al reflujo, el globo y la disfagia funcional. Estas entidades se caracterizan por síntomas esofágicos que no se pueden explicar adecuadamente con una enfermedad estructural, un trastorno motor mayor o una exposición patológica al reflujo gastroesofágico.

La principal dificultad clínica radica en diferenciar estos trastornos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y de los trastornos motores esofágicos. Roma V refuerza la necesidad de una evaluación objetiva y armonizada con los avances de la clasificación de Chicago y las recomendaciones contemporáneas para el diagnóstico del reflujo. En pacientes seleccionados, la endoscopia, la monitorización ambulatoria del reflujo y la manometría esofágica de alta resolución dejan de ser estudios meramente confirmatorios y adquieren un papel fundamental para establecer un diagnóstico positivo y evitar tratamientos dirigidos a mecanismos que no explican los síntomas[2].

En la pirosis funcional, por ejemplo, el paciente presenta sensación de ardor retroesternal sin evidencia suficiente de enfermedad por reflujo que explique la intensidad o persistencia de los síntomas. En la hipersensibilidad al reflujo, por el contrario, existe una relación entre los episodios de reflujo (que pueden encontrarse dentro de los límites fisiológicos) y la percepción sintomática. Esta distinción tiene implicaciones terapéuticas importantes: aumentar indefinidamente la supresión ácida en un paciente cuya alteración predominante es la hipersensibilidad visceral o el procesamiento central de las señales probablemente tendrá beneficios limitados[2].

Estas perspectivas tienen una consecuencia práctica trascendental: el objetivo no debe ser demostrarle al paciente que "no tiene nada", sino explicarle qué tiene y por qué puede presentar síntomas reales aun cuando los estudios estructurales resulten normales. La comunicación diagnóstica se convierte, así, en una intervención terapéutica en sí misma.

TRASTORNOS GASTRODUODENALES: UNA CARACTERIZACIÓN MÁS PRECISA

Los trastornos gastroduodenales constituyen uno de los escenarios en los que Roma V ofrece una caracterización clínica particularmente relevante. La dispepsia funcional continúa siendo una entidad central, pero su expresión clínica se organiza de manera más precisa alrededor de dos fenotipos principales: el síndrome de distrés posprandial, caracterizado predominantemente por plenitud posprandial y saciedad precoz, y el síndrome de dolor epigástrico, definido por dolor o ardor localizado en el epigastrio[3].

Esta distinción no es únicamente descriptiva, también permite reconocer que bajo la denominación de *dispepsia* pueden coexistir mecanismos diferentes, incluyendo alteraciones de la acomodación gástrica, hipersensibilidad visceral, alteraciones de la motilidad gastroduodenal y modificaciones en el procesamiento central de las señales gastrointestinales. Roma V también establece una delimitación más clara frente a entidades como el síndrome de náuseas y vómitos crónicos, la gastroparesia, el síndrome de vómito cíclico, la hiperémesis por cannabinoides y la rumiación[3].

Un aspecto particularmente interesante es el reconocimiento de la incapacidad para eructar como trastorno gastroduodenal. La inclusión de esta entidad refleja una característica esencial de Roma V: reconocer fenómenos clínicos que se pudieron haber considerado durante años como síntomas menores, siempre que exista suficiente evidencia para establecer una entidad clínica reproducible. Para el gastroenterólogo, esto supone escuchar con mayor precisión la descripción del paciente y evitar que síntomas aparentemente aislados sean automáticamente atribuidos a dispepsia o ansiedad.

DOLOR GASTROINTESTINAL MEDIADO CENTRALMENTE: MÁS ALLÁ DE LA BÚSQUEDA DE UNA LESIÓN

Probablemente, uno de los mayores desafíos para la gastroenterología moderna es el paciente con dolor gastrointestinal persistente sin una explicación estructural proporcional a la intensidad de sus síntomas. Roma V dedica un capítulo específico a los trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente, reconociendo tres entidades principales: el síndrome de dolor abdominal mediado centralmente, la migraña abdominal del adulto y el síndrome de intestino narcótico o hiperalgesia gastrointestinal inducida por opioides[4].

En el síndrome de dolor abdominal mediado centralmente, el procesamiento del dolor por las redes espinales y cerebrales adquiere un papel predominante. El dolor puede presentar poca o ninguna relación con eventos fisiológicos como la ingesta o la defecación, y su persistencia puede explicarse por fenómenos de sensibilización central y alteración en la modulación de las señales viscerales. La incorporación de la migraña abdominal en adultos constituye, además, un reconocimiento importante de que ciertos patrones de dolor gastrointestinal pueden compartir mecanismos con otros síndromes de dolor neurológico[4].

Este modelo obliga a abandonar una dicotomía que durante demasiado tiempo ha resultado perjudicial: dolor orgánico frente a dolor psicológico. El dolor es una experiencia neurobiológica en la que participan mecanismos periféricos y centrales, factores cognitivos, emocionales y sociales, así como la relación médico-paciente. Por eso, el tratamiento de estos pacientes puede requerir una combinación de intervenciones farmacológicas, terapias

conductuales dirigidas al eje intestino-cerebro y estrategias de neuromodulación[4].

EL RETO PARA LOS GASTROENTERÓLOGOS

Roma V llega en un momento en el que la gastroenterología debe avanzar desde una medicina centrada exclusivamente en los órganos hacia una medicina capaz de integrar sistemas y mecanismos, así como estar dirigida a la persona. El intestino y el cerebro constituyen una red bidireccional en la que convergen señales neuronales, endocrinas, inmunológicas, metabólicas y microbianas. La expresión clínica final de esta interacción es el resultado de múltiples mecanismos que no pueden reducirse a la presencia o ausencia de una lesión estructural.

Para Colombia y Latinoamérica, Roma V representa una oportunidad de formación, investigación y transformación de la práctica clínica. Es necesario fortalecer la enseñanza de la neurogastroenterología, desarrollar programas multidisciplinarios que incorporen nutrición y terapias dirigidas al eje intestino-cerebro, mejorar el acceso racional a pruebas de fisiología gastrointestinal y, especialmente, generar evidencia latinoamericana que permita evaluar la aplicabilidad de estos criterios en nuestra población.

El éxito de Roma V no depende, por tanto, de cuántos criterios se aprendan de memoria, sino de nuestra capacidad para utilizarlos como una herramienta que permita diagnosticar mejor, investigar de manera más racional, tratar de acuerdo con mecanismos predominantes y escuchar de forma diferente a nuestros pacientes. El cambio de "trastorno funcional" a "trastorno de la interacción intestino-cerebro" representa, en última instancia, mucho más que una modificación terminológica: es una invitación a reconocer que los síntomas gastrointestinales son reales, complejos y multidimensionales.

En este número, se presenta el trabajo realizado por líderes y expertos latinoamericanos en neurogastromotilidad, que han formado parte de la *Rome Foundation* en diversos ámbitos académicos y de investigación, quienes presentan una interpretación de dichos criterios adaptada a nuestra propia realidad, con el fin de que los lectores puedan brindar una atención más precisa, íntegra y centrada en el paciente.

REFERENCIAS

1. Drossman DA, Chang L, Tack J. Disorders of gut-brain interaction and the Rome V process. Gastroenterology. 2026;170(6):1083-98. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.014
2. Gyawali CP, Roman S, Zerbib F, Savarino EV, Bhatia S, Fass R, et al. Functional esophageal disorders. Gastroenterology. 2026;170(6):1224-1239. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.005
3. Törnblom H, Carbone F, Hasler WL, Smout A, Suzuki H, Tack J, et al. Gastroduodenal disorders. Gastroenterology. 2026;170(6):1240-60. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.01.038
4. Fukudo S, Aziz Q, Drossman DA, Van Oudenhove L, Farmer AD, Drewes AM, et al. Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain. Gastroenterology. 2026;170(6):1283-302. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2025.12.038