https://doi.org/10.22516/25007440.1616

Artículo de revisión

Trastornos gastroduodenales de la interacción intestino-cerebro: implicaciones prácticas de Roma V en Latinoamérica

Gastroduodenal disorders of gut-brain interaction: Practical implications of Rome V in Latin America

Ignacio Hanna-Jairala.[1*]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Hanna-Jairala I. Trastornos gastroduodenales de la interacción intestino-cerebro: implicaciones prácticas de Roma V en Latinoamérica. Revista. colomb. Gastroenterol. 2026;41(3):316-323. https://doi.org/10.22516/25007440.1616

[1] Médico de *staff*, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Gastroenterología, Hospital Miguel H. Alcívar. Guayaquil, Ecuador.

Correspondencia: Ignacio Hanna-Jairala.
ihann@hotmail.com

Fecha recibido: 15/07/2026
Fecha aceptado: 02/08/2026

Resumen

Introducción: Roma V redefine aspectos del marco conceptual y de la clasificación de los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC). En los trastornos gastroduodenales (TGD), introduce cambios con importantes implicaciones para la práctica clínica, entre los que destacan una mejor caracterización de la dispepsia funcional (DF), una mayor diferenciación de sus subtipos sintomáticos y la actualización de otros TGD. El objetivo es revisar las principales actualizaciones introducidas por Roma V en los TGD, con énfasis en la DF, y discutir su aplicabilidad clínica en Latinoamérica. **Resultados:** Roma V otorga mayor relevancia a los subtipos de DF, específicamente al síndrome de distrés posprandial (SDP) y al síndrome de dolor epigástrico (SDE), y amplía el espectro del SDP al incluir otros síntomas relacionados con las comidas que previamente no se consideraban parte de su definición. Estos cambios mejoran la caracterización diagnóstica y favorecen un abordaje terapéutico guiado por el perfil sintomático. Roma V refuerza el concepto de diagnóstico positivo y el uso racional de estudios complementarios, incluida la endoscopia digestiva alta; además, distingue la dispepsia asociada a *Helicobacter pylori* de la DF y actualiza la clasificación de otros TGD. **Conclusiones:** Roma V consolida un enfoque clínico más preciso e individualizado para los TGD. Sus recomendaciones son coherentes con el reciente Consenso Latinoamericano de DF y pueden adaptarse a distintos contextos asistenciales mediante una evaluación clínica más detallada de los pacientes.

Palabras clave

Roma V, dispepsia, síndrome de distrés postprandial, síndrome de dolor epigástrico, eje intestino-cerebro, *Helicobacter pylori*, Latinoamérica.

Abstract

Introduction: Rome V redefines aspects of the conceptual framework and classification of disorders of gut-brain interaction (DGBIs). In gastroduodenal disorders (GDDs), it introduces changes with important implications for clinical practice, including improved characterization of functional dyspepsia (FD), greater differentiation of its symptom-based subtypes, and updated definitions of other GDDs. The objective is to review the principal updates introduced by Rome V for GDDs, with particular emphasis on FD, and to discuss their clinical applicability in Latin America. **Results:** Rome V places greater emphasis on the subtypes of FD, specifically postprandial distress syndrome (PDS) and epigastric pain syndrome (EPS), and broadens the spectrum of PDS by including additional meal-related symptoms that were not previously considered part of its definition. These changes improve diagnostic characterization and support a symptom profile–guided therapeutic approach. Rome V reinforces the concept of positive diagnosis and the rational use of ancillary investigations, including upper gastrointestinal endoscopy; furthermore, it distinguishes *Helicobacter pylori*-associated dyspepsia from FD and updates the classification of other GDDs. **Conclusions:** Rome V consolidates a more precise and individualized clinical approach to GDDs. Its recommendations are consistent with the recent Latin American Consensus on FD and can be adapted to different healthcare settings through a more detailed clinical assessment of patients.

Keywords

Rome V, dyspepsia, postprandial distress syndrome, epigastric pain syndrome, gut-brain axis, *Helicobacter pylori*, Latin America.

© 2026 Asociación Colombiana de Gastroenterología

INTRODUCCIÓN

La publicación de Roma V representa una nueva etapa en la evolución de los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC), previamente denominados *trastornos funcionales gastrointestinales*. Más que introducir un nuevo marco conceptual, Roma V refina conceptos previamente establecidos e incorpora avances en la comprensión de la fisiopatología, la caracterización clínica y el manejo de estos trastornos. Estas actualizaciones adquieren especial relevancia en los trastornos gastroduodenales (TGD), en los que la generación de los síntomas resulta de interacciones complejas entre la función sensoriomotora gastrointestinal, la señalización intestino-cerebro, la activación inmunológica, los factores psicosociales y la microbiota intestinal[1,2].

Durante las últimas décadas, el abordaje de los TIIC ha evolucionado desde una estrategia diagnóstica basada en la exclusión hacia un modelo sustentado en el reconocimiento de patrones sintomáticos, el diagnóstico positivo y la individualización del tratamiento. En este contexto, Roma V enfatiza la importancia de los subtipos sintomáticos, promueve un uso más racional de los estudios complementarios y favorece una selección terapéutica más individualizada[2,3].

Entre los TGD de la interacción intestino-cerebro, la dispepsia funcional (DF) constituye un ejemplo representativo de cómo estos conceptos pueden trasladarse a la práctica clínica. Aunque se continúa utilizando como diagnóstico paraguas, Roma V otorga mayor relevancia a la caracterización de los pacientes según el subtipo sintomático predominante, particularmente el síndrome de distrés postprandial (SDP) y el síndrome de dolor epigástrico (SDE). Esta aproximación tiene implicaciones relevantes para el diagnóstico, la interpretación de los síntomas y la selección del tratamiento[2].

El presente artículo revisa las principales actualizaciones introducidas por Roma V en los TGD, con especial énfasis en la DF (**Tabla 1**), y analiza sus implicaciones para la práctica clínica en Latinoamérica.

DIAGNÓSTICO POSITIVO Y USO RACIONAL DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

El diagnóstico de los TGD de la interacción intestino-cerebro debe basarse en una evaluación clínica adecuada, el reconocimiento de patrones sintomáticos característicos y el uso selectivo de estudios complementarios. En este contexto, Roma V refuerza el concepto de que el diagnóstico de DF puede establecerse, en la mayoría de los pacientes, mediante un enfoque clínico positivo, sin necesidad de excluir exhaustivamente todas las posibles causas estructurales[2,3].

La endoscopia digestiva alta continúa siendo una herramienta diagnóstica importante; sin embargo, en Roma V su indicación se integra en un enfoque diagnóstico más amplio, basado en la evaluación clínica y el contexto epidemiológico. Aunque es útil para diferenciar la dispepsia no investigada de la DF y excluir enfermedades orgánicas clínicamente relevantes, el diagnóstico no debe depender exclusivamente de la demostración de una endoscopia normal. En pacientes sin signos de alarma ni factores de riesgo significativos, Roma V propone un enfoque más pragmático, en el que el reconocimiento de los patrones sintomáticos y la evaluación clínica constituyen la base del diagnóstico[2].

La indicación de endoscopia debe interpretarse siempre dentro del contexto epidemiológico del paciente y de la población local. Esta consideración resulta particularmente relevante en Latinoamérica, donde las diferencias regionales en la prevalencia de *Helicobacter pylori*, el riesgo de cáncer gástrico y la frecuencia de otras enfermedades orgánicas que cursan con síntomas dispépticos pueden justificar un umbral más bajo para indicar una endoscopia en comparación con algunas poblaciones occidentales. De forma similar, la ecografía abdominal puede ser útil en pacientes seleccionados cuando exista sospecha de enfermedad biliar u otras patologías estructurales que expliquen los síntomas abdominales superiores[4-6].

Las pruebas fisiológicas avanzadas pueden aportar información funcional valiosa en situaciones seleccionadas. La evaluación de la acomodación y el vaciamiento gástrico, la motilidad antroduodenal u otros aspectos de la función gastroduodenal pueden contribuir a esclarecer los mecanismos responsables de los síntomas en pacientes con cuadros refractarios o incertidumbre diagnóstica. No obstante, estas pruebas no son necesarias para establecer el diagnóstico en la mayoría de los pacientes con DF y se deben considerar herramientas complementarias, más que requisitos indispensables para la toma de decisiones clínicas[2].

Este enfoque resulta especialmente relevante en la práctica clínica habitual, en la que el acceso a estudios especializados varía considerablemente entre países y sistemas de salud. Al priorizar el reconocimiento de patrones sintomáticos y el uso racional de los recursos diagnósticos, Roma V ofrece un marco adaptable a diferentes escenarios clínicos sin comprometer el rigor diagnóstico[3].

RELEVANCIA CLÍNICA DE LOS SUBTIPOS DE DISPEPSIA FUNCIONAL

Roma V enfatiza la necesidad de ir más allá del diagnóstico paraguas de DF y caracterizar a los pacientes según su subtipo sintomático predominante. El comité de Roma V recomienda describir a los pacientes según las categorías SDP o SDE siempre que sea posible, teniendo en cuenta que estos

Tabla 1. Principales actualizaciones de Roma V en los trastornos gastroduodenales y sus implicaciones clínicas

Área evaluada	Roma IV	Roma V	Implicación clínica
Terminología en DF	La DF se mantenía como el principal diagnóstico, con SDP y SDE considerados subtipos.	Mayor énfasis en la caracterización de los pacientes según los subtipos SDP y SDE.	Favorece una descripción clínica más precisa y facilita la selección del tratamiento.
Definición de SDP	El SDP se definía principalmente por plenitud posprandial y saciedad precoz.	El dolor o ardor epigástrico relacionado con las comidas, las náuseas, la distensión abdominal y los eructos pueden formar parte del espectro del SDP cuando se asocian a sus síntomas cardinales.	Mejora la coherencia fisiopatológica y fortalece la relación entre la clasificación sintomática y el tratamiento.
Relación entre SDP y SDE	Existía una frecuente superposición entre ambos subtipos.	Muchos pacientes previamente considerados como superposición pueden actualmente interpretarse dentro del espectro del SDP.	Reduce la ambigüedad diagnóstica y favorece un enfoque terapéutico más práctico.
Dispepsia asociada a *H. pylori*	Concepto reconocido.	Se refuerza la distinción entre dispepsia asociada a *H. pylori* y DF, con reevaluación al menos seis meses después de una erradicación exitosa.	Favorece una clasificación más precisa antes de establecer el diagnóstico de DF.
Papel de la endoscopia digestiva alta	Frecuentemente considerada necesaria para confirmar DF.	No es obligatoria de forma rutinaria en pacientes de bajo riesgo sin signos de alarma.	Promueve un enfoque diagnóstico más pragmático basado en el contexto clínico.
Pruebas fisiológicas	Principalmente utilizadas en centros especializados.	Continúan aportando información mecanística, pero no son indispensables en la mayoría de los casos.	Refuerza la factibilidad del diagnóstico basado en síntomas en la práctica habitual.
Trastornos de náuseas y vómitos	Reconocimiento de SNVC, SVC y SHC.	Mayor refinamiento diagnóstico y diferenciación con respecto a DF y gastroparesia.	Mejora la precisión diagnóstica en pacientes con náuseas o vómitos predominantes.
Trastornos por eructos	Reconocimiento de eructos gástricos y supragástricos.	Incorporación de la incapacidad para eructar como entidad diferenciada.	Favorece el reconocimiento de una entidad probablemente subdiagnosticada.
Síndrome de rumiación	Diagnóstico independiente.	Se mantiene el énfasis en la regurgitación sin esfuerzo y la redeglución del contenido regurgitado.	Facilita la diferenciación con respecto a los trastornos del vómito y orienta hacia un tratamiento conductual.

DF: dispepsia funcional; SDE: síndrome de dolor epigástrico; SDP: síndrome de distrés posprandial; SHC: síndrome de hiperémesis cannabinoide; SNVC: síndrome de náuseas y vómitos crónico; SVC: síndrome de vómitos cíclicos. Tabla elaborada por el autor.

subtipos difieren no solo en su presentación clínica, sino también en los mecanismos fisiopatológicos predominantes y en su abordaje terapéutico[2,4].

Los estudios epidemiológicos reportan que el SDP es el subtipo predominante, que representa entre el 60% y el 67% de los casos, mientras que el SDE representa entre el 15% y el 28%. Esta distribución resulta clínicamente relevante, ya que gran parte de la evidencia con respecto al tratamiento se enfoca en la respuesta de pacientes con DF, sin especificar el subtipo o síntoma dominante[5,6].

Entre las principales actualizaciones introducidas por Roma V, la reinterpretación de la relación entre el SDP y el SDE constituye uno de los cambios más relevantes. Tradicionalmente, el SDP se definía por la presencia de plenitud posprandial y saciedad precoz, mientras que el SDE se caracterizaba por dolor o ardor epigástrico; aunque esta distinción fue útil desde el punto de vista conceptual, en la práctica clínica muchos pacientes presentaban síntomas pertenecientes a ambas categorías[2]. Roma V adopta una visión más amplia del SDP; además de la plenitud posprandial y la saciedad precoz, el dolor epigástrico relacionado con las comidas, el ardor epigástrico, las náuseas, la distensión abdominal y los eructos pueden formar parte del espectro sintomático del SDP cuando aparecen asociados a sus síntomas cardinales posprandiales. Esta reinterpretación sugiere que estas manifestaciones pueden compartir mecanismos fisiopatológicos comunes, incluyendo alteraciones de la acomodación y retraso del vaciamiento

gástrico, respuestas sensoriales posprandiales anormales y alteraciones en la señalización intestino-cerebro[2].

Aunque Roma V permite reclasificar a muchos pacientes previamente considerados como superposición SDP/SDE dentro del espectro del SDP, esto no implica que ambos subtipos sean siempre mutuamente excluyentes. Cuando el dolor o ardor epigástrico aparece claramente relacionado con las comidas y se asocia a plenitud posprandial o saciedad precoz, debe interpretarse como parte del SDP[2,4].

Desde una perspectiva práctica, la importancia actual del SDP y del SDE en Roma V invita al clínico a ir más allá del diagnóstico de DF como entidad única e identificar el subtipo sintomático predominante. Esta distinción proporciona un marco más útil para seleccionar el tratamiento e interpretar la respuesta terapéutica[2].

TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO SEGÚN EL PERFIL SINTOMÁTICO

La importancia que da Roma V a la diferenciación por subtipos tiene implicaciones terapéuticas directas. Los subtipos reflejan diferencias en la presentación clínica y, probablemente, en los mecanismos involucrados; por esto, la selección del tratamiento debe orientarse según el perfil sintomático predominante[2,4].

En pacientes con SDE, la supresión ácida continúa siendo una estrategia terapéutica razonable de primera línea, particularmente en presencia de ardor epigástrico y síntomas concomitantes de reflujo; sin embargo, la eficacia global de los inhibidores de la bomba de protones en pacientes con DF no separados por subtipos es moderada. Esta observación puede explicarse, al menos en parte, por el predominio del SDP en los estudios epidemiológicos y clínicos, en el que las alteraciones motoras posprandiales parecen desempeñar un papel más importante que los mecanismos relacionados con la secreción ácida[7,8].

En pacientes con síntomas predominantemente dolorosos que persisten a pesar del tratamiento inicial, los neuromoduladores centrales pueden ser beneficiosos para mejorar el dolor visceral. Los tricíclicos son los agentes con la evidencia más consistente en este contexto y suelen considerarse los neuromoduladores centrales de primera línea para pacientes con SDE. Por el contrario, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina no han demostrado eficacia, lo que se explicaría al no tener actividad sobre la concentración circulante de noradrenalina asociada con la atenuación del dolor[9-11].

La conceptualización más amplia del SDP en Roma V tiene implicaciones terapéuticas aún mayores. Al incorporar en el espectro del SDP a pacientes previamente considerados como superposición entre subtipos, las terapias dirigidas a las alteraciones de la acomodación gástrica, el vaciamiento gástrico y las respuestas posprandiales anormales adquieren una importancia creciente[2].

En este contexto, los procinéticos mantienen un papel relevante en el tratamiento de los pacientes con SDP, especialmente cuando predominan la plenitud posprandial, la saciedad precoz o la sospecha de disfunción motora gastroduodenal. Entre los agentes disponibles se incluyen la domperidona, metoclopramida, cinitaprida, itoprida, acotiamida, levosulpirida y, más recientemente, prucaloprida[11-13]. Algunos metaanálisis en red recientes sugieren que varios de estos fármacos pueden mejorar los síntomas dispépticos, lo que respalda la importancia de las alteraciones motoras gastroduodenales en la fisiopatología de un subgrupo de pacientes con síntomas posprandiales[11-13].

Desde una perspectiva práctica, la elección del procinético debe considerar tanto la eficacia como el perfil de seguridad y la disponibilidad local. La metoclopramida puede ser eficaz, pero su uso prolongado suele verse limitado por el riesgo de efectos adversos extrapiramidales; por eso, cuando existen alternativas disponibles, otros procinéticos suelen preferirse para tratamientos de mayor duración[11].

Dentro de estas alternativas, la itoprida ejerce sus efectos mediante el antagonismo de los receptores dopaminérgicos D_2 y la inhibición de la acetilcolinesterasa, lo que favorece la disponibilidad de acetilcolina en el tracto gastrointestinal; su perfil de seguridad y la evidencia clínica disponible respaldan su uso como opción terapéutica en pacientes con SDP[11,14]. La acotiamida merece una consideración especial por su acción sobre mecanismos estrechamente vinculados con el SDP, como la alteración de la acomodación gástrica y la disfunción motora posprandial[11,15]. La levosulpirida, por su parte, ha demostrado eficacia en estudios comparativos y resulta particularmente interesante porque sus beneficios podrían derivarse tanto de efectos procinéticos periféricos como de la modulación dopaminérgica central, lo que refleja que la distinción entre neuromodulación central y periférica no siempre es absoluta[9,11,12].

En el caso de prucaloprida, la evidencia procede principalmente de estudios en gastroparesia. Aunque los metaanálisis sugieren beneficios sobre el vaciamiento gástrico y los síntomas asociados, su papel en la DF y el SDP debe interpretarse con cautela, como una opción potencial para pacientes seleccionados más que como una recomendación equivalente a la de los procinéticos con evidencia más directa en DF[11,16].

Algunas terapias ocupan una posición intermedia entre los procinéticos tradicionales y los neuromoduladores centrales. La buspirona y la tandospirona pueden mejorar los síntomas mediante acciones tanto periféricas como centrales. A través de su efecto sobre receptores 5-HT1A, estos agentes pueden favorecer la acomodación gástrica y, simultáneamente, modular las vías de señalización

intestino-cerebro; estas propiedades las convierten en opciones atractivas para pacientes con saciedad precoz y plenitud posprandial, aunque la evidencia no es concluyente[11,17,18].

La mirtazapina es un neuromodulador central del grupo de los tetracíclicos y su utilidad clínica va más allá de la modulación del dolor visceral, ya que puede resultar beneficiosa en pacientes con saciedad precoz, náuseas, hiporexia, bajo peso o pérdida ponderal involuntaria. Diversos estudios han demostrado mejoría en la gravedad sintomática, la ingesta nutricional y el peso corporal, lo que la convierte en una opción particularmente valiosa para pacientes con SDP y compromiso nutricional[11,19-21].

Más que promover un algoritmo rígido, Roma V favorece la selección individualizada del tratamiento según el perfil sintomático predominante y las características clínicas de cada paciente. Este enfoque es coherente con la evolución hacia una medicina más personalizada que caracteriza el manejo actual de los TIIC[2,4].

DISPEPSIA ASOCIADA A *HELICOBACTER PYLORI*

Roma V también incorpora el concepto de dispepsia asociada a *Helicobacter pylori*. Aunque una proporción de pacientes con síntomas dispépticos presenta infección por *H. pylori*, Roma V enfatiza que la mera presencia de la bacteria no debe conducir automáticamente al diagnóstico de DF. En su lugar, los pacientes con síntomas dispépticos e infección documentada deben recibir tratamiento de erradicación y ser reevaluados posteriormente[2,22]. La resolución sostenida de los síntomas durante al menos seis meses después de una erradicación exitosa apoya el diagnóstico de dispepsia asociada a *H. pylori*; por el contrario, la persistencia de los síntomas a pesar de una erradicación exitosa sugiere el diagnóstico de DF[2].

Desde una perspectiva clínica, el beneficio sintomático de la erradicación es modesto. Diversos metaanálisis han reportado números necesarios a tratar cercanos a 15%, lo que sugiere que solo una proporción limitada de pacientes experimentará una mejoría sintomática significativa atribuible a la erradicación. Sin embargo, la terapia de erradicación se continúa indicando porque sus beneficios en la prevención de enfermedad ulcerosa péptica y la reducción del riesgo de cáncer gástrico trascienden el control de los síntomas[22-24].

Los mecanismos que explican la mejoría sintomática luego de la erradicación no se comprenden del todo y podrían ir más allá de la eliminación del *H. pylori*. Entre los posibles factores se incluyen la supresión ácida y las modificaciones de la microbiota duodenal secundarias al tratamiento antibiótico usado en los esquemas de erradicación; esto podría explicar por qué la mejoría sintomática y la erradicación bacteriana no siempre se correlacionan[8].

Estas consideraciones son particularmente relevantes en Latinoamérica, donde la prevalencia de *H. pylori* continúa siendo superior a la reportada en regiones occidentales. En este escenario, Roma V proporciona un marco conceptual útil que permite reconocer la importancia clínica de la infección sin perder de vista la naturaleza multifactorial de la DF[4,6].

OTROS TRASTORNOS GASTRODUODENALES

Aunque la DF continúa siendo el trastorno más frecuente, Roma V también introduce modificaciones en la clasificación de otros TGD. En conjunto, estas modificaciones buscan mejorar la caracterización clínica y facilitar el reconocimiento de entidades que pueden requerir enfoques diagnósticos y terapéuticos sustancialmente diferentes[2].

Roma V mantiene el síndrome de náuseas y vómitos crónicos, el síndrome de vómitos cíclicos y el síndrome de hiperémesis por cannabinoides como entidades diagnósticas independientes. Aunque las náuseas posprandiales pueden formar parte del espectro del SDP, las náuseas predominantes o los vómitos persistentes deben orientar hacia estos trastornos o hacia gastroparesia antes que a DF. Esta distinción refuerza la importancia de una adecuada caracterización de los síntomas para evitar errores diagnósticos[2].

Los trastornos por eructos se continúan subdividiendo en eructos gástricos y supragástricos excesivos. Una de las incorporaciones más novedosas de Roma V es la inclusión de la incapacidad para eructar como una entidad clínica diferenciada. Aunque probablemente continúa siendo un trastorno subdiagnosticado en la práctica clínica habitual, su reconocimiento refleja que ciertos patrones sintomáticos corresponden a síndromes clínicos específicos y no simplemente a manifestaciones inespecíficas de otros TIIC[2,25].

Roma V también mantiene el síndrome de rumiación como entidad independiente. A diferencia de los trastornos del vómito, la rumiación se caracteriza por la regurgitación repetitiva y sin esfuerzo del contenido gástrico recientemente ingerido hacia la cavidad oral, en ausencia de náuseas, arcadas o contracciones abdominales intensas. Un dato clínico particularmente útil es que los pacientes pueden redeglutir el material regurgitado, comportamiento que no suele observarse en los trastornos del vómito. El reconocimiento de este patrón clínico resulta importante, ya que el tratamiento se basa en intervenciones conductuales como técnicas de respiración diafragmática, más que en terapias farmacológicas[2,26].

En conjunto, estas modificaciones indican una tendencia general de Roma V hacia una mejor caracterización clínica y un mayor reconocimiento de síndromes clínicamente diferenciados que pueden requerir estrategias diagnósticas y terapéuticas específicas[2].

IMPLEMENTACIÓN DE ROMA V EN LATINOAMÉRICA

El valor práctico de Roma V en Latinoamérica radica en ofrecer un marco clínico más preciso, flexible y aplicable para el manejo de los TGD. Más que introducir conceptos completamente nuevos, Roma V refina enfoques previamente establecidos y los integra en un marco más útil para la práctica clínica. En particular, el reconocimiento de patrones sintomáticos permite fortalecer el diagnóstico positivo, promover un uso más racional de los estudios complementarios y orientar la selección del tratamiento según el perfil clínico predominante. Esta aproximación resulta especialmente pertinente en una región con sistemas de atención heterogéneos[3,4].

La aplicación de los criterios de Roma V debe interpretarse siempre a la luz del contexto epidemiológico del paciente y de la población local. En Latinoamérica, las diferencias regionales en la prevalencia de *H. pylori*, el riesgo de cáncer gástrico y la frecuencia de otras enfermedades orgánicas con presentación dispéptica pueden modificar la estrategia diagnóstica y justificar, en determinados escenarios, un umbral más bajo para indicar endoscopia digestiva alta. De manera similar, estudios complementarios como la ecografía abdominal pueden ser útiles en pacientes seleccionados cuando existan elementos clínicos que sugieran enfermedad biliar u otras causas estructurales alternativas[4].

Un aspecto particularmente relevante para la región es que Roma V no exige pruebas fisiológicas sofisticadas para establecer el diagnóstico en la mayoría de los pacientes con TGD. La evaluación clínica cuidadosa, el reconocimiento de patrones sintomáticos y el uso selectivo de estudios complementarios continúan siendo la base del abordaje diagnóstico. Esta característica aumenta la factibilidad de su implementación en Latinoamérica, donde la disponibilidad de pruebas especializadas y de determinadas opciones terapéuticas puede variar considerablemente entre países y entre los distintos sistemas de salud[2,4].

En este sentido, la implementación de Roma V en Latinoamérica debe entenderse como un proceso de adaptación al contexto regional. Su mayor utilidad reside en mantener la precisión diagnóstica y adaptar las decisiones clínicas al contexto epidemiológico, la disponibilidad de recursos y las recomendaciones locales. De este modo, Roma V ofrece un marco clínico flexible y adaptable a diferentes realidades asistenciales, sin perder consistencia diagnóstica ni terapéutica[3,4].

CONCLUSIONES

Roma V representa un avance relevante en la evolución conceptual y clínica de los TGD de la interacción intestino-cerebro. Más que modificar de forma radical la práctica clínica, consolida un enfoque basado en el diagnóstico positivo, la caracterización clínica de los pacientes y la selección individualizada del tratamiento[1-3].

En la DF, las principales actualizaciones incluyen la mayor relevancia otorgada al SDP y al SDE, así como la ampliación del espectro del SDP para incorporar síntomas relacionados con las comidas previamente considerados fuera de su definición central. Estos cambios favorecen una mejor caracterización clínica y facilitan una aproximación terapéutica más racional e individualizada[2].

Roma V también refuerza la distinción entre la dispepsia asociada a *H. pylori* y la DF, promueve un uso más racional de los estudios complementarios y actualiza la clasificación de otros TGD. En conjunto, estas modificaciones contribuyen a una mayor precisión diagnóstica y a una mejor selección de las estrategias terapéuticas[2].

En Latinoamérica, estos conceptos son coherentes con las recomendaciones del Consenso Latinoamericano de DF y resultan especialmente útiles por su capacidad para adaptarse a diferentes realidades epidemiológicas y asistenciales. La implementación de Roma V debe considerar el riesgo regional de infección por *H. pylori*, cáncer gástrico y otras enfermedades orgánicas, así como la disponibilidad de recursos diagnósticos y terapéuticos[2,4].

En conjunto, Roma V proporciona un marco clínico más preciso, flexible y aplicable para la evaluación y el manejo de los TGD de la interacción intestino-cerebro. Su principal aporte para la práctica clínica en Latinoamérica radica en facilitar una atención más individualizada, adaptada al contexto epidemiológico y a los recursos disponibles, sin perder consistencia diagnóstica ni terapéutica[2,4].

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés relacionados con este manuscrito.

Uso de inteligencia artificial

Durante la preparación de este manuscrito, el autor utilizó ChatGPT para mejorar la claridad, la gramática y el estilo de redacción. La herramienta no se utilizó para generar contenido científico, interpretar resultados ni elaborar conclusiones. Todo el contenido intelectual es de autoría del autor, quien revisó y editó íntegramente el texto y asume plena responsabilidad por su contenido.

Fuentes de financiación

El presente artículo no recibió financiación específica.

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. 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
3. Drossman DA, Tack J. Rome Foundation Clinical Diagnostic Criteria for Disorders of Gut-Brain Interaction. Gastroenterology. 2022;162(3):675-9. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.11.019
4. Remes-Troche JM, Aguilar-Paiz L, Carmona-Sánchez R, Coss-Adame E, Hanna-Jairala I, Valdovinos-Díaz MA, et al. Consenso latinoamericano para el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia funcional. Rev Gastroenterol México. https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2026.07.004.
5. Sperber AD. The Rome Foundation Global Epidemiology study: Conception, implementation, results, and future potential. Neurogastroenterol Motil. 2023;35(6):e14567. https://doi.org/10.1111/nmo.14567
6. 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(6):e14569. https://doi.org/10.1111/nmo.14569
7. Pinto-Sanchez MI, Yuan Y, Hassan A, Bercik P, Moayyedi P. Proton pump inhibitors for functional dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2017(11):CD011194. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011194.pub3
8. Hanna-Jairala I, Schmulson MJ. Treatment of functional dyspepsia beyond proton pump inhibitors. Neurogastro Latam Reviews. 2025;9:108-119. https://doi.org/10.24875/NGL.25000002
9. Ford AC, Luthra P, Tack J, Boeckxstaens GE, Moayyedi P, Talley NJ. Efficacy of psychotropic drugs in functional dyspepsia: systematic review and meta-analysis. Gut. 2017;66(3):411-20. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-310721
10. Zhou W, Li X, Huang Y, Xu X, Liu Y, Wang J, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotropic drugs for functional dyspepsia in adults. Medicine (Baltimore). 2021;100(20):e26046. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000026046
11. Hanna-Jairala I, Tack J, Drossman DA. Central and Peripheral Neuromodulators in Functional Dyspepsia and Gastroparesis: A Symptom-Based Clinical Review. Neurogastroenterol Motil. 2026;38(3):e70278. https://doi.org/10.1111/nmo.70278
12. Qi Q, Wang N, Liu H, Li Y. Prokinetics for the treatment of functional dyspepsia: an updated systematic review and network meta-analysis. BMC Gastroenterol. 2023;23(1):370. https://doi.org/10.1186/s12876-023-03014-9
13. Ford AC, Moayyedi P, Black CJ, Yuan Y, Veettil SK, Mahadeva S, et al. Systematic review and network meta-analysis: efficacy of drugs for functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther. 2020;53(1):8-21. https://doi.org/10.1111/apt.16072
14. Huang X, Lv B, Zhang S, Fan YH, Meng LN. Itopride therapy for functional dyspepsia: A meta-analysis. World J Gastroenterol WJG. 2012;18(48):7371-7. https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i48.7371
15. Shrestha DB, Budhathoki P, Subedi P, Khadka M, Karki P, Sedhai YR, et al. Acotiamide and Functional Dyspepsia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus. 13(12):e20532. https://doi.org/10.7759/cureus.20532
16. Ali H, Pamarthy R, Sarfraz S. Role of Prucalopride in Treating Functional Constipation and Gastroparesis: A Systemic Review. Cureus. 2021;13(4):e14306. https://doi.org/10.7759/cureus.14306
17. Tack J, Janssen P, Masaoka T, Farré R, Oudenhove LV. Efficacy of Buspirone, a Fundus-Relaxing Drug, in Patients With Functional Dyspepsia. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012;10(11):1239-45. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.06.036
18. Liu L, Yang W, Lu Y, Wang J, Zheng Y, Gu S. Clinical Efficacy of Tandospirone on Functional Dyspepsia Patients with Anxiety: A Randomized, Placebo-Controlled Study. Dig Dis Sci. 2023;68(2):521-8. https://doi.org/10.1007/s10620-022-07717-z
19. Tack J, Ly HG, Carbone F, Vanheel H, Vanuytsel T, Holvoet L, et al. Efficacy of Mirtazapine in Patients With Functional Dyspepsia and Weight Loss. Clin Gastroenterol Hepatol. 1 de marzo de 2016;14(3):385-392.e4. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.09.043
20. Jamshidfar N, Hamdieh M, Eslami P, Batebi S, Sadeghi A, Rastegar R, et al. Comparison of the potency of nortriptyline and mirtazapine on gastrointestinal symptoms, the level of anxiety and depression in patients with functional dyspepsia. Gastroenterol Hepatol Bed Bench. 2023;16(1):468-77. https://doi.org/10.22037/ghfbb.v16i1.2513
21. Cao L, Li G, Cao J, Li F, Han W. Randomized clinical trial: the effects of mirtazapine in functional dyspepsia patients. Ther Adv Gastroenterol. 2025;18:17562848241311129. https://doi.org/10.1177/17562848241311129
22. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, Graham DY, El-Omar EM, Miura S, et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. Gut. 2015;64(9):1353-67. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-309252
23. Ford AC, Tsipotis E, Yuan Y, Leontiadis GI, Moayyedi P. Efficacy of Helicobacter pylori eradication therapy for functional dyspepsia: updated systematic review and meta-analysis. Gut. 2022;71(10):1967-75. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-326583

24. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut. 2022;71(9):1724-62. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327745
25. Lehmann A, Kahrilas PJ. Retrograde cricopharyngeus dysfunction (R-CPD), also known as inability to belch syndrome—a narrative review. Transl Gastroenterol Hepatol. 2026;11:74. https://doi.org/10.21037/tgh-2025-158
26. Murray HB, Juarascio AS, Di Lorenzo C, Drossman DA, Thomas JJ. Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome: A Critical Review. Off J Am Coll Gastroenterol ACG. 2019;114(4):562. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000060