https://doi.org/10.22516/25007440.1636

Artículo de revisión

Trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente: actualización con Roma V y perspectiva latinoamericana

Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain: An update with Rome V and a latin american perspective

Luis Raúl Valdovinos-García,[1*] Gonzalo Manuel Torres-Villalobos,[1] Montserrat Vieyra-Vega.[1]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Valdovinos-García LR, Torres-Villalobos GM, Montserrat Vieyra-Vega M. Trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente: actualización con Roma V y perspectiva latinoamericana. Revista. colomb. Gastroenterol. 2026;41(3):334-341. https://doi.org/10.22516/25007440.1636

[1] Departamento de cirugía experimental, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional. Ciudad de México, México.

***Correspondencia:** Luis Raúl Valdovinos-García. drprapul@gmail.com

Fecha recibido: 15/08/2026
Fecha aceptado: 24/08/2026

Resumen

Introducción: los trastornos de la interacción intestino-cerebro son condiciones frecuentes en las que los síntomas digestivos resultan de alteraciones de la motilidad, hipersensibilidad visceral, disfunción mucosa e inmunitaria, cambios en la microbiota y procesamiento central alterado. Roma V incluye una categoría en la que predomina la contribución del sistema nervioso central, y el dolor, más que la disfunción luminal, define la enfermedad. **Resultados:** los trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente comprenden tres entidades: síndrome de dolor abdominal mediado centralmente, migraña abdominal del adulto y síndrome de intestino por narcóticos. El cambio de mayor alcance ocurre en la primera. Roma IV exigía dolor continuo sin relación con la ingesta, la defecación o la menstruación, y si además fluctuaba con las comidas, el paciente quedaba excluido y solía recibir la etiqueta de síndrome de intestino irritable. Roma V conserva ese perfil y añade una categoría en la que el dolor puede modificarse con eventos fisiológicos sin dejar de ser continuo. El discriminador pasa a ser la continuidad del dolor, no su relación con dichos eventos. De forma recíproca, se exige que el dolor del síndrome de intestino irritable no sea continuo. Se revisan criterios, epidemiología, mecanismos, diagnóstico y tratamiento. **Conclusiones:** los trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente exigen un desplazamiento del razonamiento clínico: dejar de buscar una lesión luminal y tratar un mecanismo central identificable. Sin embargo, la evidencia es heterogénea y procede de series pequeñas sin control, por lo que las recomendaciones deben presentarse como tales. En Latinoamérica exige descartar patología orgánica prevalente y ajustar el plan a la disponibilidad de neuromoduladores, psicogastroenterología y programas de retiro de opioides.

Palabras clave

Dolor abdominal, eje cerebro-intestino, hiperalgesia, trastornos relacionados con opioides, trastornos migrañosos.

INTRODUCCIÓN

La publicación de Roma V llega en un momento en el que la gastroenterología ya no puede sostener una división dicotómica entre lo "orgánico" y lo "funcional". Esa afirmación, válida para todos los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC), resulta especialmente exigente en el grupo de pacientes cuyo síntoma dominante es el dolor abdominal crónico sin una correlación o causa luminal conocida. Se identifican con facilidad: son los pacientes a quienes se les han repetido endoscopias y tomografías, e incluso practicado laparoscopias, sin hallazgos que expliquen la sintomatología, y que llegan al consultorio del gastroenterólogo con más estudios que explicaciones[1,2].

Roma V recomienda sustituir de manera definitiva el término *trastornos funcionales gastrointestinales* por *trastornos de la interacción intestino-cerebro* (TIIC). La palabra *funcional,* aunque históricamente útil, ha cargado con un estigma grave: para algunos médicos y pacientes puede sugerir ausencia de enfermedad orgánica, atribuyendo la explicación sintomática a un fenómeno puramente psicológico o, en el peor de los casos, ilegitimidad del síntoma[1].

© 2026 Asociación Colombiana de Gastroenterología

Abstract

Introduction: Disorders of gut-brain interaction are common conditions in which gastrointestinal symptoms result from abnormalities in motility, visceral hypersensitivity, mucosal and immune dysfunction, alterations in the microbiota, and impaired central processing. Rome V includes a category in which the contribution of the central nervous system predominates, with pain, rather than luminal dysfunction, defining the disorder. **Results:** Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain comprise three entities: centrally mediated abdominal pain syndrome, adult abdominal migraine, and narcotic bowel syndrome. The most far-reaching change concerns the first of these. Under Rome IV, pain was required to be continuous and unrelated to food intake, defecation, or menstruation; if it also fluctuated with meals, the patient was excluded from the diagnosis and was often classified as having irritable bowel syndrome. Rome V retains this profile while adding a category in which pain may vary in response to physiological events without ceasing to be continuous. The distinguishing feature is therefore pain continuity rather than its relationship to such events. Conversely, pain associated with irritable bowel syndrome is required to be noncontinuous. Diagnostic criteria, epidemiology, mechanisms, diagnosis, and treatment are reviewed. **Conclusions:** Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain require a shift in clinical reasoning: rather than searching for a luminal lesion, the focus should be placed on treating an identifiable central mechanism. However, the evidence is heterogeneous and derives from small uncontrolled series; therefore, recommendations should be presented accordingly. In Latin America, prevalent organic disease must be excluded, and management should be tailored to the availability of neuromodulators, psychogastroenterology services, and opioid tapering programs.

Keywords

Abdominal pain; gut-brain axis; hyperalgesia; opioid-related disorders; migraine disorders.

En ninguna categoría este cambio pesa tanto como en la categoría de los trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente, en el que el término *funcional* ha servido durante décadas para cerrar el caso en lugar de abrir un plan terapéutico dirigido.

Esta revisión describe qué cambia en la categoría trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente con Roma V, qué sostiene la evidencia disponible y cómo aplicarla en el contexto latinoamericano.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda narrativa en MEDLINE/PubMed, Embase, LILACS y SciELO entre enero de 2016 y julio de 2026, sin restricción de idioma, con los términos "centrally mediated abdominal pain", "abdominal migraine", "narcotic bowel syndrome", "opioid-induced hyperalgesia" y "disorders of gut-brain interaction", privilegiando el número especial de Roma V, revisiones sistemáticas y estudios de prevalencia poblacional. Se siguieron los dominios de la escala SANRA[3].

RESULTADOS

Qué cambia la categoría trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente en Roma V

En Roma IV, el *síndrome de dolor abdominal funcional* pasó a denominarse *trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente*, para reflejar que la contribución predominante proviene del sistema nervioso central y no del intestino[2]. Roma V conserva ese marco y lo organiza en tres entidades: síndrome de dolor abdominal mediado centralmente; migraña abdominal (ahora reconocida formalmente en adultos), y síndrome de intestino por narcóticos o hiperalgesia gastrointestinal inducida por opioides (SIN) (**Tabla 1**)[1,2].

Dos modificaciones tienen consecuencias inmediatas en la práctica clínica. La primera afecta al síndrome de dolor abdominal mediado centralmente, que ahora admite dos formas. En la primera, heredada de Roma IV, el dolor continuo no guarda relación con la ingesta, la defecación o la menstruación. En la segunda, nueva en Roma V, el dolor puede empeorar tras comer o aliviarse parcialmente al evacuar, pero no deja de ser continuo. Según el grupo de trabajo, esta segunda forma es bastante más frecuente que la primera y hasta ahora quedaba fuera de la clasificación o se etiquetaba como síndrome de intestino irritable[4]. La segunda modificación es recíproca: los criterios de síndrome de intestino irritable de Roma V exigen ahora que el dolor o la molestia no sean continuos, precisamente para delimitar la frontera con el dolor mediado centralmente[4,5].

Este ajuste ya se ha puesto a prueba. En la primera validación independiente de los criterios de Roma V, realizada en 726 pacientes referidos desde primer nivel a una clínica especializada, la sensibilidad fue de 66,1% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 62,1-69,9) y la especificidad de

Tabla 1. Trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente en Roma V

Entidad	Rasgo definitorio	Novedad en Roma V	Implicación clínica
Dolor abdominal mediado centralmente	Dolor continuo o casi continuo, con impacto funcional	Se conserva la forma clásica, sin relación con eventos fisiológicos, y se añade una forma nueva en la que el dolor se modifica con la ingesta o la defecación sin dejar de ser continuo	Rescata un grupo antes sin categoría
Migraña abdominal del adulto	Episodios paroxísticos estereotipados con intervalos asintomáticos	Se reconoce formalmente en adultos	Abre la vía a un tratamiento agudo y profiláctico de perfil migrañoso
Síndrome de intestino por narcóticos o hiperalgesia gastrointestinal inducida por opioides	Dolor que empeora al aumentar la dosis de opioides	Se refuerza como entidad diferenciada del estreñimiento inducido por opioides	El tratamiento es el retiro programado

Tabla elaborada por los autores con base en: Drossman DA, et al. Gastroenterology. 2026;170(6):1083-1098[1]; Fukudo S, et al. Gastroenterology. 2026;170(6):1283-1302[2]; Lembo A, et al. Gastroenterology. 2026:S0016-5085(26)07065-4[4].

80,1% (IC 95%: 72,4-86,5), frente a sensibilidades de 78,9% (IC 95%: 75,4-82,1) con Roma IV y 87,5% (IC 95%: 84,4-90,3) con Roma III. El cociente de probabilidad negativo de Roma V fue de 0,42 (IC 95%: 0,37-0,49), de modo que no cumplir los criterios reduce muy poco la probabilidad de que el paciente tenga realmente síndrome de intestino irritable. De los 200 pacientes que cumplían el estándar de referencia y no fueron captados, 142 (71%) quedaron fuera por reportar dolor continuo todos los días[6]. Los autores advierten que estos pacientes probablemente no correspondan a dolor abdominal mediado centralmente, en el que el dolor debe ser grave y constituir el síntoma predominante, sino que quedarían clasificados como trastorno intestinal no especificado, una categoría de escasa utilidad clínica que, además, los excluye de los ensayos de síndrome de intestino irritable. La frontera entre ambos diagnósticos, por tanto, aún no está resuelta, y los propios autores piden validaciones simultáneas en distintos países con metodología idéntica, dado que el fenotipo clínico puede variar por región.

Síndrome de dolor abdominal mediado centralmente

Este síndrome se define por dolor abdominal continuo o casi continuo, con impacto en el funcionamiento diario no explicado por otro trastorno estructural o de la interacción intestino-cerebro y sin relación, o solo ocasional, con eventos fisiológicos como la ingesta, la defecación o la menstruación. Los criterios de investigación mantienen una duración de seis meses. Los criterios clínicos, formalizados por la Rome Foundation desde 2022 e incorporados a los criterios de Roma V, permiten diagnosticar con ocho semanas de evolución cuando el síntoma es suficientemente molesto y se han descartado razonablemente diagnósticos alternativos[1,7].

Con respecto a la epidemiología, en el estudio global de la Rome Foundation, con criterios de Roma IV, la prevalencia del síndrome de dolor abdominal mediado centralmente fue de 0,02% en las encuestas por internet y de 0,05% en las domiciliarias[8]. El capítulo correspondiente de Roma IV reportaba prevalencias de 0,5% a 2,1%[9], procedentes de una encuesta poblacional estadounidense de 1993 realizada con definiciones previas[10]. La discrepancia obedece al endurecimiento del criterio diagnóstico y al cambio de definición entre una y otra época, más que a diferencias entre las poblaciones estudiadas.

Roma V describe mecanismos de hiperalgesia, alodinia y sensibilización en distintos niveles del neuroeje. El filtro central del dolor, modulado por sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, puede amplificar o atenuar las señales que ascienden desde el intestino[11,12]. En el síndrome de dolor abdominal mediado centralmente, el desequilibrio se inclina hacia la amplificación: falla la modulación inhibitoria descendente y el dolor deja de requerir un estímulo periférico proporcional para mantenerse. La ansiedad, depresión, trauma, catastrofización e hipervigilancia pueden aumentar la carga sintomática, reducir umbrales de percepción y disminuir la respuesta terapéutica[13]. Estos factores forman parte del mecanismo y deben ser objetivos terapéuticos.

Migraña abdominal del adulto

La migraña abdominal se incorpora en adultos dentro de los trastornos de dolor gastrointestinal mediado centralmente. Su valor conceptual es recordar que algunos síndromes digestivos son episódicos, con intervalos libres de síntomas, y se relacionan más con circuitos centrales que con un trastorno intestinal persistente[2]. El diagnóstico requiere episodios paroxísticos de dolor abdominal intenso, periumbilical o difuso, de al menos una hora de duración, separados por semanas o meses, incapacitantes, estereotipados en cada paciente y acompañados de al menos dos de los siguientes: anorexia, náusea, vómito, cefalea, fotofobia o palidez. Entre los episodios, el paciente está asintomático, lo que lo distingue del síndrome de dolor abdominal mediado centralmente y del síndrome de intestino irritable[1,2].

La evidencia en adultos es escasa. Una revisión sistemática conforme a *PRISMA* reunió a 662 pacientes de 63 estudios (en su mayoría reportes y series de casos), con la población definida por criterios ICHD-3 y no por criterios de Roma, de los cuales solo 33 eran adultos. En ellos, la edad mediana de inicio fue de 31,0 años (riesgo intercuartílico [RIC]: 19,0-48,0) y la de diagnóstico de 40,0 años (RIC: 27,0-52,0), con un retraso mediano de 4,0 años (RIC: 2,0-8,0). El hallazgo de mayor rendimiento clínico es el antecedente migrañoso: 27 de los 33 adultos (82%) tenían historia personal o familiar de migraña, frente a 46,8% en la cohorte total. Los síntomas acompañantes fueron: náusea: 66,1%, vómito: 53,6% y cefalea: 47,1% en 448 casos documentados, y proceden de una población mayoritariamente pediátrica. Las cifras de respuesta terapéutica fueron: triptanos: 98,0% (50/51), anticonvulsivantes: 95,0% (19/20), antihistamínicos: 92,8% (64/69), bloqueantes β: 100% (12/12) y tricíclicos: 88,9% (8/9); estas cifras tampoco están desagregadas por edad y, en palabras de los autores, reflejan sesgos sustanciales de publicación y selección, por lo que no constituyen una base sólida para recomendar un tratamiento de primera línea[14].

Síndrome de intestino por narcóticos e hiperalgesia inducida por opioides

El síndrome de intestino por narcóticos describe una paradoja clínica: dolor abdominal crónico o recurrente que empeora, o al menos no mejora, a medida que se incrementa la dosis de opioides. Lo que orienta el diagnóstico es la trayectoria del dolor: escalada progresiva de dosis, alivio cada vez más breve y dolor basal creciente, con exclusión de una causa estructural[1,2]. Los mecanismos propuestos incluyen hiperalgesia inducida por opioides mediada por sistemas bimodales de regulación opioide, neuroinflamación glial, facilitación descendente e interacción con el receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) a nivel espinal; ninguno se ha validado como biomarcador clínico[15]. Debe diferenciarse del estreñimiento inducido por opioides y del síndrome de hiperémesis cannabinoide, que Roma V clasifica entre los trastornos gastroduodenales[16].

El tratamiento es contraintuitivo para el paciente y exige una explicación previa cuidadosa: el opioide, que se percibe como el único alivio, es el que desencadena y hace persistente el dolor. La estrategia descrita combina alianza terapéutica, educación sobre el mecanismo, retiro programado y gradual del opioide, un neuromodulador de base iniciado antes del descenso, manejo sintomático de la abstinencia y terapia conductual[15,17]. La evidencia procede de series y cohortes no controladas; el uso de buprenorfina-naloxona se ha descrito únicamente en reportes de caso y no puede recomendarse como estándar.

Diagnóstico positivo y uso racional de los estudios

El diagnóstico positivo dista mucho de diagnosticar por comodidad. Significa evaluar con dirección. La historia clínica debe identificar un patrón de síntomas, su relación con los alimentos, la evacuación, postura, sueño, fármacos, infecciones previas, cirugías, consumo de cannabis u opioides, comorbilidades y datos de alarma. La exploración física conserva su valor clínico y terapéutico[1]. En un paciente con dolor abdominal crónico, tres preguntas ordenan la consulta antes de solicitar cualquier estudio. Primero, ¿hay exposición a opioides con escalada de dosis y alivio cada vez más breve? Si la hay, el diagnóstico probable es el síndrome de intestino por narcóticos y el resto del razonamiento cambia. Segundo, ¿el dolor es episódico o continuo? Los episodios estereotipados separados por intervalos asintomáticos orientan a migraña abdominal. Tercero, si el dolor es continuo, ¿se modifica con la ingesta o la defecación? Esta distinción separa las dos formas del síndrome de dolor abdominal mediado centralmente (**Tabla 2**).

Ante un patrón típico, sin alarmas, con evaluación básica razonable y sin hallazgos relevantes, repetir estudios puede reforzar el círculo de miedo, hipervigilancia y uso innecesario de recursos que perpetúa estos trastornos[1,13]. En esta categoría, el daño del sobreestudio es mayor que en otras: cada exploración normal adicional le confirma al paciente que nadie ha encontrado "la causa" y refuerza la búsqueda. La frase "sus estudios son normales" rara vez es suficiente. Una formulación más útil sería: "sus síntomas encajan con un trastorno de la interacción intestino-cerebro; esto significa que el tubo digestivo y el sistema nervioso están procesando las señales con mayor sensibilidad, y se puede tratar por pasos"[13].

Tabla 2. Preguntas discriminantes en un paciente con dolor abdominal crónico

Pregunta	Respuesta	Orientación
1. ¿Hay exposición a opioides con escalada de dosis y alivio cada vez más breve?	Sí	Síndrome de intestino por narcóticos; priorizar el retiro programado antes que cualquier otro diagnóstico.
2. ¿El dolor es episódico o continuo?	Episódico, estereotipado, con intervalos asintomáticos	Migraña abdominal del adulto; indagar si hay antecedente personal o familiar de migraña.
3. Si es continuo, ¿guarda relación con la ingesta, la defecación o la menstruación?	No, o solo ocasional	Dolor abdominal mediado centralmente, forma clásica.
4. Si es continuo, ¿se modifica con esos eventos sin dejar de ser continuo?	Sí	Dolor abdominal mediado centralmente, forma incorporada en Roma V; revisar si el paciente arrastra una etiqueta previa de intestino irritable.
5. ¿Hay banderas rojas o antecedente epidemiológico regional relevante?	Sí	Descarte dirigido antes de cerrar el diagnóstico.

Tabla elaborada por los autores con base en: Drossman DA, et al. Gastroenterology. 2026;170(6):1083-1098[1]; Fukudo S, et al. Gastroenterology. 2026;170(6):1283-1302[2]; Lembo A, et al. Gastroenterology. 2026:S0016-5085(26)07065-4[4].

Tratamiento

Los neuromoduladores se erigen como una terapia valiosa, pero no indiscriminada. En TIIC dolorosos, los antidepresivos tricíclicos (TCA) son una opción importante; la nortriptilina y desipramina suelen tolerarse mejor que la amitriptilina o imipramina por tener un menor efecto antihistamínico y anticolinérgico. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son menos útiles como monoterapia analgésica, pero pueden ayudar cuando la ansiedad participa de forma prominente[13,17]. En estos trastornos, los neuromoduladores constituyen el tratamiento de primera línea porque el objetivo terapéutico es el procesamiento central del dolor. Cuando la respuesta a un solo agente es parcial, el informe de la Rome Foundation propone combinar dos agentes con mecanismos distintos a dosis moderadas antes que escalar la dosis de uno solo. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) son una alternativa razonable cuando coexisten el dolor somático y la comorbilidad afectiva, aunque su evaluación específica en dolor gastrointestinal crónico es menor (**Tabla 3**)[17].

Tabla 3. Orientación terapéutica por entidad

Entidad	Primera línea	Alternativas o adyuvantes	Precauciones
Dolor abdominal mediado centralmente	Antidepresivo tricíclico en dosis baja, titulado según la respuesta y tolerancia	Augmentación con un segundo agente de mecanismo distinto; IRSN si coexisten dolor somático o comorbilidad afectiva; terapias cerebro-intestino.	Efectos anticolinérgicos y sedación; preferir el aumento de fármacos que escalar la dosis de un solo agente.
Migraña abdominal del adulto	Tratamiento agudo del episodio con perfil migrañoso	Profilaxis con bloqueante β, anticonvulsivante, antihistamínico o tricíclico si los episodios son frecuentes.	Evidencia procedente de reportes y series de casos, mayoritariamente pediátricos y sin desagregación por edad; contraindicaciones cardiovasculares de los triptanos.
Síndrome de intestino por narcóticos	Retiro programado y gradual del opioide, con explicación previa del mecanismo	Neuromodulador iniciado antes del descenso; manejo sintomático de la abstinencia; terapia conductual.	Requiere una alianza terapéutica y un seguimiento estrecho; alto riesgo de abandono; buprenorfina-naloxona solo se ha descrito en reportes de casos.

IRSN: inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Tabla elaborada por los autores con base en: Drossman DA, et al. Gastroenterology. 2026;170(6):1083-1098[1]; Fukudo S, et al. Gastroenterology. 2026;170(6):1283-1302[2]; Ding K, et al. Front Neurol. 2026;17:1760307[14]; Farmer AD, et al. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2(5):361-368[15]; Drossman DA, et al. Gastroenterology. 2018;154(4):1140-1171.e1[17].

Las terapias intestino-cerebro incluyen terapia cognitivo-conductual dirigida al intestino, hipnoterapia, *mindfulness* y otras intervenciones que buscan reducir el miedo visceral, hipervigilancia, evitación, ansiedad y bajo sentido de control. Sus ventajas son la seguridad, persistencia del efecto más allá de la intervención y posible costo-efectividad, y sus límites son la disponibilidad, duración, motivación del paciente y acceso a terapeutas entrenados[13]. Un principio transversal en esta categoría es redefinir el desenlace. La meta rara vez será la desaparición completa del dolor, sino la recuperación de la función, la reducción de consultas de urgencia, el retiro de opioides y la posibilidad del paciente de volver a trabajar, dormir y comer sin vigilancia permanente. Explicitarlo desde la primera consulta previene el abandono.

Aplicabilidad en Latinoamérica

Al establecer el diagnóstico positivo de un trastorno mediado centralmente, no se debe pasar por alto el descarte de una enfermedad orgánica regionalmente prevalente. La enfermedad de Chagas, causada por *Trypanosoma cruzi*, es un ejemplo obligatorio. Afecta principalmente a países de América Central y del Sur, y sus manifestaciones crónicas pueden comprometer el corazón, esófago, colon y sistema nervioso[18]. Se estima que afecta a entre 6 y 7 millones de personas en el mundo[19]. En un paciente con dolor abdominal crónico continuo, estreñimiento de larga evolución, megacolon o dilatación esofágica, el antecedente epidemiológico, lugar de nacimiento, residencia rural, migración desde zona endémica y transfusiones previas cambian el orden de la evaluación. La caracterización manométrica debe hacerse con los criterios vigentes de la Clasificación de Chicago[20]. El descarte razonable tiene un contenido distinto en Bogotá, Ciudad de México o São Paulo que en un centro europeo.

Roma V reconoce la importancia de pruebas fisiológicas, psicogastroenterología, nutrición especializada y modelos multidimensionales; sin embargo, en muchos países estos recursos se concentran en pocos centros. La consecuencia no debería ser abandonar Roma V, sino usarlo con escalones[21,22]. Para la categoría de trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente, el escalonamiento es más viable de lo que parece porque su tratamiento depende sobre todo del tiempo que se le dedique a la consulta, de la disponibilidad de neuromoduladores y de la continuidad del seguimiento. El cuello de botella real es la psicogastroenterología: la terapia cognitivo-conductual dirigida al intestino y la hipnoterapia tienen respaldo, pero hay muy pocos terapeutas entrenados en la región.

El síndrome de intestino por narcóticos merece una consideración particular. El consumo de opioides por habitante en Latinoamérica es muy inferior al de Norteamérica, lo que probablemente explica que el síndrome de intestino por narcóticos se reconozca poco en la región, sin que ello signifique que no exista, y que coexista con el problema opuesto: el subtratamiento del dolor oncológico. Ambos fenómenos exigen datos locales que actualmente no están disponibles.

CONCLUSIONES

Los trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente son el punto donde la propuesta conceptual de Roma V se somete a mayor exigencia porque carecen de un biomarcador y de una lesión demostrable; el diagnóstico descansa por completo en las características del dolor. Reconocer la forma en que el dolor continuo puede modificarse con la ingesta o la defecación llena un vacío real de clasificación, y exigir de manera recíproca que el dolor del intestino irritable no sea continuo obliga a hacer explícita una frontera que antes cada clínico trazaba según su propio criterio.

En suma, Roma V no llega para eliminar la complejidad de los TIIC, sino para ordenarla: dejar de perseguir incansablemente una lesión ausente y empezar a tratar con lenguaje claro y herramientas multidisciplinarias, ya que el eje intestino-cerebro sí está enfermo y requiere manejo. Conviene al mismo tiempo ser explícitos sobre lo que aún no se sabe. No existen biomarcadores. La evidencia terapéutica en migraña abdominal del adulto y en el síndrome de intestino por narcóticos procede de reportes y series de casos sin un grupo control. El desempeño diagnóstico de los nuevos criterios solo se ha evaluado en un centro único, con resultados desfavorables para la sensibilidad. Declarar este nivel de evidencia le permite al clínico distinguir en qué caso puede actuar con confianza y en cuál está ensayando un tratamiento que debe vigilar y suspender si no funciona.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Uso de inteligencia artificial

Se empleó Claude (Anthropic) como herramienta de asistencia en la revisión crítica del manuscrito, la verificación de los datos y las referencias frente a las fuentes primarias. Los autores revisaron, verificaron y editaron todo el contenido producido con esta asistencia, y asumen la responsabilidad íntegra por la exactitud, la integridad y las conclusiones del manuscrito. La herramienta no figura como autor.

Fuentes de financiación

La presente revisión no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Contribución de los autores

- Diseño y concepción del estudio: Luis Raúl Valdovinos-García, Gonzalo Manuel Torres-Villalobos, Montserrat Vieyra-Vega.
- Adquisición de datos: Luis Raúl Valdovinos-García, Gonzalo Manuel Torres-Villalobos, Montserrat Vieyra-Vega.
- Análisis e interpretación de datos: Luis Raúl Valdovinos-García, Gonzalo Manuel Torres-Villalobos, Montserrat Vieyra-Vega.
- Redacción del manuscrito: Luis Raúl Valdovinos-García, Gonzalo Manuel Torres-Villalobos, Montserrat Vieyra-Vega.
- Revisión crítica del manuscrito: Luis Raúl Valdovinos-García, Gonzalo Manuel Torres-Villalobos, Montserrat Vieyra-Vega.

REFERENCIAS

1. Drossman DA, Chang L, Tack J. Disorders of gut-brain interaction and the Rome V process. Gastroenterology. 2026;170(6):1083-1098. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.014
2. 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):1283-1302. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2025.12.038
3. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. Res Integr Peer Rev. 2019;4:5. https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8
4. Lembo A, Corsetti M, Aziz Q, Fukudo S. Clarification of "continuous" abdominal pain in Rome V diagnostic criteria of IBS and CAPS. Gastroenterology. 2026:S0016-5085(26)07065-4. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.07.005
5. Corsetti M, Shin A, Lacy BE, Cash BD, Simrén M, Schmulson MJ, et al. Bowel disorders. Gastroenterology. 2026;170(6):1261-1282. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.003
6. Staller K, Goodory VC, Khasawneh M, Black CJ, Ford AC. The Rome V criteria for the diagnosis of irritable bowel syndrome in secondary care: a diagnostic accuracy study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2026;11(9):812-820. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(26)00118-4
7. Drossman DA, Tack J. Rome Foundation clinical diagnostic criteria for disorders of gut-brain interaction. Gastroenterology. 2022;162(3):675-679. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.11.019
8. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation Global Study. Gastroenterology. 2021;160(1):99-114.e3. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014
9. Keefer L, Drossman DA, Guthrie E, Simrén M, Tillisch K, Olden K, et al. Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain. Gastroenterology. 2016;150(6):1408-1419. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.034
10. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. Dig Dis Sci. 1993;38(9):1569-1580. https://doi.org/10.1007/BF01303162
11. Greenwood-Van Meerveld B, Mawe GM, Beyder A, Brierley SM, Clarke G, Gulbransen BD, et al. Fundamentals of neurogastroenterology: basic science. Gastroenterology. 2026;170(6):1099-1113. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.01.040
12. De Giorgio R, Boeckxstaens GE, Cryan JF, D'Amato M, Dinning PG, Hasler WL, et al. Fundamentals of neurogastroenterology: physiological aspects and clinical implications. Gastroenterology. 2026;170(6):1114-1132. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.004
13. Elsenbruch S, Ballou S, Keefer L, Murphy TB, Van Oudenhove L, van Tilburg MAL, et al. Biopsychosocial aspects of adult and pediatric disorders of gut-brain interaction. Gastroenterology. 2026;170(6):1205-1223. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.009
14. Ding K, Xiang H, Huo M, Xu K, Wang H. Clinical features of abdominal migraine: a systematic review and summary of data from 662 patients. Front Neurol. 2026;17:1760307. https://doi.org/10.3389/fneur.2026.1760307
15. Farmer AD, Gallagher J, Bruckner-Holt C, Aziz Q. Narcotic bowel syndrome. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2(5):361-368. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30217-5
16. Törnblom H, Carbone F, Hasler WL, Smout A, Suzuki H, Tack J, et al. Gastroduodenal disorders. Gastroenterology. 2026;170(6):1240-1260. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.01.038
17. Drossman DA, Tack J, Ford AC, Szigethy E, Törnblom H, Van Oudenhove L. Neuromodulators for functional gastrointestinal disorders (disorders of gut-brain interaction): a Rome Foundation Working Team report. Gastroenterology. 2018;154(4):1140-1171.e1. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.11.279
18. Medina-Rincón GJ, Gallo-Bernal S, Jiménez PA, Cruz-Saavedra L, Ramírez JD, Rodríguez MJ, et al. Molecular and clinical aspects of chronic manifestations in Chagas disease:

a state-of-the-art review. Pathogens. 2021;10(11):1493. https://doi.org/10.3390/pathogens10111493
19. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2026 [consultado el 5 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis)
20. Herbella FAM, Malafaia O, Patti MG. New classification for esophageal motility disorders (Chicago Classification version 4.0©) and Chagas disease esophagopathy (achalasia). Arq Bras Cir Dig. 2022;34(4):e1624. https://doi.org/10.1590/0102-672020210002e1624
21. Wong RK, Fang X, Ghoshal UC, Kashyap PC, Mulak A, Lee YY, et al. Sociocultural aspects of the pathophysiology, clinical presentation, and management of disorders of gut-brain interaction. Gastroenterology. 2026;170(6):1190-1204. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.006
22. Heitkemper MM, Larauche MH, Saito YA, Staller K, Harris LA, Walter S, et al. Patient experience, gender, age, race, and social determinants of health. Gastroenterology. 2026;170(6):1171-1189. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.011